

# GUIDE BARÈME EUROPÉEN

## d'évaluation médicale des atteintes à l'intégrité physique et psychique

Par la Confédération européenne  
d'experts en évaluation et réparation  
du dommage corporel



Pierre Lucas (Président), *Belgique*  
Hélène Bèjui-Hugues, *France*  
Cesar Borobia, *Espagne*  
Giovanni Cannavo, *Italie*  
Juan Guiscafré Amer, *Espagne*  
Carlos Sauca, *Espagne*  
Michel Stehman, *Belgique*  
Walter Streck, *Allemagne*  
Duarte Nuno Vieira, *Portugal*

Avant-propos de Thierry Papart  
Préface de Hubert Groutel

  
ANTHEMIS  
L.G.D.J.

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

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

par la CEREDOC (Confédération européenne d'experts  
en évaluation et réparation du dommage corporel)

Pierre Lucas (Président), Belgique  
Hélène Béjui-Hugues, France  
Cesar Borobia, Espagne  
Giovanni Cannavó, Italie  
Juan Guiscafré Amer, Espagne  
Carlos Sauca, Espagne  
Michel Stehman, Belgique  
Walter Streck, Allemagne  
Duarte Nuno Vieira, Portugal

Avant-propos de Thierry Papart  
Préface de Hubert Groutel

**A**NTHEMIS L.G.D.J

© 2010, Anthemis s.a.

Parc scientifique Einstein, Chemin du Cyclotron, 6, B-1348 Louvain-la-Neuve  
Tél. 32 (0)10 39 00 70 – [info@anthemis.be](mailto:info@anthemis.be) – [www.anthemis.be](http://www.anthemis.be)

Diffusion en France : Éditions juridiques associées (LGDJ), [info@eja.fr](mailto:info@eja.fr), [www.eja.fr](http://www.eja.fr)

Toutes reproductions ou adaptations totales ou partielles de ce livre, par quelque procédé que ce soit et notamment par photocopie, réservées pour tous pays.

Dépôt légal : D/2010/10.622/75

ISBN : 978-2-87455-285-4

Mise en page : Frame scl

Impression : Ciaco



# Avant-propos

Le but ultime d'une justice performante n'est-il pas d'apporter à chaque justiciable, qu'il soit victime ou responsable, une réponse apaisante, parce que logique dans son raisonnement, objective dans son fondement et transparente dans sa formulation ?

À l'heure d'une convergence européenne, l'évaluation et l'indemnisation du préjudice corporel sont encore, à l'image de la tour de Babel, un *patchwork* médico-légal empreint des multiples cultures et sensibilités nationales.

En Belgique, les médecins experts font trop souvent encore référence au très désuet BOBI. Ce barème, initialement créé pour évaluer et quantifier les dommages de guerre, fut importé pour la réparation des accidents du travail et est imperceptiblement devenu au fil des années la référence « coutumière » en droit commun.

Mais suivant qu'un accident survienne à Bruxelles, Berlin ou Vilnius, l'approche médico-légale de ce contentieux est encore fondamentalement différente et la solution apportée diamétralement opposée.

De tels écarts se devaient d'être progressivement gommés.

La quatrième directive européenne s'était fixé pour objectif de faciliter le règlement des dommages survenus à l'occasion d'accidents de circulation dans l'espace européen.

Le Guide barème européen s'inscrit dans ce mouvement de convergence.

Pierre Lucas, Professeur à l'U.L.B., Président de l'Association belge des médecins-conseils experts et Président de la CEREDOC fut la cheville ouvrière de la première version publiée en 2006. Il préside depuis lors l'Observatoire permanent chargé d'en assurer la mise à jour périodique au vu des remarques et observations recueillies auprès des différents acteurs de l'évaluation du préjudice corporel.

Véritable *vade-mecum* à l'attention de l'expert chargé de dresser un tableau séquentiel, ce guide actualisé définit précisément des fourchettes d'évaluation afin de rendre plus fiables les réserves concernant l'A.I.P.P. au cours de l'évolution des victimes, et à diminuer le nombre des contestations lors de la consolidation.

Il constitue un outil essentiel qui permettra d'insuffler davantage d'égalité, de cohérence et de transparence dans la difficile évaluation du préjudice corporel.

À ce titre, il est certainement un élément moteur d'une justice de qualité.

Fondé sur une nouvelle approche des séquelles et de leurs répercussions sur les capacités personnelles et professionnelles de la victime, il balise et sécurise sur les mouvant de l'appréciation, parfois subjective, du médecin expert.

Il s'inscrit d'ailleurs dans la droite ligne de la mission confiée à l'expert médecin, remarquablement synthétisée par le Professeur Lucas : « Expertiser, c'est écouter, observer, mesurer, comprendre puis expliquer pour faire comprendre »<sup>1</sup>.

Cet outil a pour objectif de permettre à l'expert, au terme de son analyse, de dégager un taux d'A.I.P.P. (Atteinte à l'Intégrité Physique et Psychique) défini comme étant « l'ordre de grandeur rapporté à un maximum de 100 % de la difficulté qu'a tout sujet dont les séquelles sont ainsi quantifiées à effectuer les actes habituels de la vie quotidienne »<sup>2</sup>.

En 2006, ce Guide a été adopté comme référence dans le cadre de la réglementation commune relative à la couverture des risques d'accident et de maladie professionnelle des fonctionnaires des Communautés européennes...

Cette première consécration ne restera pas sans lendemain, il est en effet très probable qu'il s'impose progressivement comme « référence » dans tout le contentieux de l'évaluation médicale du préjudice corporel.

Le Guide barème européen pose les premières balises d'une harmonisation nécessaire de l'approche indemnitaire des séquelles corporelles dans l'espace européen.

Comment, en effet, imaginer rapprocher les systèmes juridiques divergents de la réparation du préjudice corporel si on ne dispose pas, grâce à une procédure d'évaluation unique, de tableaux « séquellaires » consensuellement redéfinis, réétalonnés et reformatés.

C'est à cette question préliminaire aussi essentielle qu'incontournable que cet outil « d'évaluation médicale » apporte une réponse structurée, cohérente et transparente.

Mais il ne s'agit pas d'un carcan rigide (et il n'est pas souhaitable qu'il en soit autrement) puisqu'il préserve une certaine souplesse d'appréciation qui permettra à l'évaluateur de se rapprocher, autant que possible, de la situation concrète qui lui est soumise.

Lorsque ce Guide barème se sera imposé comme référence universelle, il restera alors à envisager la convergence communautaire des différentes approches indemnitaires, mais cela, c'est une autre histoire...

Thierry PAPART

Juge au Tribunal de Police de Liège,  
Maître de conférences U.Lg

1 Voir p. 16 du présent ouvrage.

2 Voir p. 18 du présent ouvrage.

# Préface

Le Guide barème européen, dont l'éditeur me demande de préfacer la deuxième édition, est le fruit d'une gestation commencée à l'aube du millénaire. Sa vocation recherchée était, et demeure, de servir de guide aux médecins-experts aussi longtemps que ceux-ci opéreront.

Ayant, en tant que juriste, participé à la conception, avant que le projet ne fût porté par des médecins, il me paraît nécessaire de revenir en arrière, aux 8 et 9 juin 2000, où, lors d'un congrès annuel, aujourd'hui connu sous le nom de Journées européennes sur le droit de la circulation routière, il était rendu compte des travaux de deux groupes, constitués à l'initiative de Willi Rothley, Vice-Président de la Commission juridique du Parlement européen : un groupe de juristes et un groupe de médecins, auxquels avait été confié le sujet d'étude suivant : « Perspectives européennes de rationalisation du préjudice non économique ».

Durant six mois, des réunions eurent lieu, tantôt communes, tantôt propres à chaque groupe, avec un constant souci d'interactivité. Il s'agissait, en effet, de se mettre d'accord sur des concepts juridiques, destinés à sous-tendre une harmonisation des règles d'évaluation des préjudices, qui puissent en même temps être appréhendés par les experts médicaux dont l'assistance est indispensable. Inversement d'ailleurs, il convenait de faire en sorte que les constatations objectives de ces derniers soient transposables en des chefs de préjudices uniformisés. La difficulté était double en raison du cadre européen de la réflexion : hétérogénéité des règles d'évaluation pour les uns, diversité des méthodes pour les autres.

Il fut rendu compte des travaux du groupe des juristes par le Professeur Busnelli (Pise) et de celui des médecins par le Professeur Lucas, auquel nous devons le préambule du Guide barème européen.

À son terme, le Congrès adopta une recommandation à la Commission européenne, au Parlement européen et au Conseil, dans les termes qui suivent :

### A) Exposé des motifs

1. La protection de la dignité et de la santé humaine doit inciter l'Union européenne et les États membres à reconnaître, à toute personne ayant subi une atteinte à la santé d'un accident, le droit de recevoir une indemnisation spécifique pour le dommage non économique qui en résulte.
2. Cette indemnité doit être distincte de celle qui est allouée pour les pertes économiques et pour les dommages qui ne sont pas susceptibles de constatation ou d'explication médicale.
3. Le principe d'égalité impose une évaluation objective de ce dommage ; à cet égard, il existe une aspiration des victimes à un traitement égalitaire.
4. La science médicale offre les bases pour une évaluation objective par l'établissement d'un barème médical qui apprécie les atteintes à l'intégrité physique et/ou psychique.
5. L'objectif d'une indemnisation harmonisée peut être atteint grâce à l'adoption d'un barème d'indemnisation, exprimé en points, qui permette dans chaque État membre d'affecter une valeur en argent aux résultats de l'appréciation médicale.
6. Il est souhaitable que les États membres laissent aux juges une marge d'appréciation équitable lors de la mise en œuvre du barème d'indemnisation.
7. Quant aux accidents de la circulation routière, une directive pourrait s'ajouter à la directive relative à l'assurance de responsabilité civile automobile.
8. Cependant il est souhaitable que les États membres élargissent le champ d'application de ces règles à toutes les atteintes à la personne résultant d'autre cause.

### B) Propositions au législateur européen

#### 1. Finalité et domaine d'application d'une directive

Une directive devrait viser à harmoniser les règles applicables, dans les États membres, à l'indemnisation des dommages non économiques résultant d'une atteinte à la personne, consécutive à un accident de la circulation routière.

Cette évaluation devrait être objective et unifiée, selon les méthodes définies aux paragraphes suivants.

Une telle directive ne s'appliquerait ni aux dommages économiques, ni aux dommages non susceptibles de constatation ou d'explication médicale.

#### 2. Définitions

a) Atteinte à la personne : l'atteinte à la personne s'entend de toute atteinte ayant des conséquences d'ordre physique et/ou psychique.

b) Dommage économique : le dommage économique désigne les dépenses de toutes sortes rendues nécessaires par l'atteinte à la personne, ainsi que les pertes de revenus ou de chances de gain.



c) Dommages non économiques : les dommages non économiques sont des dommages autres qu'économiques résultant de l'atteinte à la personne et susceptibles de constatation ou d'explication médicale.

Ils comprennent : à titre principal le dommage résultant de l'atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique elle-même ; à titre secondaire divers préjudices particuliers.

d) Préjudices particuliers : les préjudices particuliers sont les conséquences médicalement constatables et/ou explicables de l'atteinte à la personne autres que la stricte atteinte physique ou psychique. Ils comprennent : l'atteinte esthétique, l'atteinte sexuelle, l'atteinte aux activités spécifiques de loisirs et les douleurs exceptionnelles.

e) Barème médical : le barème médical est un document qui quantifie, en pourcentages, les atteintes à l'intégrité physique et/ou psychique.

f) Barème d'indemnisation : le barème d'indemnisation est un document qui permet d'affecter une valeur en argent au pourcentage d'atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique.

### 3. *Barème médical*

Chaque État membre devrait adopter le barème médical et son mode d'emploi, reproduits en annexe de la directive.

### 4. *Indemnisation de l'atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique*

Ce barème unique indiquerait le nombre de points afférent à chaque pourcentage d'atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique, compte tenu de l'âge de la personne et de l'importance du pourcentage. La valeur du point serait déterminée selon des critères établis par chaque État membre.

Les États membres pourraient introduire une marge d'adaptation judiciaire du montant obtenu par l'application du barème, dans une limite de plus ou moins 20 %, pour tenir compte des particularités du cas.

### 5. *Indemnisation des préjudices particuliers*

Il serait loisible à chaque État membre d'établir, pour les préjudices particuliers, un catalogue prévoyant, pour chaque catégorie de ces préjudices, un minimum et un maximum d'indemnisation.

(...)

### 6. *Indemnisation des traumatismes graves*

Le barème d'indemnisation ne s'appliquerait pas d'une manière obligatoire lorsque le taux d'atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique dépasse 70 %.

(...)

On voit, par conséquent, que le Guide barème européen n'a pas été conçu comme une fin en soi, destiné à la seule satisfaction des médecins du groupe, mais comme le complément indispensable d'un régime juridique d'indemnisation harmonisé au plan européen, du moins pour les accidents de la circulation, auxquels sont consacrées périodiquement des directives sur l'assurance de responsabilité civile automobile.

*Mutatis mutandis*, les fonctionnaires des Communautés européennes forment une sorte de microcosme soumis à des règles communes en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles, ce qui permet et nécessite à la fois un barème médical unique. Pour cette raison, le présent barème a fait l'objet, le 15 avril 2005, d'une décision du Conseil pour qu'il leur soit appliqué à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2006.

Contrairement à ce que l'on pouvait augurer, un régime harmonisé d'indemnisation des préjudices non économiques n'a pas vu le jour. Dès lors, à l'heure actuelle le Guide barème européen, dont le Professeur Lucas indique qu'il fait l'objet d'améliorations constantes, a d'autres ambitions, dans les cadres nationaux.

