

JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE DE DJIBOUTI

Décret N°2000-0204/PR/MEFPCP relatif à l'indemnisation des victimes d'accident corporel de la circulation.

LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE, CHEF DU GOUVERNEMENT

VU La constitution du 15 Septembre 1992

VU La loi N° 40/AN/99/4ème L du 8/06/99

VU Le décret n° 99/0059/PRE/ du 12 Mai 1999 portant remaniement du

Gouvernement et fixant leurs attributions ;

VU L'arrêté n° 0075-2000/PRE/MEFP du 29/01/2000 portant création d'un comité technique chargé d'élaborer un barème et un plafonnement et l'indemnisation des victimes d'accidents corporels de la circulation.

Sur proposition du Ministre de l'Economie, des Finances et de la Planification, chargé de la Privatisation ;

Le Conseil des Ministres entendu en sa séance du 08 juillet 2000 ;

DECRETE

§1 : Modalités d'indemnisation des préjudices subis par la victime directe

Article 1 : L'incapacité permanente comprend :

a) Préjudice physiologique.

Le taux d'incapacité est fixé par expertise médicale en tenant compte de la réduction de capacité physique.

Ce taux varie de 0 à 100 % par référence au barème médical figurant en annexe au présent décret.

L'indemnité est calculée suivant l'échelle de valeur de points d'incapacité ci-dessous :

Valeur du point d'IP (en pourcentage du SM annuel)								
AGE DU BLESSE								
Taux d'IP	Moins de 15 ans	De 15 ans à 19 ans	De 20 ans à 24 ans	De 25 ans à 29 ans	De 30 ans à 39 ans	De 40 ans à 49 ans	De 60 ans à 69 ans	70 ans et plus
Moins de 5	6	6	6	6	6	6	5	5
De 6 à 10	12	12	12	12	12	12	10	10
De 11 à 15	14	14	14	14	14	12	12	12
De 16 à 20	16	16	14	14	14	12	12	12
De 21 à 30	17	17	16	16	16	14	14	12
De 31 à 40	18	18	17	17	16	14	14	13
De 41 à 50	18	18	18	17	17	16	15	13
De 51 à 70	19	19	19	18	18	17	16	14
De 71 à 90	25	20	20	19	19	18	17	15
De 91 à 100	29	24	24	22	22	20	19	18

b) Préjudice économique.

Ce préjudice n'est indemnisé que s'il est lié à l'attribution d'un taux d'incapacité permanente d'au moins 30 %.

L'indemnité est calculée :

- pour les salariés, en fonction de la perte réelle et justifiée et sur la base du revenu net (salaires déclarés aux organismes sociaux compétents, avantages ou primes de nature statutaire) perçu au cours des six mois précédant l'accident.

- pour les actifs non salariés, en fonction de la perte de revenus établie et justifiée et sur la base des déclarations fiscales des deux dernières années précédant l'accident.

- pour les personnes majeures ne pouvant justifier de revenus, l'évaluation du préjudice est basée sur le SM mensuel.

Dans les 2 premiers cas, l'indemnité est plafonnée à huit fois le montant du SM annuel alors que dans le 3ème cas le plafond est égale à 5 fois le montant du SM annuel.

C) Préjudice psychologique.

Ce préjudice n'est indemnisé que s'il est lié à l'attribution d'un taux d'incapacité permanente d'au moins 50 %.

L'indemnité est fixée à une fois le montant du SM annuel.

Article 2 : La victime n'a droit à une indemnité pour assistance d'une tierce personne qu'à la condition que le taux d'incapacité permanente soit au moins égal à 80 % selon le barème indiqué à l'article 1.

L'assistance doit faire l'objet d'une prescription médicale expresse confirmée par expertise.

L'indemnité allouée à ce titre est plafonnée à 25 % de l'indemnité fixée pour l'incapacité permanente.

Article 3 : La souffrance physique (ou pretium doloris) et le préjudice esthétique sont indemnisés séparément.