Dans plusieurs États, il est l'instrument de référence qu'utilisent spontanément les médecins experts, ce qui contribue à une certaine égalité des victimes devant l'appréciation des séquelles de leur accident.

À côté de la responsabilité, on note également l'inclusion du Guide barème européen dans les conditions générales des polices d'assurance accidents corporels.

Si l'on s'attache, maintenant, plus particulièrement à la France, la première édition faisait état du rapport d'un groupe de travail dirigé par le Président Dintilhac, lequel avait, en 2005, fait des propositions intéressantes sur une nomenclature des postes de préjudices, en prenant soin de distinguer les préjudices extra-patrimoniaux des préjudices patrimoniaux.

Dans les premiers, le rapport range le « déficit fonctionnel permanent », à propos duquel il est fait une allusion insistante aux travaux évoqués plus haut. C'est dire que le Guide barème européen peut bénéficier d'un préjugé favorable, à l'occasion d'une réglementation nationale sur l'expertise médicale. Réglementation nécessaire pour mettre un terme à la situation actuelle qui fait coexister, dans la pratique, plusieurs barèmes.

Réglementation en cours de réalisation, grâce à une proposition de loi, visant à améliorer l'indemnisation des victimes de dommages corporels, déjà votée en première lecture, le 16 février 2010, par l'Assemblée nationale, et en instance au Sénat.

Deux ordres de dispositions retiennent l'attention. D'une part, en vue de concourir à la présentation poste par poste des éléments de préjudice corporel, des définitions types adaptables de missions d'expertise médicale, pouvant être retenues par les juridictions saisies de demandes de réparation de préjudices corporels, sont établies par voie réglementaire. D'autre part un barème médical unique d'évaluation des atteintes à l'intégrité physique et psychique applicable à tout régime d'indemnisation intégrale au titre de la responsabilité civile est fixé par

décret. Son élaboration est confiée à une commission *ad hoc* comprenant notamment des médecins ayant des compétences en réparation du dommage corporel et exerçant les fonctions d'expert judiciaire.

Il reste à espérer que cette commission puisera son inspiration dans le Guide barème européen.

Hubert GROUDEL

Professeur émérite de l'Université Montesquieu-Bordeaux IV

Président de l'Institut pour le Droit Européen de la Circulation (IDEC)

# Préambule

## JUSTIFICATION DE L'ÉVALUATION BARÉMIQUE

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

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

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

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

Les préjudices non économiques sont ceux subis en dehors de tout contexte lucratif. À caractère purement personnel, ils constituent une atteinte aux activités habituelles de la vie courante, à cette série de gestes et d'actes que chaque femme et chaque homme effectuent pendant un nyctémère, indépendamment de toute activité professionnelle. Ces préjudices génèrent une atteinte à la qualité de la vie quotidienne.

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



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

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

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

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

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

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

## NÉCESSITÉ D'UN BARÈME EUROPÉEN

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

Il est inutile d'harmoniser le mode de réparation financière si, partout dans l'Union européenne, la perte des mêmes organes et des mêmes fonctions n'est pas évaluée à

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

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

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

### **BASES ET PRINCIPES DU BARÈME EUROPÉEN**

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

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

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

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

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

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

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

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

Le taux d'A.I.P.P. est :

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

Le pour cent d'A.I.P.P.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **MÉTHODOLOGIE DE CRÉATION DU BARÈME EUROPÉEN**

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

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

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



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

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

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

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

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

### **MODE D'EMPLOI DU GUIDE BARÈME EUROPÉEN**

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

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

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

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

Ces taux se rapportent à des séquelles considérées isolément.

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

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

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

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

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

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

Ayant opté pour une orientation autant que possible fonctionnelle, le guide barème fournit, pour les amputations de membres inférieurs, des taux correspondant à des amputations correctement appareillées, situations le plus fréquemment rencontrées dans la pratique. En effet, sauf éventuellement lors d'une amputation du pied, le blessé ne peut marcher ou se tenir debout sans prothèse. Ces taux sont

susceptibles d'être modifiés si l'appareillage est peu efficace ou au contraire exceptionnellement performant.

De la même manière, et quelle que soit la fonction envisagée, dès qu'une prothèse, une orthèse ou une aide technique fournie au patient améliore les troubles fonctionnels, l'évaluation de ces derniers s'effectue compte tenu du bénéfice apporté. Les situations non décrites s'évaluent par comparaison à des situations cliniques décrites et quantifiées.

Les situations exceptionnelles et celles purement théoriques, devenues impensables dans l'état actuel de nos moyens thérapeutiques, n'ont délibérément pas été envisagées. Le barème est un guide, sans caractère impératif.

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

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

## PROSPECTIVE

À l'exception de son préambule, remplacé par un mode d'emploi spécifique, le guide-barème européen est rapidement devenu la référence impérative en matière d'évaluation des accidents du travail et de vie privée dont seraient victimes les fonctionnaires européens (contractuels et statutaires) bénéficiant de l'article 73 de leur statut, ceci à dater du 1<sup>er</sup> janvier 2006. Il est en effet annexé à la réglementation communautaire.

Certaines compagnies belges d'assurances ont récemment fait du Guide barème européen le barème impératif de leurs polices d'assurances de personnes. Tout laisse à penser que cette démarche se généralisera et s'étendra aux autres États membres de l'Union Européenne puisque l'usage du Guide barème, dont les articles sont précis et les fourchettes d'évaluation assez serrées, est de nature à rendre plus fiables les réserves concernant l'A.I.P.P. au cours de l'évolution des victimes, et à diminuer le nombre des contestations lors de la consolidation.

C'est une grande satisfaction pour les membres de la CEREDOC qui ont œuvré à la conception du Guide barème européen de voir des chapitres entiers de celui-ci inspirer les rédacteurs de certains nouveaux barèmes nationaux, en attendant qu'une volonté politique en assure la généralisation.

Ce n'est qu'à l'usage que sont apparus de rares difficultés d'utilisation sur des points particuliers, quelques développements à étudier, des fourchettes à l'empan trop larges qu'il fallait subdiviser, quelques manques à combler : remédier à ces imperfections inévitables dans une œuvre aussi difficile qu'un barème de ce type est la raison d'être de l'Observatoire permanent.

Cet Observatoire a résolu déjà la majorité des difficultés qui lui ont été présentées par les utilisateurs ou que ses propres créateurs ont découvertes : cette deuxième édition du Guide barème européen intègre les améliorations qu'il propose.

Le travail de l'Observatoire permanent \* n'est certes pas terminé. Il continuera en effet d'assurer la constante révision du Guide barème en fonction des remarques, des critiques fondées, des problèmes d'utilisation, des méthodes d'appréciation, et bien entendu des progrès de nos connaissances.

Tous les médecins experts peuvent, par l'intermédiaire du site de l'Observatoire, faire part à ses membres de leurs observations et de leurs suggestions : ils y trouveront écho dans les meilleurs délais, ceux de la réflexion et de la recherche.

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

Professeur Pierre LUCAS (Belgique)

Président de la CEREDOC et de l'Observatoire permanent, coordonnateur du Groupe Rothley d'étude du barème européen, au nom des chevilles ouvrières du groupe de travail et membres du Comité exécutif de la CEREDOC \*\*, les professeurs et docteurs :

BEJUI-HUGUES Hélène, Vice-Présidente (France)

BOROBIA César, Vice-Président (Espagne)

CANNAVO Giovanni, Secrétaire Général (Italie)

GUISCAFFRE-AMER Juan (Espagne)

SAUCA Carlos (Espagne)

STEHMAN Michel (Belgique)

STRECK Walter (Allemagne)

VIEIRA Duarte Nuno (Portugal)

Ces médecins tiennent à remercier pour leur collaboration au sein de l'Observatoire permanent du barème, les spécialistes suivants :

BAGON Jacques, néphrologue (Belgique)

COPPENS Gérald, évaluateur (Belgique)

DE MOL Jacques, psychologue (Belgique)

HEILPORN André, paraplégiste (Belgique)

HEILPORN A. (Belgique)

JOSEPH Guy, évaluateur (Belgique)

Le 6 septembre 2010

---

\* [www.ceredoc/obe.eu](http://www.ceredoc/obe.eu).

\*\* CEREDOC : Confédération Européenne d'Experts en Évaluation et Réparation du Dommage Corporel, Via Livenza, 25 PISA – ITALIA – Tél. +39.0508310049 – Email [info@ceredoc.it](mailto:info@ceredoc.it) – [www.ceredoc.it](http://www.ceredoc.it).

# Remerciements

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

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

LATINI Elide, Italie  
LEFFVRE Raymond, France  
LEFRANC Jean-Pierre, France  
LERUT Hugo, Belgique  
LESMEs Rafael, Espagne  
LEVY Gilbert, France  
MAGALHÃES Teresa, Portugal  
MALADJIAN Jacques, France  
MARIGO Mario, Italie  
MÉTREAU Roselyne, France  
NORELLI Aristide, Italie  
NORTH Pierre, France  
PANARESE Fernando, Italie

PEYTRAL Claude, France  
PIRONE Giovanni Maria, Italie  
REBELLO Ascensão, Portugal  
RICCI Pietrantonio, Italie  
RUMILLY André-Georges, France  
SEPULCHRE Marc-Antoine, Belgique  
SOLIGUER Juan, Espagne  
SULMAN Thierry, France  
TRICOT Jean-Pierre, Belgique  
UMANI-RONCHI Giancarlo, Italie  
VANKERKEM Charles, Belgique  
VIGNERON Jean-Robert, Belgique



# Systeme nerveux

Les situations non décrites s'évaluent 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.

## I NEUROLOGIE

### ARTICLE 1

#### ***Séquelles motrices et sensitivo-motrices d'origine centrale et médullaire***

Pour les **séquelles de lésions complètes**, il est équitable, logique et pragmatique de prévoir un taux fixe.

Dans les **séquelles partielles** (tétraplégies et paraplégies incomplètes), des récupérations motrices et/ou sensibles importantes ne doivent pas occulter l'ensemble des problèmes fonctionnels résiduels. Par exemple, une paraparésie due à une lésion médullaire partielle au niveau thoracique moyen peut certes comporter une certaine capacité de déambulation autonome, mais aussi différents éléments séquellaires, combinés et interactifs, comme des douleurs, des épisodes de contractures, une spasticité avec risques de déformations secondaires, des problèmes viscéraux.

Dès lors, il faut admettre que les séquelles de lésions médullaires incomplètes représentent un ensemble de troubles fonctionnels intriqués, amenant à se référer davantage à la tétraplégie ou à la paraplégie qu'à une addition de déficits isolés. La combinaison des symptômes est en effet plus lourde à supporter que le laisserait prévoir leur simple addition, et le taux de l'évaluation doit en tenir compte. Une véritable frontière est une lésion du centre respiratoire, empêchant en soi toute activité.

En pareil cas, il faut donc partir du taux dévolu à la lésion complète et le moduler raisonnablement à la baisse en fonction de la gravité globale de l'ensemble constaté d'une part par le déficit moteur, d'autre part par les éléments suivants : spasticité et hyperréflexie, déficits de sensibilité, douleurs, troubles sphinctériens, insuffisance respiratoire (tétraparésie et paraparésie par lésion thoracique haute Th1 à Th6), troubles génito-sexuels, troubles circulatoires des membres inférieurs par dénervation vasculaire.

Les séquelles de lésions médullaires partielles ne sont généralement pas consolidées avant un délai de trois ans depuis le traumatisme : en effet, les troubles sphinctériens peuvent apparaître tardivement dans les lésions incomplètes, la stabilisation de la spasticité est lente, et la flaccidité, très gênante, doit auparavant être correctement appareillée.

<p><b>Article 1-1</b> Tétraplégie complète selon le niveau</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de C2 à C6</li> <li>• en dessous de C6</li> </ul>	<p>95 % 85 %</p>
<p><b>Article 1-2</b> Hémiplégie complète</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• avec aphasie</li> <li>• sans aphasie</li> </ul>	<p>90 % 75 %</p>
<p><b>Article 1-3</b> Paraplégie complète selon le niveau</p> <p>La fourchette d'A.I.P.P. se module en fonction de la qualité de la gestion des fonctions sphinctériennes, de la douleur, de la spasticité. L'existence de plaintes et de difficultés dans l'un de ces domaines oriente vers le taux maximum prévu par l'article.</p>	<p>70 à 75 %</p>
<p><b>Article 1-4</b> Queue de cheval atteinte complète, selon le niveau</p>	<p>25 à 50 %</p>

## ARTICLE 2

### ***Séquelles motrices et sensitivo-motrices d'origine périphérique***

L'atteinte nerveuse entraîne une paralysie (lésion totale) ou une parésie. Celle-ci doit être évaluée selon ses répercussions cliniques et techniques objectives.

Article 2-1 **Face**

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

Article 2-2 **Membre supérieur**

	D*	ND**
<p>Article 2-2-a Paralyse totale (lésion complète du plexus brachial)</p>	65 %	60 %
<p>Article 2-2-b Paralyse médio-ulnaire</p>	45 %	40 %
<p>Article 2-2-c Paralyse du nerf radial</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• au-dessus de la branche tricipitale</li> <li>• au-dessous de la branche tricipitale</li> </ul>	<p>40 % 30 %</p>	<p>35 % 25 %</p>
<p>Article 2-2-d Paralyse du nerf médian</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• au bras</li> <li>• au poignet</li> </ul>	<p>35 % 25 %</p>	<p>30 % 20 %</p>

\* côté dominant

\*\* côté non dominant

Guide barème européen d'évaluation médicale

	D*	ND**
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 %

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)	
• forme tronculaire haute (avec paralysie des fessiers)	45 %
• forme basse, sous le genou	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 %

ARTICLE 3

**Troubles cognitifs**

L'expert réalisera un bilan médical complet, analysera les déficits en se référant à une séméiologie précise, étudiera les examens techniques indispensables que sont l'imagerie médicale et les tests objectifs appropriés.

Il évitera d'additionner des taux relatifs à des situations cliniques différentes pouvant présenter des symptômes communs ; il situera le cas étudié, autant que possible, dans le cadre d'un syndrome cohérent, se basant impérativement sur des bilans médicaux corrélant les lésions initiales et les données des examens cliniques et techniques. Il pourra prendre l'avis d'un spécialiste.

Article 3-1 **Syndrome frontal vrai**

Syndrome clinique dont le diagnostic impose des lésions à l'imagerie médicale et des anomalies aux tests neuro-psychologiques.

L'empan des fourchettes de taux est justifié par l'intensité très différente que peut revêtir ce syndrome qui peut aller jusqu'à la perte d'autonomie.

<p>Article 3-1-a</p> <p><b>Forme majeure</b></p> <p>Troubles neuro-comportementaux (forme bradypsychique avec apathie, apragmatisme, inappétence... ou forme moriatique avec désinhibition, euphorie...)</p> <p>Possibles troubles sphinctériens</p> <p>Perte totale du sens critique</p> <p>Troubles neuropsychologiques : amnésie de fixation et d'évocation, avec détérioration mentale globale</p>	<p><b>60 à 85 %</b></p>
<p>Article 3-1-b</p> <p><b>Forme sévère</b></p> <p>Troubles neuro-comportementaux plus prononcés qu'en 3-1-c, s'accompagnant de troubles du caractère et de l'humeur</p> <p>Désinsertion sociale, troubles relationnels plus accusés</p> <p>Perturbation du jugement et du raisonnement</p> <p>Troubles neuropsychologiques plus marqués (altération des capacités attentionnelles, mnésiques et exécutives entraînant une détérioration mentale d'intensité moyenne)</p>	<p><b>40 à 60 %</b></p>

Article 3-1-c

**Forme moyenne**

Troubles neuro-comportementaux plus importants qu'en 3-1-d perturbant les relations, la vie sociale

Troubles neuro-psychologiques plus importants : altération des capacités attentionnelles, mnésiques et exécutives entraînant une détérioration mentale modérée

Article 3-1-d

**Forme légère**

Bradypsychie sans perturbation de la vie sociale

Légère détérioration mentale

Article 3-1-e

**Forme mineure**

Légers troubles neuro-comportementaux : légère bradypsychie

Légères difficultés attentionnelles, mnésiques et exécutives

Article 3-2 **Troubles du langage et de la communication**

Article 3-2-a1

**Aphasie globale** (troubles expressifs et réceptifs très importants)

Article 3-2-a2

**Aphasie sensorielle (Wernicke)**

Sévères troubles de la compréhension :

- langage difficilement compréhensible (paraphasies, persévérations, néologismes, télescopages)
- jargonaphasie

Expression écrite altérée (paragraphies jusqu'à la jargonographie)

Lecture perturbée (paralexies jusqu'à la jargonalexie)



<p>Susceptible d'être compliquée par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• agraphie</li> <li>• alexie</li> <li>• apraxie bucco-labio-linguale</li> </ul>	40 à 60 %
<p>Article 3-2-a4</p> <p><b>Mutisme akinétique</b> (perte de la capacité de traduire le langage en sons mais facultés de compréhension préservées)</p>	25 à 40 %
<p>Article 3-2-b1</p> <p><b>Aphasie amnésique</b> (anomie) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dysmnésie verbale</li> <li>• paraphasies</li> <li>• sans troubles de la compréhension</li> </ul>	5 à 15 %
<p>Article 3-2-b2</p> <p><b>Dysarthrie</b></p>	jusqu'à 5 %
<p>Article 3-2-b3</p> <p><b>Légères perturbations de l'expression orale</b> (uniquement manque du mot avec préservation de la compréhension, de la lecture et de l'écriture)</p>	jusqu'à 5 %

Article 3-3 **Troubles de la mémoire**

<p>Article 3-3-a</p> <p><b>Syndrome de Korsakoff</b> (ou amnésie antérograde et rétrograde, empêchant toute nouvelle acquisition) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• amnésie de fixation</li> <li>• confabulations et paramnésies</li> <li>• désorientation temporo-spatiale</li> <li>• fausse reconnaissance</li> <li>• oubli des faits anciens</li> <li>• euphorie et désinhibition</li> </ul>	60 à 85 %
<p>Article 3-3-b1</p> <p><b>Troubles de la mémoire de fixation et d'évocation</b> (oubli à mesure) où les résultats psychométriques sont en dessous de - 4 sigmas à la plupart des tests de mémoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• troubles de l'évocation des faits anciens</li> <li>• troubles de l'orientation temporo-spatiale</li> </ul>	40 à 60 %

<p>Article 3-3-b2</p> <p><b>Troubles de la mémoire de fixation et d'évocation</b> d'intensité modérée, où les résultats psychométriques sont en dessous de -3 sigmas à la plupart des tests de mémoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• apprentissage limité</li> <li>• légères difficultés d'évocation des faits anciens</li> </ul>	20 à 40 %
<p>Article 3-3-b3</p> <p><b>Troubles de la mémoire de fixation et d'évocation</b>, où les résultats psychométriques sont en dessous de - 2 sigmas à la plupart des tests de mémoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• troubles de l'apprentissage</li> <li>• difficultés à consolider le matériel appris</li> </ul>	10 à 20 %
<p>Article 3-3-b4</p> <p><b>Troubles de la mémoire de fixation et d'évocation</b> d'intensité légère, perturbant systématiquement l'apprentissage</p>	5 à 10 %
<p>Article 3-3-b5</p> <p><b>Troubles de l'évocation et/ou de l'apprentissage</b>, d'intensité légère, sans autres troubles neuro-cognitifs associés</p>	jusqu'à 5 %
<p>Article 3-3-c</p> <p><b>Perte totale ou partielle des connaissances didactiques</b> : les taux correspondant seront appréciés selon la même échelle que les troubles de la mémoire</p>	

#### Article 3-4 *Troubles cognitifs mineurs*

Certains traumatismes crâniens peuvent laisser subsister des plaintes d'ordre cognitif formant un syndrome différent du syndrome post-commotionnel. Il s'agit d'un syndrome clinique dont le diagnostic impose, à la phase séquellaire, des lésions à l'imagerie médicale et des anomalies des tests objectifs, et qui ne peut être dû à une pathologie psychiatrique telle que troubles anxieux, troubles dépressifs...

<p>Article 3-4-a</p> <p><b>Troubles gnosiques et praxiques</b> entraînant une légère diminution de l'efficacité intellectuelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• apraxie constructive</li> <li>• agnosie visuo-spatiale perturbant le calcul écrit</li> <li>• négligence visuo-spatiale unilatérale</li> <li>• troubles de la mémoire topographique</li> <li>• troubles de la reconnaissance des visages (prosopagnosie)</li> </ul>	5 à 15 %
--	----------

Article 3-4-b

**Troubles gnosiques et praxiques** discrets, ne perturbant quasi pas le fonctionnement intellectuel :

- légers troubles de l'analyse visuo-spatiale et de l'organisation visuo-constructive
- ralentissement dans des tâches cognitives (perturbation de la vitesse du traitement de l'information)
- fatigabilité perturbant l'attention soutenue
- légers troubles de la vigilance et du temps de réaction

**jusqu'à 5 %**

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. Le cas échéant, leur évaluation se fait par comparaison à des situations cliniques de même gravité.

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 oculomotrices,...) 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.

<p>Article 4-1 <b>Abolition de toute activité volontaire utile</b>, perte de toute possibilité relationnelle identifiable</p>	<p><b>100 %</b></p>
<p>Article 4-2 <b>Déficits sensitivo-moteurs majeurs</b> limitant gravement l'autonomie, associés à des déficits cognitifs incompatibles avec une vie relationnelle décente</p>	<p><b>85 à 95 %</b></p>

<p>Article 4-3</p> <p><b>Troubles cognitifs majeurs</b> 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</p>	60 à 85 %
<p>Article 4-4</p> <p><b>Troubles cognitifs associant perturbation permanente</b> 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</p>	40 à 60 %
<p>Article 4-5</p> <p><b>Troubles cognitifs</b> associant lenteur idéatoire évidente, déficit patent de la mémoire, difficulté d'élaboration des stratégies complexes, avec déficits sensitivo-moteurs mineurs</p>	20 à 40 %

## ARTICLE 5

### ***Épilepsie***

On ne peut proposer un taux d'A.I.P.P. sans preuve de la réalité du traumatisme crano-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 ***Épilepsies avec troubles de conscience (épilepsies généralisées et épilepsies partielles complexes)***

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

Article 5-2 ***Epilepsies sans troubles de conscience***

<b>Épilepsies partielles</b> simples dûment authentifiées, selon le type et la fréquence des crises et selon les effets secondaires des traitements	<b>5 à 15 %</b>
---	-----------------

Les anomalies isolées de l'E.E.G., 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	<b>2 %</b>
---	------------

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, par exemple).

Ce sont les « douleurs exceptionnelles », qui ne font pas partie du tableau séquel-laire habituel et ne sont donc pas incluses dans le taux d'A.I.P.P. Elles constituent un préjudice annexe.

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

ARTICLE 8

***Les névralgies consécutives à une atteinte d'un nerf crânien ou périphérique***

Lorsque la douleur alléguée est sous-tendue par des éléments cliniques et/ou techniques objectifs (le diagnostic de certitude nécessitant un avis spécialisé), l'évaluation tiendra compte de la fréquence des crises et de l'efficacité des thérapeutiques.

Article 8-1 Trigémine	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 Fémorale	jusqu'à 8 %
Article 8-7 Sciatique	jusqu'à 15 %
Article 8-8 Névrалgie d'Arnold	jusqu'à 3 %

## II PSYCHIATRIE \*

### 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, des troubles de l'humeur constituant un *état dépressif* peuvent persister.

Ces troubles ne peuvent être considérés comme avérés que s'ils ont justifié un suivi médical spécialisé, et comme stabilisés qu'après 2 ans d'évolution.

Pour l'évaluation de l'intensité d'un trouble dépressif, le DSM IV fait référence à la CIM-10. Il y est précisé qu'au cours des épisodes typiques de chacun des trois degrés de dépression : léger (F32.0), moyen (F32.1) ou sévère (F32.2), le sujet présente habituellement un abaissement de l'humeur, une diminution de l'intérêt et

\* Par référence aux classifications CIM-10 et DSM IV.



du plaisir, et une réduction de l'énergie, entraînant une augmentation de la fatigabilité et une diminution de l'activité.

Un épisode dépressif comporte souvent, selon la liste de la CIM-10\* :

- une diminution de la concentration et de l'attention ;
- une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi ;
- des idées de culpabilité ou de dévalorisation ;
- une attitude morose et pessimiste face à l'avenir ;
- des idées ou actes auto-agressifs ou suicidaires ;
- une perturbation du sommeil ;
- une diminution de l'appétit.

Sur cette base commune, le DSM IV et la CIM-10 donnent les directives suivantes pour le diagnostic :

F32.0 : épisode dépressif léger qui repose « sur la présence d'au moins deux des trois symptômes typiques suivants : humeur dépressive, diminution de l'intérêt et du plaisir, augmentation de la fatigabilité, associés à au moins deux autres symptômes dépressifs » figurant sur la liste\*.

F32.1 : épisode dépressif moyen qui repose « sur la présence d'au moins deux des trois symptômes typiques suivants : humeur dépressive, diminution de l'intérêt et du plaisir, augmentation de la fatigabilité, associés à au moins trois (et de préférence quatre) autres symptômes dépressifs » figurant sur la liste\*.

F32.2 : épisode dépressif sévère qui repose « sur la présence des trois symptômes typiques suivants : humeur dépressive, diminution de l'intérêt et du plaisir, augmentation de la fatigabilité, associés à au moins quatre (et de préférence cinq) autres symptômes dépressifs » figurant sur la liste\*.

#### Article 9-1 *Troubles dépressifs majeurs*

Article 9-1-a <b>Trouble dépressif majeur sévère</b> (au moins 8 symptômes sur 10 à la CIM-10) Avec ou sans caractéristiques mélancoliques	<b>20 à 35 %</b>
Article 9-1-b <b>Trouble dépressif majeur moyen</b> (au moins 6 symptômes sur 10 à la CIM-10)	<b>10 à 20 %</b>

\* Par référence aux classifications CIM-10 et DSM IV.

Article 9-2 **Trouble dépressif majeur léger**

(au moins 4 symptômes sur 10 à la CIM-10)

3 à 10 %

Article 9-3 **Trouble dysthymique**

jusqu'à 3 %

ARTICLE 10

**État de stress post-traumatique**

Il succède immédiatement ou de manière différée à des manifestations psychiques provoquées par l'effraction soudaine, imprévisible et subite, d'un événement traumatisant débordant les capacités de défense de l'individu et menaçant son intégrité.

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

L'événement doit être mémorisé.

La symptomatologie comporte des troubles anxieux de type phobique, des conduites d'évitement, un syndrome de répétition et des troubles du caractère. Son évaluation ne peut être envisagée qu'après environ deux ans d'évolution.