Ils sont qualifiés par expertise médicale et indemnisés selon le barème ci-dessous exprimé en pourcentages du SM annuel :

1) très léger	10 %
2) léger	30 %
3) modéré	60 %
4) moyen	100 %
5) assez important.....	150 %
6) important	200 %
7) très important.....	300 %

Article 4 : Le préjudice de carrière s'entend :

- soit de la perte de chance certaine d'une carrière à laquelle peut raisonnablement espérer un élève ou un étudiant de l'enseignement primaire, supérieur ou leur équivalent.

- soit de la perte de carrière subie par une personne déjà engagée dans la vie active.

Dans le premier cas, l'indemnité à allouer est égale à une fois le montant du SM annuel.

Dans le second cas, l'indemnité est limitée à six mois de revenus plafonnés à trois fois le SM annuel.

Les indemnités ci-dessus ne peuvent être cumulées.

Article 5 : L'évacuation sanitaire à l'étranger est subordonnée aux conditions suivantes :

a) L'évacuation doit faire l'objet d'une prescription médicale expresse confirmée par expertise.

b) Le coût des frais y afférents ne saurait excéder une fois le tarif le plus élevé des hôpitaux publics du pays d'accueil.

§ 2 : Modalités d'indemnisation des préjudices subis par les ayants droit de la victime décédée

Article 6 : Les frais funéraires sont remboursés à ceux qui les ont exposés à concurrence d'un forfait de 300 000 FD.

Article 7 : Chaque enfant à charge, conjoint(e) et ascendant en ligne directe de la victime recevra un capital égal au produit d'un pourcentage des revenus annuels, dûment prouvés (déclaration des salaires aux organismes sociaux ou déclarations fiscales), du décédé par la valeur du prix de un franc de rente correspondant à son âge, selon la table de conversion figurant à l'annexe du présent décret.

A défaut de revenus justifiés, le calcul du préjudice économique subi par les personnes précitées est effectuée, dans les mêmes conditions, sur la base d'un revenu fictif correspondant à un SM annuel.

La capitalisation est limitée à vingt et un ans pour les enfants sauf s'ils justifient de la poursuite d'études supérieures, auquel cas la limite est reportée à vingt cinq ans.

Les pourcentages de répartition des revenus du décédé entre les membres de sa famille (ascendants, conjoint(s) et enfant(s)) sont indiqués dans les tableaux ci-après :

CLE DE REPARTITION JUSQU'A QUATRE ENFANTS A CHARGE					
En pourcentage des revenus	Ascendants avec répartition uniforme entre les ascendants	Conjoint (s) avec répartition uniforme entre les conjoints	Enfant (s)avec répartition uniforme entre les enfants	Enfants orphelins avec répartition uniforme les orphelins	double entre
% du revenu à capitaliser selon l'âge du bénéficiaire	5	40	30	50	

CLE DE REPARTITION AU DELA DE QUATRE ENFANTS A CHARGE					
En pourcentage des revenus	Ascendants avec répartition uniforme entre les ascendants	Conjoint (s) avec répartition uniforme entre les conjoints	Enfant (s)avec répartition uniforme entre les enfants	Enfants orphelins avec répartition uniforme les orphelins	double entre
% du revenu à capitaliser selon l'âge du bénéficiaire	5	35	40	50	

Les quotités ci-dessus sont réparties entre les enfants à charge, les ascendants en ligne directe (Père et mère) et les conjoints, d'une manière égale à l'intérieur de chacun des groupes de bénéficiaires. Dans le cas où une famille comprend à la fois des orphelins simples et des orphelins doubles, le tableau à retenir est celui des orphelins doubles. L'indemnité globale revenant aux ayants droit au titre du préjudice économique est plafonnée à soixante cinq fois le montant du SM annuel.

Article 8 : Seul le préjudice moral du (des) conjoint (s), des enfants, des ascendants de 1e degré et des collatéraux de la victime décédée est indemnisé. L'indemnité globale due au titre de ce préjudice est égale à 10 fois le montant du SM annuel. Elle est répartie par classe de la manière suivante :

1er classe : Conjoint (s) et enfants : 60 % de l'indemnité globale

2ème classe : Père et Mère et collatéraux : 40 %

de l'indemnité globale.