<p>Article 10-1</p> <p><b>Symptômes récurrents et envahissants</b> (plusieurs fois par semaine) de type intrusif sous forme de flash-back et/ou de cauchemars, générant des crises d'angoisse</p> <p>Conduites d'évitement systématiques des éléments rappelant le trauma, entraînant un syndrome phobique sévère</p> <p>État d'hypervigilance par rapport aux <i>stimuli</i> rappelant le trauma pouvant s'accompagner de troubles dépressifs et dissociatifs</p>	<p>12 à 20 %</p>
<p>Article 10-2</p> <p><b>Syndrome de répétition</b> initié uniquement par la confrontation aux situations de rappel du trauma</p> <p>Conduites d'évitement spécifiques limitant la phobie à la situation traumatique initiale</p>	<p>8 à 12 %</p>

Article 10-4

**Reviviscences sporadiques**

Manifestations anxieuses mineures

jusqu'à 3 %

ARTICLE 11

**Troubles psychotiques**

Tels qu'ils sont définis dans le DSM-IV, les troubles psychotiques ne sont pas développés dans ce barème, leur imputabilité à un traumatisme n'étant quasi jamais démontrée.

Le cas échéant, leur évaluation se ferait par comparaison à des situations cliniques de même gravité.

CHAPITRE 2

**Système sensoriel  
et stomatologie**

I  
**OPHTALMOLOGIE**

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

A  
**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 %

	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	27
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	34
5/10	3	4	5	6	7	8	10	15	20	25	29	32	34
4/10	4	5	6	7	9	10	11	18	23	30	33	35	37
3/10	7	8	9	10	12	15	18	20	30	35	38	40	42
2/10	12	14	15	16	18	20	23	30	40	45	50	50	52
1/10	16	18	20	22	25	30	35	40	50	55	60	60	62
1/20	20	21	23	25	29	33	38	45	55	65	68	70	72
<1/20	23	24	25	28	32	35	40	50	60	68	75	78	80
Cécité	25	26	28	30	35	40	45	55	65	78	80	82	85

Tableau II : vision de près

	P1,5	P2	P3	P4	P5	P6	P8	P10	P14	P20	< P20	cécité
P1,5	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

Le tableau II n'est à 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 <ul style="list-style-type: none"> <li>• selon le type, l'étendue, l'atteinte ou non de la vision centrale</li> </ul>	<b>jusqu'à 85 %</b>
Article 14-2 Quadransopie <ul style="list-style-type: none"> <li>• selon le type</li> </ul>	<b>jusqu'à 30 %</b>
Article 14-3 Scotome central <ul style="list-style-type: none"> <li>• bilatéral</li> <li>• unilatéral</li> </ul>	<b>jusqu'à 70 %</b> <b>jusqu'à 20 %</b>
Article 14-4 Scotomes juxtaoculaires ou paracentraux <ul style="list-style-type: none"> <li>• selon le caractère uni ou bilatéral avec acuité visuelle conservée</li> </ul>	<b>jusqu'à 15 %</b>

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>	<b>jusqu'à 25 %</b>
Article 15-2 Paralysie oculomotrice <ul style="list-style-type: none"> <li>• selon le type</li> </ul>	<b>jusqu'à 15 %</b>



ARTICLE 16  
**Cristallin**

<p>Article 16-1 Perte (aphakie) corrigée par un équipement optique externe</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• bilatérale</li><li>• unilatérale</li></ul> <p><i>À 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.</i></p>	<p>20 % 10 %</p>
<p>Article 16-2 Perte corrigée par un implant cristallinien (pseudophakie) : <i>Ajouter 5 % par œil pseudophake au taux correspondant à la perte de l'acuité visuelle.</i></p>	

ARTICLE 17  
**Annexes de l'œil**

<p>Article 17-1 <b>Décollement postérieur du vitré</b> Selon l'importance des myodésopies</p>	<p><b>jusqu'à 2 %</b></p>
<p>Article 17-2 <b>Annexes de l'œil</b> Selon l'atteinte, les plus graves étant le ptosis avec déficit campimétrique et l'alacrymie bilatérale</p>	<p><b>jusqu'à 10 %</b></p>

**II  
ORL**

Les situations non décrites s'évaluent 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	<b>60 %</b>
Article 18-1-b Unilatérale	<b>14 %</b>

**Article 18-2 Surdité partielle**

L'évaluation se fait en 2 temps :

**Article 18-2-a Perte auditive moyenne**

Elle se fait par rapport au déficit tonal en conduction aérienne mesurée en décibels sur les 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 ci-après :

<b>Perte auditive moyenne en dB</b>	<b>0 - 19</b>	<b>20 - 29</b>	<b>30 - 39</b>	<b>40 - 49</b>	<b>50 - 59</b>	<b>60 - 69</b>	<b>70 - 79</b>	<b>80 et +</b>
<b>0 - 19</b>	0	2	4	6	8	10	12	14
<b>20 - 29</b>	2	4	6	8	10	12	14	18
<b>30 - 39</b>	4	6	8	10	12	15	20	25
<b>40 - 49</b>	6	8	10	12	15	20	25	30
<b>50 - 59</b>	8	10	12	15	20	25	30	35
<b>60 - 69</b>	10	12	15	20	25	30	40	45
<b>70 - 79</b>	12	14	20	25	30	40	50	55
<b>80 et +</b>	14	18	25	30	35	45	55	60

**Article 18-2-b Distorsions auditives**

L'évaluation doit se faire par confrontation de ce taux brut aux résultats d'audiométrie vocale pour apprécier d'éventuelles distorsions auditives (recrutement en particulier) qui aggravent 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	1	2	3	4	5
80 %	1	2	3	4	5	6
70 %	2	3	4	5	6	7
60 %	3	4	5	6	7	8
< 50 %	4	5	6	7	8	9

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**

- bilatérale
- unilatérale

jusqu'à 8 %  
jusqu'à 3 %

D  
**OLFACTION**

(y compris altération des perceptions gustatives)

ARTICLE 24

**Anosmie**

8 %

ARTICLE 25

**Hyposmie**

jusqu'à 3 %

E  
**PHONATION**

ARTICLE 26

**Aphonie**

30 %

ARTICLE 27

**Dysphonie isolée**

jusqu'à 10 %

### III

## STOMATOLOGIE

Les situations non décrites s'évaluent par comparaison à des situations 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'A.I.P.P.

#### ARTICLE 28

#### **Édentation complète démontrée inappareillable**

(compte tenu du retentissement sur l'état général)

28 %

#### ARTICLE 29

#### **Perte d'une dent non appareillable**

- incisive ou canine
- prémolaire ou molaire

1 %

1,5 %

#### ARTICLE 30

#### **Dysfonctionnements mandibulaires**

- limitation de l'ouverture buccale égale ou inférieure à 10 mm
- limitation de l'ouverture buccale entre 10 mm et 30 mm

25 à 28 %

5 à 25 %

#### ARTICLE 31

#### **Troubles post-traumatiques de l'articulé dentaire**

(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 %

## Systeme ostéoarticulaire

Les situations non décrites s'évaluent 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 ; 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 visée.

- **Les douleurs post-traumatiques**

Les douleurs post-traumatiques plausibles vu la lésion initiale, les traitements, les complications éventuelles, les plaintes répétées documentées au cours de l'évolution, apparaissant dans des situations précises et reproductibles, nécessitant à la demande la prise de médicaments antalgiques et/ou antiinflammatoires, s'accompagnant éventuellement d'une minime altération des mouvements, justifient un taux de 0 à 3 %. Ce taux ne peut être cumulé avec un taux issu d'un autre article relatif à la même séquelle.

- **Les lésions musculo-tendineuses**

**Lésion musculo-tendineuse isolée documentée** (rupture partielle, hernie musculaire), sans séquelle neurologique, avec comme seuls retentissements fonctionnels la douleur et la diminution de force objectivée, documentées par la clinique et par l'imagerie médicale (IRM, échographie) : jusqu'à 5 %.

**Lésion musculo-tendineuse avec répercussion sur la fonction articulaire** : le taux se confond avec celui prévu pour l'atteinte fonctionnelle.

**Lésion musculo-tendineuse isolée entraînant une altération partielle et légère des mouvements fins** : jusqu'à 3 %, taux non cumulable avec celui d'un autre article concernant les mêmes répercussions.

- Les endoprothèses des grosses articulations

Les endoprothèses des grosses articulations qui ne rétablissent pas la proprioception s'accompagnent en outre de certaines contraintes dans la vie du sujet et peuvent générer des appréhensions pour l'avenir (complications à moyen et long terme : infection, prothèse, etc.). Ainsi, la seule présence d'une volumineuse endoprothèse (hanche, genou, cheville, épaule...) justifie un taux de principe qui s'ajoute au taux justifié par l'âge de la victime. Si l'endoprothèse du genou, par exemple, est (encore) inventée, le taux de principe de principe est de 5 à 10 % en fonction de l'âge de la victime. Lorsque le résultat fonctionnel objectif n'est pas satisfaisant, les inconvénients et douleurs fonctionnels et ce taux complémentaire ne se justifie pas. Il ne se justifie pas non plus s'il s'agit d'une endoprothèse de petite articulation (articulation radiale, articulation digitale, etc.).

## I 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 %



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 **Ankyloses**

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

Article 34-1-b **Raideurs**

	D*	ND**
Limitation de l'élévation et de l'abduction à 60°		
• avec perte totale des rotations	22 %	20 %
• les autres mouvements étant complets	18 %	16 %
Limitation de l'élévation et de l'abduction à 90°		
• avec perte totale des rotations	16 %	14 %
• les autres mouvements étant complets	10 %	8 %
Limitation de l'élévation et de l'abduction à 130°		
• les autres mouvements étant complets	3 %	2 %

\* côté dominant

\*\* côté non dominant

Pseudarthrose serrée incurable avec douleurs sporadiques (taux cumulable à celui de séquelles de l'épaule)

Raccourcissement de plus de 1,5 cm avec répercussion sur la puissance de soulèvement, supplément

---

**Article 34-1-e Pathologies post-traumatiques de l'humérus**

Pseudarthrose incurable de l'humérus (taux cumulable à celui des séquelles de l'épaule et/ou du coude)

Consolidation avec angulation ou rotation de 10° ou plus :  
supplément de

**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 ci-dessous ne s'adressent donc qu'aux déficients dans le secteur utile.

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

**Article 34-2-a Ankyloses**

	D*	ND**
Arthrodèse ou ankylose en position de fonction		
• pronosupination conservée	24 %	20 %
• pronosupination 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 %
• moins de 90°	15 %	12 %

\* côté dominant  
 \*\* côté non dominant

**Article 34-2-c. Epicondylite post-traumatique chronique documentée**

	D*	ND**
Selon repercussions fonctionnelles douloureuses	jusqu'à 5 %	jusqu'à 3 %

**Article 34-2-d. Pseudarthrose incurable de l'avant-bras**

Taux cumulable à celui des séquelles du coude et/ou du poignet	8 à 12 %
--	----------

**Article 34-3. Atteinte isolée de la prono-supination**

**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.

\* côté dominant  
\*\* côté non dominant

Article 34-4-a **Ankyloses**

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

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 %

Article 34-4-c **Atteintes canalaires démontrées post-traumatiques** (canal carpien, loge de Guyon) : selon répercussions sur l'usage de la main (mobilité, sensibilité).

II

**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.

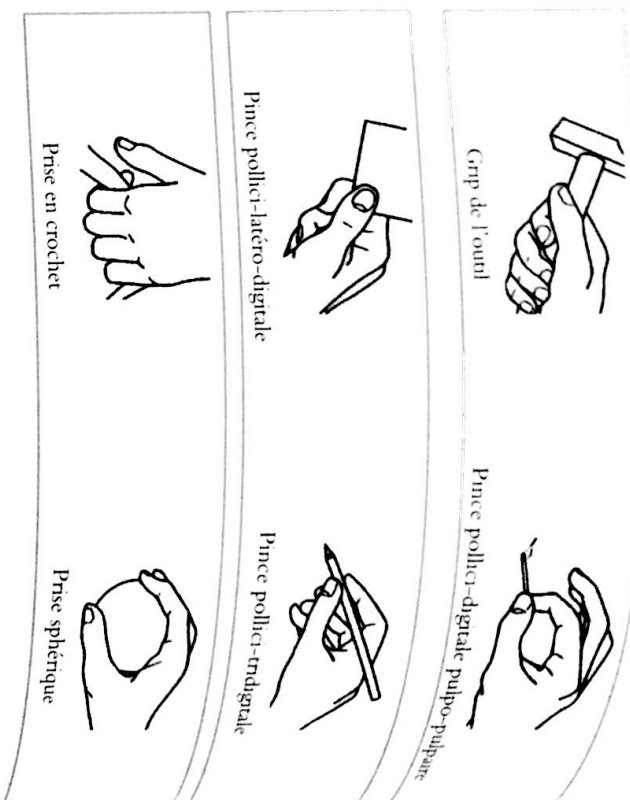
Ensuite, il devra vérifier si les données de son examen sont corroborées par la possibilité de réaliser les 6 pinces et prises fondamentales (voir figure).

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

\* côté dominant

\*\* côté non dominant

Figure 1. Principales pinces et prises fondamentales



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 de la main (page 59).

Article 35-2-a **Amputation du pouce (et de son métacarpien) ou des doigts longs**

Voir schéma de la main (page 59).

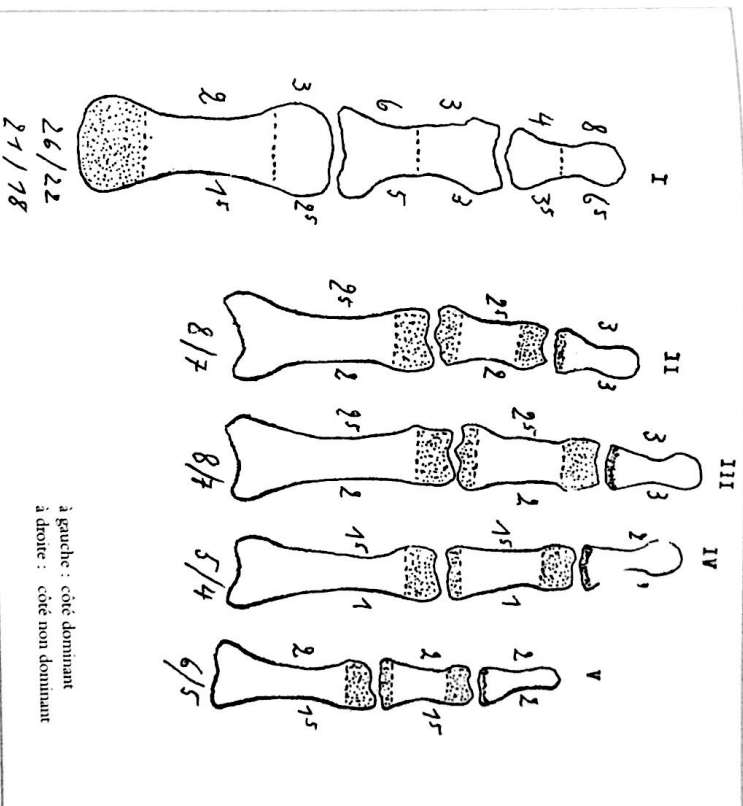
\* côté dominant

\*\* côté non dominant

Exemple pour l'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 de la main (ci-dessous).

Figure 2. Schéma de la main





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 prorata de la perte totale ;
- les taux prévus tiennent compte des troubles sensitifs, vasculaires et trophiques, tels que le médecin sait accompagner habituellement une amputation digitale.

#### 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.

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, la perte des 4 doigts longs du côté dominant vaut 27 % (soit  $8 + 8 + 5 + 6$  à quoi il convient d'ajouter, pour la synergie, 45 % de 27 % (= 12 %). Le taux global est donc de 39 %.

La perte supplémentaire du pouce (le pouce valant en soi 21 %) amène à soustraire de la somme pouce + 4 doigts longs (soit  $21 + 39 = 60$  %) une valeur égale à 20 % de 60 % (donc 12 %), ceci eu égard à la dévalorisation de la fonction de pince.

La perte totale de la main dominante valant 50 %, il reste une valeur de 2 % pour la palette des métacarpiens, dont l'utilité est faible.

Du côté non dominant, le même raisonnement amène au taux de 44 % pour la perte du pouce et des 4 doigts longs.

En cas de perte supplémentaire du premier 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 articles 35-2-c et 35-2-d).

#### Article 36-1 **Ankyloses**

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

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

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

#### Article 36-1-a1 **Ankylose du pouce en position défavorable**

##### Article 36-1-a1-1 **Ankylose de la trapézo-métacarpienne (A0) en position défavorable**

- *adduction complète de A0 (pouce collé à l'aspect radial ou à la face antérieure de la palette métacarpienne)*

Cette situation correspond à la perte fonctionnelle totale du pouce : 26 % côté dominant, 22 % côté non dominant ;

- *abduction complète de A0 avec absence d'antépuision*

Le pouce est dans le plan de la main et ne peut assurer d'opposition. Une prise d'objets d'un certain volume est cependant possible dans la première commisure grâce à la flexion de A1 et A2.

Côté dominant : 18 % ; côté non dominant : 16 %.

Article 36-1-a1-2 **Ankylose de A1 en position défavorable**

- *En extension complète :*  
Seules persistent une pince malaisée avec l'index et latérale avec le médius, et la possibilité de coincer un objet peu volumineux dans la première commissure.  
Côté dominant : 6 % ; côté non dominant : 5 %.
- *En flexion complète :*  
Il existe une gêne lors de l'opposition avec la pulpe des doigts longs et lors de la fermeture du poing.  
Côté dominant : 5 % ; côté non dominant : 4 %.

Article 36-1-a1-3 **Ankylose de A2 en position défavorable**

- *En extension complète :*  
L'opposition avec la pulpe des doigts longs et avec la base de l'articulaire est limitée.  
Côté dominant : 6 % ; côté non dominant : 5 %.
- *En flexion complète :*  
Il existe une nette gêne lors de l'opposition avec la pulpe des doigts longs.  
Côté dominant : 8 % ; côté non dominant : 6,50 %.

Article 36-1-a1-4 **Ankylose de A1 et A2 en position défavorable**

- *En extension complète :*  
L'opposition avec la pulpe des doigts longs est limitée et le contact avec la base de l'articulaire est impossible.  
Côté dominant : 12 % ; côté non dominant : 10 %.
- *En flexion complète :*  
Il existe une quasi impossibilité d'opposition avec la pulpe des doigts longs.  
Côté dominant : 13 % ; côté non dominant : 10,50 %.

Article 36-1-a1-5 **Ankylose de A0, A1 et A2 en position défavorable**

- *En adduction complète :*  
Si l'adduction de A0 est complète, la situation correspond à la perte fonctionnelle du pouce, quelle que soit l'ankylose de A1 et A2.  
Côté dominant : 26 % ; côté non dominant : 22 %.
- *En abduction complète avec absence d'antépulsion :*  
Seule persiste la possibilité de coincer ou de pousser un objet dans la première commissure, sans pouvoir le saisir.  
Côté dominant : 24 % ; côté non dominant : 20 %



A0 + A1 + A2	Ankylose en adduction de A0	26%	22%
	Ankylose en abduction de A0	24%	20%
	Ankylose en position de fonction	16%	14%
A0	Ankylose en adduction	26%	22%
	Ankylose en abduction	18%	16%
	Ankylose en position de fonction	8%	7%
	Ankylose en extension	6%	5%
A1	Ankylose en extension	6%	5%
	Ankylose en flexion	5%	4%
	Ankylose en position de fonction	4%	3,5%
	Ankylose en extension	6%	5%
A2	Ankylose en extension	6%	5%
	Ankylose en flexion	8%	6,5%
	Ankylose en position de fonction	4%	3%
	Ankylose en extension	12%	10%
A1 + A2	Ankylose en extension	13%	10,5%
	Ankylose en flexion	13%	10,5%
	Ankylose en position de fonction	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 la possibilité d'utilisation restreinte du doigt

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

\* côté dominant  
\*\* côté non dominant

Index	8 %	7 %
Médius	8 %	7 %
Annulaire	8 %	4 %
Auriculaire	6 %	5 %

	trop étendue	D*	ND**
Index		7 %	6 %
Médius		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 référera 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 *pro rata* du taux prévu pour l'ankylose, compte tenu du secteur de mobilité utile de chaque articulation.

Le secteur de mobilité utile pour les articulations du pouce se situe autour de la position de fonction :

- A0 : abduction de 40° et antépulsion de 35° ;
- A1 : flexion de 20° ;
- A2 : flexion de 30°.

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

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

\* côté dominant

\*\* côté non dominant

**Article 36-2-a Raideurs du pouce**

L'expert s'inspirera des taux des ankyloses dans les diverses situations décrites. La valeur des degrés d'angle entre deux ankyloses-types peut être aisément déduite

**Article 36-2-b Raideurs des doigts longs**

Par convention et pour faciliter les calculs, les taux inférieurs ou égaux à 3 % sont identiques pour le côté dominant et le côté non dominant.

Lorsque les 3 articulations sont atteintes, le taux global (somme) doit être éventuellement modulé selon le côté dominant ou non dominant, en fonction de l'article 36-1-b (ankylose de toutes les articulations d'un doigt long).

**Article 36-2-b1 Limitation de l'extension**

En cas de limitation de l'extension de plus d'une articulation, le taux global est la somme des taux caractérisant chaque articulation concernée.

**Article 36-2-b1-1 Limitation de l'extension de A1**

	De l'ankylose en flexion à la demi-mobilité	De la demi-mobilité à 20°	De moins de 20°
Index	jusqu'à 3 %	jusqu'à 2 %	0 %
Médus	jusqu'à 3 %	jusqu'à 2 %	0 %
Annulaire	jusqu'à 2 %	jusqu'à 1,5 %	0 %
Auriculaire	jusqu'à 2 %	jusqu'à 1,5 %	0 %

**Article 36-2-b1-2 Limitation de l'extension de A2**

	De l'ankylose en flexion à la demi-mobilité	De la demi-mobilité à 20°	De moins de 20°
Index	jusqu'à 3 %	jusqu'à 2,5 %	0 %
Médus	jusqu'à 3 %	jusqu'à 2,5 %	0 %
Annulaire	jusqu'à 2 %	jusqu'à 1,5 %	0 %
Auriculaire	jusqu'à 2 %	jusqu'à 1,5 %	0 %

Article 36-2-b1-3 *Limitation de l'extension de A3*

	De l'ankylose en flexion à la demi-mobilité	De la demi-mobilité à 20°	De moins de 20°
Index	jusqu'à 2 %	jusqu'à 1 %	0 %
Médius	jusqu'à 2 %	jusqu'à 1 %	0 %
Annulaire	jusqu'à 1 %	jusqu'à 0,5 %	0 %
Auriculaire	jusqu'à 1 %	jusqu'à 0,5 %	0 %

Article 36-2-b2 *Limitation de la flexion*

L'expert notera, lors de la flexion maximale simultanée de toutes les articulations du doigt considéré (fermeture du poing), s'il y a contact de la pulpe au niveau du pli palmaire médian ou si la pulpe du doigt reste distante de la paume de la main et de combien (diastasis pulpo-palmaire exprimé en centimètres). Cette mesure est à la base du calcul de l'A.I.P.P. représentant la limitation de flexion du doigt.

Si le diastasis pulpo-palmaire excède 7 cm, le taux maximal pour la limitation de flexion du doigt est atteint, ce taux étant celui de l'ankylose du doigt en position trop étendue (voir articles 36-1-b2 et 36-1-c).

	Contact	Diastasis 1 cm	Diastasis 2 cm	Diastasis 3 cm	Diastasis 4 cm	Diastasis 5 cm	Diastasis 6 cm	Diastasis 7 cm et plus
Index	0 %	1 %	2 %	3 %	4 %	5 %	6 %	7 %
Médius	0 %	1 %	2 %	3 %	4 %	5 %	6 %	7 %
Annulaire	0 %	0,5 %	1,5 %	2 %	2,5 %	3 %	4 %	4,5 %
Auriculaire	0 %	1 %	1,5 %	2 %	3 %	3,5 %	4 %	5 %



doigt s'effectue plus de 2 cm en amont du pli palmaire médian, le taux est de 1 % pour l'index et l'auriculaire, de 0 % pour le médus et l'annulaire.

Article 36-2-b3 *Limitation simultanée de l'extension et de la flexion*

L'expert additionnera le taux de la perte d'extension à celui de la perte de flexion pour le même doigt, en corrigeant à la baisse le taux global obtenu eu égard à celui de l'ankylose en position se rapprochant le plus de la situation clinique étudiée (articles 36-1-b1, 36-1-b2 et 36-1-c).

ARTICLE 37

**Troubles de la sensibilité palmaire**

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 articles 35-2-c et 35-2-d).

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

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 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).

### III MEMBRE INFÉRIEUR

#### ARTICLE 38

#### **Amputations**

Une amputation au niveau du membre inférieur, sauf si elle siège à hauteur 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 du 1 <sup>er</sup> métatarsien	10 %
Article 38-10 Amputation des deux phalanges du 1 <sup>er</sup> orteil	6 %

ARTICLE 38 BIS

**Situations séquellaires particulières**

Les situations séquellaires particulières mentionnées en tant qu'ATP sont assimilées à celles accordées pour les autres séquelles (à l'exception du nombre de points).

<b>Pseudarthrose du fémur incurable,</b> selon les performances de l'appareillage, supplément de	10 à 20 %
<b>Pseudarthrose du tibia incurable,</b> selon les performances de l'appareillage, supplément de	10 à 15 %
<b>Consolidation osseuse avec trouble de rotation</b>	jusqu'à 3 %
< 10°	3 à 8 %
> 10°	

ARTICLE 39

**Ankyloses et raideurs**

Article 39-1 **Hanche**

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

**Abduction** : 20 degrés 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 degrés suffisent à la majorité des actes de la vie quotidienne.

**Extension** : 20 degrés 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 %
Flexum 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 degrés permettent la moitié et surtout les plus importants des actes de la vie courante (marcher, s'asseoir, utiliser les escaliers...); 110 degrés autorisent les 3/4 des actes de la vie courante et 135 degrés les autorisent tous.

**Extension :** un déficit d'extension inférieur à 10 degrés est compatible avec les 3/4 des actes de la vie courante.

Article 39-2-a Ankylose

Genou	
• en bonne position	25 %

Flexion	
• limitée à 30°	20 %
• limitée à 50°	15 %
• limitée à 70°	10 %
• limitée à 90°	5 %
• limitée à 110°	2 %
Déficit d'extension	
• inférieur à 10°	0 %
• de 10°	3 %
• de 15°	5 %
• de 20°	10 %
• de 30°	20 %

Article 39-2-c **Laxités (non appareillées)**

Latérale	
• de moins de 10°	0 à 5 %
• de plus de 10°	5 à 10 %
Antérieure	
• isolée	2 à 5 %
• rotatoire	5 à 10 %
Postérieure	
• isolée	3 à 7 %
• rotatoire	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 fémoro-patellaires post-traumatiques**

Syndrome douloureux fruste, sans hydarthrose		0 à 3 %
Douleurs, craquements, hydarthrose intermittente, avec objectivation à l'imagerie		3 à 5 %
Douleurs, craquements, hydarthrose permanente, amyotrophie quadricipitale, avec objectivation à l'imagerie		5 à 8 %

**Article 39-2-f Séquelles de lésions méniscales**

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

**Article 39-3 Cheville et pied**

Les douleurs accompagnant habituellement les séquelles fonctionnelles ne sont pas évaluables séparément. Le taux prévu pour la raideur en tenant compte.