En l'absence d'ayant droit dans une classe, la fraction attribuée à celle-ci profite à l'autre.

Article 9 : Le SM est un salaire minimum mensuel ; il est fixé à 15 800 FD.

Article 10 : Les dispositions du présent décret ne s'appliquent qu'aux accidents survenus à compter de sa date de publication au journal officiel.

Article 11 : Le présent décret sera enregistré et publié au Journal Officiel de la République de Djibouti.

Fait à Djibouti, le 20 juillet 2000.

Par le Président de la République,

chef du Gouvernement

ISMAÏL OMAR GUELLEH

ANNEXES

TABLE DE CONVERSION

BAREME DE CAPITALISATION DE RENTES VIAGERES

MASCULIN

AGE	Prix de 1 Franc de Rente	AGE	Prix de 1 Franc de Rente
0	14.576	51	10.637
1	14.910	52	10.440
2	14.915	53	10.237
3	14.903	54	10.030
4	14.884	55	9.818
5	14.861	56	9.602
6	14.835	57	9.381
7	14.807	58	9.156
8	14.777	59	8.928
9	14.744	60	8.696
10	14.709	61	8.491
11	14.671	62	8.223
12	14.631	63	7.983
13	14.588	64	7.741
14	14.543	65	7.498
15	14.497	66	7.254
16	14.450	67	7.010
17	14.401	68	6.766
18	14.353	69	6.523
19	14.304	70	6.282
20	14.253	71	6.043
21	14.200	72	5.808
22	14.144	73	5.577
23	14.086	74	5.351

24	14.025	75	5.132
25	13.959	76	4.921
26	13.891	77	4.720
27	13.818	78	4.531
28	13.740	79	4.356
29	13.658	80	2.707
30	13.571	81	3.582
31	13.480	82	3.371
32	13.384	83	3.167
33	13.284	84	2.969
34	13.180	85	2.778
35	13.071	86	2.593
36	12.958	87	2.415
37	12.839	88	2.244
38	12.716	89	2.081
39	12.588	90	1.924
40	12.455	91	1.775
41	12.316	92	1.633
42	12.172	93	1.498
43	12.023	94	1.371
44	11.869	95	1.250
45	11.709	96	1.136
46	11.544	97	1.030
47	11.373	98	0.930
48	11.197	99	0.836
49	11.016	100	0.748
50	10.829		

TABLE DE CONVERSION

BAREME DE CAPITALISATION DE RENTES VIAGERES

FEMININ

AGE	Prix de 1 Franc de Rente	AGE	Prix de 1 Franc de Rente
0	14.806	51	11.861
1	15.065	52	11.688
2	15.077	53	11.509
3	15.072	54	11.323
4	15.061	55	11.130
5	15.048	56	10.931
6	15.033	57	10.725
7	15.016	58	10.512
8	14.997	59	10.293
9	14.976	60	10.067
10	14.953	61	9.835
11	14.929	62	9.597
12	14.904	63	9.352
13	14.876	64	9.103
14	14.848	65	8.848
15	14.818	66	8.588
16	14.787	67	8.324
17	14.755	68	8.056
18	14.721	69	7.784
19	14.686	70	7.509
20	14.650	71	7.232
21	14.612	72	6.953
22	14.572	73	6.672

23	14.529	74	6.391
24	14.485	75	6.110
25	14.438	76	5.830
26	14.388	77	5.551
27	14.336	78	5.275
28	14.281	79	5.001
29	14.223	80	4.731
30	14.163	81	4.466
31	14.099	82	4.205
32	14.032	83	3.950
33	13.961	84	3.701
34	13.886	85	3.459
35	13.807	86	3.224
36	13.724	87	2.997
37	13.636	88	2.778
38	13.544	89	2.567
39	13.448	90	2.365
40	13.346	91	2.173
41	13.240	92	1.989
42	13.128	93	1.815
43	13.011	94	1.650
44	12.888	95	1.494
45	12.760	96	1.348
46	12.625	97	1.210
47	12.485	98	1.082
48	12.339	99	0.963
49	12.186	100	0.851
50	12.026		