Des talalgies ou des métatarsalgies isolées, plausibles vu la lésion initiale, les traitements, les complications éventuelles, les plaintes répétées documentées au cours de l'évolution, nécessitant à la demande la prise de médicaments antalgiques et/ou anti-inflammatoires, seront évaluées par un taux allant jusqu'à 3 %.

**Article 39-3-a Articulation tibio-talienne**

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

		5 %
Perte totale de la Flexion dorsale		
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 %
Équinisme irréductible		jusqu'à 15 %



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

<ul style="list-style-type: none"> <li>• en bonne position</li> <li>• en varus</li> <li>• en valgus</li> </ul>	<p>7 % 9 % 8 %</p>
--	----------------------------

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

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

Article 39-3-c2 Raideurs

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

Article 39-3-d Articulations métatarso-phalangiennes - orteils

Article 39-3-d1 Ankyloses

Métatarso-phalangiennes du 1 <sup>er</sup> orteil, selon position	2 à 3 %
Ankyloses des orteils 2 à 5, en bonne position	0 à 2 %

## Raideurs

Article 39-3-d2  
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 %
Sous-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 %

IV

# RACHIS

La classification de la maladie par organe est la suivante :

Article 41

Rachis cervical

Article 41-1 Sans lésion osseuse ou disco-ligamentaire documentée

<p>Il existe une fréquence de lésion osseuse ou disco-ligamentaire documentée à la demande de radiologie cervicale (à l'exception de lésions osseuses ou disco-ligamentaires associées à des traumatismes)</p>	Jusqu'à 3%
--	------------

Article 41-2 Avec lésions osseuses ou disco-ligamentaires documentées

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

ARTICLE 42

Système ostéoarticulaire

**Rachis thoracique, lombaire et charnière lombo-sacrée**

Article 42-1

**Sans lésion osseuse ou disco-ligamentaire documentée**

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

Article 42-2

**Avec lésions osseuses ou disco-ligamentaires documentées**

Jusqu'à 3 %

Article 42-2-a

*Rachis thoracique :*

- raideur active et gêne douloureuse pour tous les mouvements en toutes positions nécessitant une thérapeutique régulière
- gêne permanente avec douleurs inter-scapulaires, troubles de la statique, dos creux, perte de la cyphose thoracique radiologique, contraintes thérapeutiques

3 à 10 %

Article 42-2-b

*Rachis lombaire et charnières thoraco-lombaire et lombo-sacrée :*

- raideur active et gêne douloureuse pour tous les mouvements en toutes positions nécessitant une thérapeutique régulière
- douleurs très fréquentes avec gêne permanente requérant des précautions lors de tous les mouvements avec raideur segmentaire importante des mouvements, limitation cliniquement objectivable
- situations cliniques et radiologiques exceptionnellement sévères

10 à 15 %

Jusqu'à 25 %

ARTICLE 43

**Coccyx**

Coccygodynies

Jusqu'à 3 %

## V BASSIN

Il a été mentionné pour l'examen de bassin peuvent être concerné à la fracture de l'os iliaque, fracture de l'os pubis ou fracture par la zone sacrospinale. Les fractures de l'os iliaque sont classées en fonction de leur localisation et de leur stabilité. Il existe également des fractures de l'os pubis et de l'os ischium. Les fractures de l'os iliaque sont classées en fonction de leur localisation et de leur stabilité. Il existe également des fractures de l'os pubis et de l'os ischium. Les fractures de l'os iliaque sont classées en fonction de leur localisation et de leur stabilité. Il existe également des fractures de l'os pubis et de l'os ischium.

### 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-dissension ou fracture sacro-iliaque**

2 à 5 %

### ARTICLE 47

**Douleurs et instabilité de la symphyse pubienne et de l'articulation sacro-iliaque associées**

<ul style="list-style-type: none"><li>• sans altération statique du bassin ni atteinte de la marche</li><li>• avec altération statique du bassin et atteinte de la marche</li></ul>	5 à 8 % 8 à 18 %
---	---------------------

# Systeme cardio-respiratoire

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

## CŒUR

En se référant à la classification ci-dessous, inspirée de celle de la New York Heart Association (N.Y.H.A.), l'expert se base sur les manifestations fonctionnelles  
 Association (N.Y.H.A.), l'expert se base sur les manifestations fonctionnelles  
 examinées par le patient, sur son examen clinique et sur les divers examens com-  
 plementaires (E.C.G., écho-doppler, épreuve d'effort, échographie transoesopha-  
 gienne, 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 sur-  
 veillance qu'elle impose.

ARTICLE 48  
**séquelles cardiologiques**

<p>Article 48-1  <b>Symptomatologie fonctionnelle même au repos</b>, confirmée par                  les données cliniques (déchabillage, examen clinique) et paracliniques.                  Contrainte thérapeutique majeure, hospitalisations fréquentes                  Fraction d'éjection &lt; 20 %</p>	<p><b>55 % et plus</b></p>
---	----------------------------

<p><b>Article 48-2</b>  <b>Limitation fonctionnelle pour les efforts modestes</b> avec manifestations d'insuffisance myocardique (cardiome 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 %</p>	<p>45 à 55 %</p>
<p><b>Article 48-3</b>  <b>Idem avec contrainte thérapeutique importante</b> et/ou en cas de troubles du rythme associés                  Fraction d'éjection 25 % à 30 %</p>	<p>40 à 45 %</p>
<p><b>Article 48-4</b>  <b>Limitation fonctionnelle entravant l'activité ordinaire</b> (marche rapide), altération franche des paramètres échographiques ou écho-doppler. Intolérance à l'effort avec anomalies à l'E.C.G. d'effort avec contrainte thérapeutique                  Fraction d'éjection 30 % à 35 %</p>	<p>35 à 40 %</p>
<p><b>Article 48-5</b>  <b>Limitation fonctionnelle alléguée pour des efforts ordinaires</b> (2 étages), confirmée par l'E.C.G. 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 %</p>	<p>25 à 35 %</p>
<p><b>Article 48-6</b>  <b>Limitation fonctionnelle alléguée pour des efforts patents</b> (significatifs) avec des signes de dysfonction myocardique (écho-doppler, cathétérisme...) avec contraintes thérapeutiques et surveillance rapprochée                  Fraction d'éjection 40 % à 50 %</p>	<p>15 à 25 %</p>
<p><b>Article 48-7</b>  <b>Limitation fonctionnelle alléguée pour des efforts substantiels</b> (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>

## 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 de 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



fonctionnelles respiratoires et les prélèvements sanguins (C.V., V.E.M.S./C.V., D.E.M.,  $SAO_2$ , C.P.T., C.V., TLCO/VA,  $PaO_2$ ,  $PaCO_2$ )\*

ARTICLE 50

**Perte anatomique totale ou partielle d'un poumon**

Perte totale	15 %
Perte lobaire	5 %

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

ARTICLE 51

**Insuffisance respiratoire chronique**

<p>Article 51-1</p> <p><b>Dyspnée au moindre effort (désabillage) avec</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• soit C.V. ou C.P.T. inférieur à 50 %</li> <li>• soit V.E.M.S. inférieur à 40 %</li> <li>• soit hypoxémie de repos (<math>PaO_2</math>) inférieure à 60 mmHg associée ou non à un trouble de la capnie (<math>PaCO_2</math>) 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
<p>Article 51-2</p> <p><b>Dyspnée à la marche sur terrain plat à son propre rythme avec</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• soit C.V. ou C.P.T. entre 50 et 60 %</li> <li>• soit V.E.M.S. entre 40 et 60 %</li> <li>• soit hypoxémie de repos (<math>PaO_2</math>) entre 60 à 70 mmHg</li> </ul>	30 à 50 %

\* C.V. : Capacité Vitale ; C.P.T. : Capacité Pulmonaire Totale ; V.E.M.S. : Volume Expiratoire Maximum Secondaire ; D.E.M. : Débit Expiratoire Moyen ;  $PaO_2$  : Pression partielle d'oxygène dans le sang artériel ;  $PaCO_2$  : Pression partielle de gaz carbonique dans le sang artériel ;  $SAO_2$  : 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.

<p>Article 51-3  <b>Dyspnée à la marche normale à plat avec</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• soit C.V. ou C.P.T. entre 60 et 70 %</li> <li>• soit V.E.M.S. entre 60 et 70 %</li> <li>• soit TICO/VA inférieur à 60 %</li> </ul>	15 à 30 %
<p>Article 51-4  <b>Dyspnée à la montée d'un étage, à la marche rapide ou en légère pente avec</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• soit C.V. ou C.P.T. entre 70 et 80 %</li> <li>• soit V.E.M.S. entre 70 et 80 %</li> <li>• soit TICO/VA entre 60 et 70 %</li> </ul>	5 à 15 %
<p>Article 51-5  <b>Dyspnée pour des efforts importants avec altération mineure des épreuves fonctionnelles</b></p>	2 à 5 %

**ARTICLE 52**  
**Sequelles douloureuses persistantes de thoracotomie**

jusqu'à 5 %

# système vasculaire

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

## I ARTÈRES, VEINES, LYMPHATIQUES

### 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 vasculaire ou valvulaire ou d'endoprothèse (stent), la prothèse ne justifiant pas en soi un taux d'A.I.P.P.

#### Article 53-1 **Séquelles 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>	<p>5 à 15 % 15 à 25 % <b>25 % et plus</b></p>
Article 53-1-b	
Membre supérieur	
Selon troubles fonctionnels (par exemple perte de force, hypothermie...)	
	<b>5 à 10 %</b>

**Article 53-2 Séquelles veineuses**

Il s'agit de séquelles de phlébite indurée, qui doivent être appréciées en tenant compte un éventuel état antérieur

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

**Article 53-3 Séquelles lymphatiques (le lymphœdème)**

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

**II  
RATE**

**ARTICLE 54**

**Splénectomie**

La fréquence des complications infectieuses, en particulier chez les jeunes où elles peuvent être fulminantes, impose de ne pas consolider avant le deuxième anniversaire de la splénectomie. Jusqu'alors, une antibiothérapie est fréquemment prescrite, l'ablation de la rate entraînant une susceptibilité marquée aux organismes encapsulés tels le pneumocoque, le méningocoque et l'Haemophilus influenzae de type B, malgré une vaccination de principe antipneumococcique (à renouveler tous les 5 ans) et anti-influenzae (à renouveler tous les ans). Il est plus rare que

l'hyperplaquetose post-opératoire (avec risque thrombo-embolique nécessitant une prévention) persiste après quelques mois.

**Article 54-1 Splénectomie totale**

Article 54-1-a Avec contraintes thérapeutiques sévères, infections fréquentes à caractère de gravité, suivi médical régulier	<b>Jusqu'à 15 %</b>
Article 54-1-b Avec contraintes thérapeutiques légères (vaccination périodique, antibiothérapie systématique des infections)	<b>Jusqu'à 5 %</b>
Article 54-1-c Si la splénectomie s'est accompagnée de greffe de tissu splénique actif (vérification par l'absence de corps de Howell-Jolly dans le sang)	<b>0 %</b>

**Article 54-2 Splénectomie partielle**

Même configuration pratique que l'article 54-1-c	<b>0 %</b>
--	------------

# ystème digestif

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

## GASTRO - ENTÉROLOGIE

### ARTICLE 55 *stomies cutanées définitives et incontinences totales*

#### Article 55-1 *Stomies appareillées*

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

#### Article 55-2 *Incontinence fécale*

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

### ARTICLE 56

#### *Troubles communs aux différentes atteintes de l'appareil digestif*

Leaux incluant celui inhérent à la perte organique.

Article 56-1 Grand syndrome de malabsorption	60 %
---	------

Article 56-2 Nécessitant un suivi <b>médical fréquent</b> , un traitement constant, une contrainte diététique stricte, avec retentissement sur l'état général	30 %
Article 56-3 Nécessitant un suivi <b>médical régulier</b> , un traitement quasi-permanent, une contrainte diététique stricte, avec incidence sociale	20 %
Article 56-4 Nécessitant un <b>suiti médical périodique</b> , un traitement intermittent, des précautions diététiques, sans retentissement sur l'état général	10 %
Article 56-5 Nécessitant un <b>suiti médical périodique</b> , un traitement pendant les crises douloureuses avec troubles du transit et parfois phénomènes subocclusifs (hernie), sans retentissement sur l'état général	5 à 10 %
Article 56-6 Ne nécessitant <b>pas de suivi médical systématique</b> , sans réactions diététiques, ne justifiant qu'un traitement intermittent, sans retentissement sur l'état général (par exemple, séquelles pariétales, déhiscence...)	jusqu'à 5 %

## II HÉPATOLOGIE

### ARTICLE 57

#### **Hépatites**

#### Article 57-1 **Sans cirrhose**

Les taux se basent sur le score MétaVir 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 :

Systeme digestif

Score d'activité	Score de fibrose
F0 : absence de fibrose F1 : fibrose portale sans <i>septum</i> F2 : fibrose portale avec quelques <i>septia</i> F3 : fibrose portale avec nombreux <i>septia</i> 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 57-1-d Porteur sain : en fonction de la fatigabilité et des répercussions psychiques habituelles	jusqu'à 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 :

Designation du groupe	A	B	C
Bilirubine sérique (µmol/l)	Moins de 34,2	De 34,2 à 51,3	Plus de 51,3
Albumine sérique (g/l)	Plus de 35	De 30 à 35	Moins de 30
Ascite	Aucune	Facilement maîtrisée	Mal maîtrisée
Troubles neurologiques	Aucun	Minimes	Coma avancé
Etat 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 %

**Article 57-3 Transplant hépatique**

Au taux se rapportant aux troubles fonctionnels (voir hépatites), il convient d'ajouter un taux prenant en compte les contraintes thérapeutiques lourdes, la tolérance au traitement et la surveillance médicale étroite indispensable	25 à 30 %
--	-----------

40100000  
Selon la fonction rénale résiduelle (voir article 59), et compte tenu  
d'une éventuelle hypertension artérielle bien contrôlée par deux  
médicaments ou moins

**10 à 40 %**

**Article 58-2**

En cas d'hypertension secondaire à une atteinte rénale, exigeant plus  
de 2 médicaments pour son contrôle ou mal contrôlée malgré un  
traitement optimal, supplément de

**2 %**

connaitre le poids, mais bien l'appartenance ethnique. Internet offre un ~~ex~~ ~~ces~~ ~~est~~ à des calculateurs qui fournissent instantanément la valeur du TFG par cette dernière méthode.

La fonction rénale normale se caractérise par un TFG de 90 à 140 ml/min chez l'homme et 70 à 120 ml chez la femme jeune (avant 40 ans). Le TFG a tendance à baisser avec l'âge. Des études documentent cette réduction liée à l'âge dans la population considérée comme saine. Une réduction inhabituellement ~~faible~~ ou inhabituellement importante, après néphrectomie unilatérale, indique une altération méconnue respectivement du rein perdu ou du rein restant (état antérieur).

La perte totale d'un rein sain va généralement de pair avec une légère atteinte asymptomatique de la fonction rénale, caractérisée par un TFG de 60-65 ml/min qui est stable au cours du temps (hormis le phénomène de vieillissement mentionné plus haut) dans la grande majorité des cas. Pour dépister la moindre dégradation chez ces patients cette perte de fonction s'aggrave, parfois dramatiquement, au cours du temps, il est recommandé de ne pas consolider avant le deuxième anniversaire de l'accident. Ceci permet aussi de détecter les hypertension secondaires à la lésion rénale et leur évolution sous traitement.

1. Il existe une différence modeste entre la valeur de la clairance de créatinine et le TFG, sans grande signification pratique sauf pour des situations d'insuffisance rénale avancée.
2. Cl créatinine = [(140 - âge) × poids] divisé par [72 × le taux sérique de créatinine exprimé en ml/min]. Facteur de correction pour les femmes : × 0,85.
3. Dérivée de l'étude *Modification of Diet in Renal Disease*.
4. Voir Art. 59.3. En pratique clinique, la valeur inférieure à 60 ml a été choisie, un peu arbitrairement, comme le seuil d'insuffisance rénale.

**ARTICLE 59**

**Atteintes à la fonction rénale**

Article 59-1 TFG > 75 ml/min	0 à 5 %
Article 59-2 TFG de 75 à 60 ml/min	5 à 10 %
Article 59-3 TFG de 60 à 45 ml/min	10 à 15 %

Article 59-4 TFG de 15 à 30 ml/min	15 à 20 %
Article 59-5 TFG < 30 ml/min - sans nécessité de dialyse (ou transplantation) - avec nécessité de dialyse (ou transplantation)	20 à 25 % 40 %

ARTICLE 60  
**Transplantation rénale**

Selon la fonction rénale (TFG), compte tenu des contraintes thérapeutiques :

Article 60-1 TFG de 80 ou plus à 50 ml/min	12 à 15 %
Article 60-2 TFG de 50 à 30 ml/min	15 à 25 %
Article 60-3 TFG < 30 ml/min	25 à 30 %

ARTICLE 61  
**Incontinence**

Article 61-1 Incontinence liée à une lésion neurologique : son évaluation est comprise dans le taux dévolu à l'atteinte neurologique, taux qu'elle justifie partiellement	
Article 61-2 Incontinence non contrôlable, en-dehors d'un contexte neurologique	jusqu'à 30 %
Article 61-3 Mictions impérieuses	jusqu'à 10 %
Article 61-4 Incontinence d'effort documentée, selon les circonstances d'apparition et selon l'obscuration	jusqu'à 10 %
Article 61-5 Quelques fuites, ne justifiant pas de protection	jusqu'à 5 %

ARTICLE 62

**Stomie**

Article 62-1 Stomie urinaire bien appareillée	15 %
Article 62-2 Stomie urinaire appareillée de manière imparfaite; taux incluant les répercussions psychologiques et sociales	15 à 30 %

# Système de reproduction

Les situations non décrites s'évaluent 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'événement survient avant la puberté.  
 Certains de ces taux caractérisent la perte de l'organe dans son contexte socio-culturel.

## I 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**  
**Sterilité**

Inaccessible, détournement 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 %

**II**

**H O M M E**

**ARTICLE 65**  
**Perte d'organe**

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

**ARTICLE 66**  
**Sterilité**

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 %.*

# Systeme glandulaire endocrinien

Les situations non decrites s'evaluent par comparaison à des examens cliniques et quantifies.

Les problemes d'imputabilite sont ici parmi les plus difficiles. En effet, il est extré- mement rare d'observer en evaluation un dommage corporel uniquement consti- tue par un deficit endocrinien isole.

En outre plus que dans les autres chapitres, il convient de se determiner en fonction des examens cliniques et des epreuves complementaires effectuees aupres d'un specialiste.

L'evaluation se fera en fonction de l'adaptation au traitement, de son controle et de son efficacite.

ARTICLE 67

Hypophyse



**Article 68**  
**Thyroïde**

<b>Article 68-1</b> <b>Hypertyroïdie</b> avec dérègles des concentrations biologiques caractéristiques et ophtalmiques sans hyper-tension sur la vision Idem, avec hyper-tension sur d'autres organes et/ou fonctionnels	5 à 8 % 8 à 10 %
<b>Article 68-2</b> <b>Hypothyroïdie</b> (exclusivement post-traumatique)	Jusqu'à 5 %

**Article 69**  
**Parathyroïde**

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

**Article 70**  
**Pancreas – Diabète**

<b>Article 70-1</b> 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	5 à 10 %
<b>Article 70-2</b> Diabète insulino-dépendant <i>L'apparition d'un tel diabète pose souvent des problèmes d'imputabilité, sauf lorsqu'il est la conséquence de lésions pancréatiques majeures</i> <i>Le taux sera apprécié en fonction de sa stabilité, du retentissement sur la vie sociale et des contraintes thérapeutiques ainsi que de la surveillance</i>	
<b>Article 70-2-a</b> <b>Diabète mal équilibré</b> , avec malaises, retentissement sur l'état général, nécessitant une surveillance biologique étroite	20 à 40 %

Systeme glandulaire endocrinien

ARTICLE 70-2-b <b>Diabete bien equilibre</b> par un traitement insulinaire simple, en absence de complications lassant des sequelles definitives, se reporter aux paragraphes concernes.	15 à 20 %
ARTICLE 71 <b>Diabete surrenalienne</b> : en fonction de la contrainte liée à la thérapeutique et à la surveillance	10 à 25 %
ARTICLE 72 <b>Conduites</b> Selon le resultat du traitement substitutif	10 à 25 %

## Système cutané

### BRÛLURES PROFONDES OU CICCATRISATIONS PATHOLOGIQUES

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

#### ARTICLE 73

##### *Séquelles cutanées*

Cet article ne s'applique ni aux cicatrices de brûlures superficielles ni aux cicatrices normales au niveau des sites donneurs de greffes cutanées.

Le taux n'inclut ni les conséquences esthétiques, ni les séquelles psychologiques importantes, ni les amputations d'organes, ni les limitations des mouvements, ni les conséquences humorales des brûlures.

Le taux inclut les troubles de la thermorégulation, les troubles de la sudation, les troubles de la sensibilité cutanée, la fragilité cutanée, l'intolérance à l'exposition au soleil, le prurit (dont témoignent les lésions de grattage, l'hyperkératose, l'eczématisation) et les conséquences psychiques habituelles (si l'importance des troubles psychiques excède celle habituellement rencontrée, il s'agit d'une complication évaluable en soi).

Le taux est fonction de la surface de peau pathologique.

À ce propos, l'expert aura en mémoire la règle des 9 % de Wallace, règle d'usage qui permet une appréciation grossière de la surface ayant été désépithérialisée : 9 % pour la tête et le cou ; 9 % pour chaque membre supérieur (la paume de la main

vaut 1<sup>er</sup> §, 18<sup>e</sup> § pour chaque membre inférieur, 18<sup>e</sup> § pour chaque face du tronc, 1<sup>er</sup> § pour la région périnéale. Chez l'enfant, la tête et le cou représentent 17<sup>e</sup> §, la partie antérieure du tronc, 18<sup>e</sup> §, la partie postérieure du tronc, 18<sup>e</sup> §, chaque membre supérieur 9<sup>e</sup> §, chaque membre inférieur 14<sup>e</sup> §, le périnée 1<sup>er</sup> §.

Taux selon le pourcentage de surface corporelle brûlée :

Article 73-1 Jusqu'à 10 § Pas de troubles significatifs de la thermoregulation	Jusqu'à 5 %
Article 73-2 De 11 à 20 §	5 à 20 %
Article 73-3 De 21 à 40 §	20 à 35 %
Article 73-4 De 41 à 60 §	35 à 50 %
Article 73-5 Plus de 60 §	50 à 75 %

# Index alphabétique

- A**
- Accouplées 48
  - Acuité (visuelle) 44, 45, 46
  - Acuité (auditive) 47
  - Alexie 33
  - Alzheimer (démences de type) 35
  - Amnésie 31, 33
  - Amputations (membre supérieur) 52, 58
  - Amputations (membre inférieur) 68
  - Anaplaxie (membre supérieur) 53, 55, 56, 57, 61, 62, 63, 64, 65
  - Ankylose (membre inférieur) 69, 70, 73, 74, 75, 76
  - Annexes de l'œil 46
  - Annulaire 63, 64, 65, 66
  - Aosmie 49
  - Aphakie 46
  - Aphasie 28, 32, 33
  - Aphonie 49
  - Apraxisme 31
  - Artérielles (séquelles) 85
  - Articlé dentaire (troubles de l') 50
  - Audition 47
  - Auriculaire 63, 64, 65, 66
- B**
- Bassin 78
  - Brachypsychie 32
  - Brûlures 103
- C**
- Cécité 43, 44
  - Cervical (rachis...) 76
  - Cervico-brachiale (névralgie) 38
- D**
- Champ visuel 45
  - Cheville 72
  - Circonflexe (nerf) 30
  - Cirrhose 90, 91
  - Cognitifs (déficits, troubles) 31, 34, 35, 36
  - Coude 55, 56
  - Cristallin (lésions du) 46
  - Cœur 79
  - Coccyx 77
  - Cutanées (séquelles) 89, 103
- D**
- Déafférentation (douleurs de) 37
  - Déficits mixtes 35
  - Démence 35
  - Dents 50
  - Dépressif (état) 38, 39, 40
  - Diabète 99, 100, 101
  - Didactiques (perte des connaissances) 34
  - Digestif (système) 89
  - Diplopie 45
  - Distractibilité 31
  - Doigts 57, 58, 60, 61, 62, 65, 67
  - Dysarthrie 33
  - Dysphonie 49
  - Dyspnée 81, 82, 83
- E**
- Édémation 50
  - Endocrinien (système glandulaire) 97, 99
  - Épaulé 53
  - Endoprothèses (articulaires) 52
  - Épilepsie 36, 37
  - Équilibration (troubles de l') 48

Épilepsie 78  
Éprouve fonctionnelle respiratoire 81

**F**

Faible (certificat) 38  
Fœtal (partie) de du cert 29  
Fœtal (certificat) 38  
Fœtal (partie) de du cert 30  
Fémoro-sutaire (certificat) 38  
Fémoro-pélicier (certificat) 72  
Fémur 62  
Fibulaire (nerf) 30  
Fibrose (hépatique) 90, 91  
Frontal (syndrome) 31

**G**

Genou 68, 70  
Glandulaire (système) 99  
Gonade 101

**H**

Hanche 68, 69  
Hémianopsie 45  
Hémiplegie 28  
Hépatite 90, 92  
Hétérophonie 46  
Humérus (troubles de l') 31, 38, 39  
Hydarthrose 72  
Hypophysé 99  
Hypoponie 49  
Hyperthyroïde 100  
Hypothyroïde 100  
Hystérectomie 97

**I J K**

Incontinence fécale 89  
Incontinence urinaire 95  
Index 62, 63, 64, 65  
Initiative (perte de l') 36  
Intercostale (névralgie) 38  
Jargonaphasie 32  
Korsakoff (syndrome de) 33

**L**

Langage (troubles du) 32, 33  
Langue 50

Légers (certificat) 70  
Légers (certificat) 71  
Lombaire (certificat) 78  
Lombaire (certificat) 79  
Lombaire (certificat) 79  
Lombaire (certificat) 79

**M**

Main 55  
Mammographie 97  
Mandibulaire (certificat) 48  
Médian (certificat) 29  
Médian 62  
Mémoire 33

**N**

Nasale (troubles de la ventilation) 47  
Nerve (certificat) 30  
Nerve facial 29  
Nerve fémoral 30  
Nerve fibulaire 30  
Nerve grand hypoglossaire 29  
Nerve glosso-pharyngien 29  
Nerve médian 29  
Nerve musculo-cutané 30  
Nerve obturateur 30  
Nerve radial 29  
Nerve scapulaire 30  
Nerve spinal 30  
Nerve tibial 30  
Nerve thoracique supérieur 30  
Nerve trjumeau 29, 35  
Nerve ulnaire 30  
Neuropsychologiques (troubles) 31  
Névréalgie 37  
Névrose traumatique 38

**O**

Obstétrical (préjudice) 78  
Obturateur (nerf) 30  
Occlusomètre (troubles de l') 43  
Oeil (perte de la vision) 41  
Olfaction (troubles de l') 47  
Ophthalmologie 41  
Orchidectomie 98  
Ovariectomie 97  
Oxygénothérapie 82

- P**  
 paraparese 27, 28  
 paraphase 32, 33  
 paraprotège 27, 28  
 paraprotéides 100  
 paralytiques (séquelles veineuses) 86  
 pellicule (séquelles veineuses) 86  
 pied 72  
 pires fondamentales 58  
 plexus brachial 29  
 plégmat 56  
 post-commotionnel (syndrome) 35  
 pouce 50, 51, 53, 58, 59, 60, 61  
 poumon 82  
 punction 57  
 pellicion 57  
 pires fondamentales 58  
 procréation 98  
 prothèse articulaire 50  
 prothèse vasculaire 85  
 pseudarthrose 54, 56, 69  
 pseudophakie 46  
 psychiatrie 36  
 psychotiques (troubles) 39
- Q**  
 Quadrinopsie 45  
 Queue de cheval (syndrome de la) 28
- R**  
 Raccourcissement 54, 75  
 Rachis 74  
 Radiale (paralyse) 29  
 Radiaux 53  
 Rare (voir splénectomie) 86  
 Rem 93  
 Rénale (insuffisance) 94  
 Respiratoire (épreuve fonctionnelle, insuffisante, système) 77
- S**  
 Sciatique (paralyse du nerf) 30  
 Sciatique (névralgie) 38  
 Scotome 45  
 Sensivo-moteurs (déficits) 33
- Splénectomie 86  
 Stérilité 96  
 Stomatologie 48  
 Stomie cutanée digestive 87  
 Stomie cutanée urinaire 87  
 Stress post-traumatique 38  
 Surrenales 101  
 Syndrome de Korsakoff 33  
 Syndrome de la queue de cheval 28  
 Syndrome femoro-patellaire 72  
 Syndrome frontal 31  
 Syndrome post-commotionnel 35
- T**  
 Taux de filtration glomérulaire (TFG), 93  
 Testicule 98  
 Tétraparésie 28  
 Tétraplégie 28  
 Thoracique (rachis) 77  
 Thoracique supérieur (nerf) 30  
 Thoracotomie (séquelles) 81  
 Thoraco-lombaire (charnière) 77  
 Thyroïde 100  
 Tibia 30, 69  
 Transplant cardiaque 81  
 Transplant hépatique 92  
 Transplantation rénale 93  
 Trijumeau (névralgie) 35  
 Trijumeau (paralyse du nerf) 29
- U**  
 Ulcères (de jambe récidivants) 86  
 Ulnaire (paralyse du nerf) 30  
 Urinaires (système, incontinence) 91, 93
- V**  
 Veineuses (séquelles) 83  
 Ventilation nasale (trouble de) 47  
 Verge (amputation) 98  
 Vertige (positionnel paroxysmique) 47  
 Vestibulaire (atteinte destructive) 46  
 Visuel (champ) 43  
 Visuelle (aiguë) 41

# Table des matières

Avant-propos .....	7
Preface .....	9
Preambule .....	15
Remerciements .....	25
<b>CHAPITRE 1</b>	
Système nerveux	
<b>I</b>	
NEUROLOGIE	
Article 1 Séquelles motrices et sensitivo-motrices d'origine centrale et médullaire .....	27
Article 2 Séquelles motrices et sensitivo-motrices d'origine périphérique .....	28
Article 3 Troubles cognitifs .....	31
Article 4 Déficits mixtes cognitifs et sensitivo-moteurs .....	35
Article 5 Épilepsie .....	36
Article 6 Syndrome post-comotionnel .....	37
Article 7 Les douleurs de déafférentation .....	37
Article 8 Les névralgies consécutives à une atteinte d'un nerf crânien ou périphérique .....	37
<b>II</b>	
PSYCHIATRIE	
Article 9 Troubles persistants de l'humeur .....	38
Article 10 État de stress post-traumatique .....	40
Article 11 Troubles psychotiques .....	41



**CHAPITRE 2**

**Système sensoriel et stomatologie**

**I**

**OPHTALMOLOGIE**

**A. ACUITE VISUELLE** ..... 43

**Article 12**  
Perte totale de la vision ..... 43

**Article 13**  
Perte de l'acuité visuelle des deux yeux, vision de loin et de près ..... 44

**Article 14**  
Champ visuel ..... 45

**Article 15**  
Oculomotricité ..... 45

**Article 16**  
Cristallin ..... 46

**Article 17**  
Annexes de l'œil ..... 46

**II**

**ORL**

**A. AUDITION** ..... 47

**Article 18**  
Acuité auditive ..... 47

**Article 19**  
Acouphènes isolés ..... 48

**B. ÉQUILIBRATION** ..... 48

**Article 20**  
Atteinte vestibulaire bilatérale, avec troubles destructifs objectifs, selon son importance ..... 48

**Article 21**  
Atteinte vestibulaire unilatérale ..... 48

**Article 22**  
Vertiges paroxystiques bénins ..... 49

**C. VENTILATION NASALE** ..... 49

**Article 23**  
Obstruction non accessible à la thérapeutique ..... 49

**D. OLEFACTION** ..... 49

**Article 24**  
Anosmie ..... 49

**Article 25**  
Hyposmie ..... 49

E. PHONATION .....	49
Article 26 .....	49
Aphonie .....	49
Article 27 .....	49
Dysphonie isolée .....	49
III	
STOMATOLOGIE	50
Article 28 .....	50
Édentation complète démontrée inappareillable .....	50
Article 29 .....	50
Perte d'une dent non appareillable .....	50
Article 30 .....	50
Dysfonctionnements mandibulaires .....	50
Article 31 .....	50
Troubles post-traumatiques de l'articulé dentaire .....	50
Article 32 .....	50
Amputation de la partie mobile de la langue .....	50
<b>CHAPITRE 3</b>	
<b>Système ostéoarticulaire</b>	51
I	
MEMBRE SUPÉRIEUR	52
(hormis la main et les doigts)	
Article 33 .....	52
Amputations .....	52
Article 34 .....	53
Ankyloses et raideurs .....	53
II	
MAIN	57
Article 35 .....	58
Amputations .....	58
Article 36 .....	61
Ankyloses, arthrodèses et raideurs .....	61
Article 37 .....	67
Troubles de la sensibilité palmaire .....	67
III	
MEMBRE INFÉRIEUR	68
Article 38 .....	68
Amputations .....	68
Article 38bis .....	69
Situations séquentielles particulières .....	69

<b>Article 39</b>	Ankyloses et raideurs .....	69
<b>Article 40</b>	Raccourcissements non compensés .....	75
<b>IV</b>		
RACHIS		
<b>Article 41</b>	Rachis cervical .....	76
<b>Article 42</b>	Rachis thoracique, lombaire et charnière lombo-sacrée .....	77
<b>Article 43</b>	Coccyx .....	77
<b>V</b>		
BASSIN		
<b>Article 44</b>	Douleurs post-fracturaires d'une branche ischio-pubienne .....	78
<b>Article 45</b>	Douleurs et/ou instabilité de la symphyse pubienne .....	78
<b>Article 46</b>	Douleurs post-disjonction ou fracture sacro-iliaque .....	78
<b>Article 47</b>	Douleurs et instabilité de la symphyse pubienne et de l'articulation sacro-iliaque associées .....	78
<b>CHAPITRE 4</b>		
Système cardio-respiratoire		
<b>I</b>		
CŒUR		
<b>Article 48</b>	Séquelles cardiologiques .....	79
<b>Article 49</b>	Transplant .....	81
<b>II</b>		
APPAREIL RESPIRATOIRE		
<b>Article 50</b>	Perte anatomique totale ou partielle d'un poumon .....	82
<b>Article 51</b>	Insuffisance respiratoire chronique .....	82
<b>Article 52</b>	Séquelles douloureuses persistantes de thoracotomie .....	83



**CHAPITRE 5**  
Système vasculaire

<b>I</b>	ARTÈRES, VEINES, LYMPHATIQUES	85
<b>Article 53</b>	Sequelles artérielles, veineuses et lymphatiques	85
<b>II</b>	RATE	85
<b>Article 54</b>	Splénectomie	86
		86

**CHAPITRE 6**  
Système digestif

<b>I</b>	GASTRO-ENTEROLOGIE	89
<b>Article 55</b>	Stomies cutanées définitives et incontinences totales	89
<b>Article 56</b>	Troubles communs aux différentes atteintes de l'appareil digestif	89
<b>II</b>	HÉPATOLOGIE	90
<b>Article 57</b>	Hépatites	90
		90

**CHAPITRE 7**  
Système urinaire

<b>Article 58</b>	Perte d'un rein dans son contexte psychologique et culturel particulier	93
<b>Article 59</b>	Atteintes à la fonction rénale	94
<b>Article 60</b>	Transplantation rénale	95
<b>Article 61</b>	Incontinence	95
<b>Article 62</b>	Stomie	96

**CHAPITRE 8**

Système de reproduction

<b>Article 63</b>	Perte d'organe .....	97
<b>Article 64</b>	Stérilité .....	97
	<b>I FEMME</b>	
	.....	98
	<b>II HOMME</b>	
<b>Article 65</b>	Perte d'organe .....	98
<b>Article 66</b>	Stérilité .....	98

**CHAPITRE 9**

Système glandulaire endocrinien

<b>Article 67</b>	Hypophyse .....	99
<b>Article 68</b>	Thyroïde .....	99
<b>Article 69</b>	Parathyroïde .....	100
<b>Article 70</b>	Pancréas – Diabète .....	100
<b>Article 71</b>	Surrénales .....	101
<b>Article 72</b>	Gonades .....	101

**CHAPITRE 10**

Système cutané

<b>A. BRÛLURES PROFONDES OU CICATRISATIONS PATHOLOGIQUES</b>	.....	103
<b>Article 73</b>	Séquelles cutanées .....	103

<b>Index alphabétique</b>	.....	105
---------------------------	-------	-----

# GUIDE BARÈME EUROPÉEN

## d'évaluation médicale des atteintes à l'intégrité physique et psychique

Le Guide barème européen, œuvre de consensus d'experts européens sous l'égide de la CEREDOC, permet à ses utilisateurs d'évaluer le préjudice corporel avec cohérence et égalité. D'application impérative en matière d'accidents du travail et de la vie privée pour les fonctionnaires européens, le Guide barème est devenu une référence dans le contentieux de l'évaluation du dommage corporel.

Cette seconde édition intègre les nombreux développements et améliorations proposés par l'Observatoire permanent du Guide barème. Le lecteur pourra notamment y trouver :

- de nouveaux articles consacrés à des séquelles bénignes mais fréquentes,
- d'importants remaniements du chapitre des séquelles neurologiques, en particulier des troubles cognitifs, simplifiant leur quantification,
- un remaniement du chapitre de la psychiatrie, les fourchettes d'évaluation étant beaucoup plus étroites,
- de nouveaux articles concernant les séquelles musculotendineuses,
- d'importantes modifications du chapitre de la main, dont l'évaluation devient aisée,
- une restructuration du chapitre consacré au système urinaire, en fonction des techniques modernes d'appréhension, en particulier des lésions rénales,
- une amélioration du chapitre consacré à la rate,
- la réécriture du chapitre des séquelles cutanées.

Cet ouvrage répond ainsi aux questions et aux difficultés rencontrées dans la pratique et constitue, à ce titre, un outil de travail évolutif et indispensable pour tout médecin expert ou gestionnaire de sinistres.

### Les auteurs

Par la Confédération européenne d'experts en évaluation et réparation du dommage corporel (CEREDOC)

Dr Pierre Lucas,  
professeur à l'Université Libre de Bruxelles,  
président de la CEREDOC

Dr Hélène Béjui-Hugues,  
délégué général de l'AREDOC, vice-président  
de la CEREDOC

Dr Cesar Borobia,  
professeur à l'Université Complutense de  
Madrid, vice-président de la CEREDOC

Dr Giovanni Cannavo,  
secrétaire général de l'Associazione Melchior  
GIOIA, secrétaire général de la CEREDOC

Dr Juan Guiscañe Amer,  
spécialiste en évaluation du dommage corporel

Dr Carlos Saica,  
spécialiste en évaluation du dommage corporel

Dr Michel Stehman,  
professeur de l'Université Libre de Bruxelles

Dr Walter Streck,  
spécialiste en évaluation du dommage corporel

Dr Duarte Nuno Vieira,  
professeur à l'Université de Coimbra, président  
de l'Institut Nacional de medicina legal de  
Portugal

Avant-propos de Thierry Papart, juge de police  
au Tribunal de Liège, maître de conférences à  
l'U.Lg

Préface de Hubert Groulet, professeur émérite  
de l'Université de Montescieu - Bordeaux IV,  
membre du comité directeur de l'Institut pour  
le droit européen de la circulation [Trèves]

53 €

ISBN 978-2-87455-285-4



9 782874 552854

**A**  
ANTHEMIS  
L.G.D.J