TABLE DE CONVERSION

BAREME DE CAPITALISATION TEMPORAIRES

Age limite de paiement de la rente : 55 ans

MASCULIN

AGE	PRIX DE 1 FRANC DE RENTE	AGE	PRIX DE 1 FRANC DE RENTE
0	14.322	28	12.184
1	14.633	29	11.998
2	14.620	30	11.800
3	14.588	31	11.590
4	14.548	32	11.368
5	14.503	33	11.132
6	14.454	34	10.883
7	14.401	35	10.618
8	14.344	36	10.338
9	14.283	37	10.042
10	14.218	38	9.728
11	14.148	39	9.394
12	14.073	40	9.041
13	13.994	41	8.667
14	13.910	42	8.269
15	13.822	43	7.847
16	13.730	44	7.399
17	13.635	45	6.923
18	13.536	46	6.417
19	13.432	47	5.878
20	13.324	48	5.303

21	13.209	49	4.691
22	13.088	50	4.037
23	12.959	51	3.339
24	12.822	52	2.591
25	12.677	53	1.789
26	12.523	54	0.927
27	12.359	55	0.000

AGE LIMITE DE PAIEMENT DE LA RENTE : 25 ans

MASCULIN

AGE	Prix de 1 franc de rente	AGE	Prix de 1 franc d rente
0	11.815	13	8.118
1	11.896	14	7.650
2	11.698	15	7.151
3	11.473	16	6.621
4	11.228	17	6.057
5	10.965	18	5.457
6	10.684	19	4.819
7	10.384	20	4.139
8	10.064	21	3.414
9	9.723	22	2.641
10	9.359	23	1.816
11	8.971	24	0.938
12	8.558	25	0.000

Age limite de paiement de la rente : 21 ans

MASCULIN

AGE	Prix de 1 franc de rente	AGE	Prix de 1 franc de rente
0	10.941	11	7.167
1	10.942	12	6.636
2	10.680	13	6.070
3	10.387	14	5.468
4	10.071	15	4.826
5	9.732	16	4.143
6	9.370	17	3.416
7	8.984	18	2.642
8	8.573	19	1.817
9	8.134	20	0.938
10	7.666	21	0.000

TABLE DE CONVERSION

BAREME DE CAPITALISATION DE RENTES TEMPORAIRES

Age limite de paiement de la rente : 55ans

FEMININ

AGE	Prix de 1 franc de rente	AGE	Prix de 1 franc de rente
0	14.490	28	12.379
1	14.723	29	12.196
2	14.712	30	12.001
3	14.683	31	11.794
4	14.647	32	11.575
5	14.606	33	11.341
6	14.562	34	11.0924

7	14.514	35	10.828
8	14.462	36	10.547
9	14.407	37	10.249
10	14.347	38	9.931
11	14.283	39	9.594
12	14.215	40	9.235
13	14.143	41	8.853
14	14.067	42	8.447
15	13.986	43	8.015
16	13.900	44	7.555
17	13.810	45	7.066
18	13.715	46	6.546
19	13.614	47	5.991
20	13.508	48	5.401
21	13.394	49	4.772
22	13.274	50	4.101
23	13.146	51	3.385
24	13.011	52	2.622
25	12.867	53	1.806
26	12.714	54	0.933
27	12.551	55	0.000

Age limite de paiement de la rente : 25 ans

FEMININ

AGE	Prix de 1 franc de rente	AGE	Prix de 1 franc de rente
0	11.908	13	8.138

1	11.920	14	7.670
2	11.721	15	7.171
3	11.495	16	6.940
4	11.249	17	6.074
5	10.986	18	5.472
6	10.705	19	4.831
7	10.405	20	4.148
8	10.085	21	3.420
9	9.743	22	2.645
10	9.379	23	1.819
11	8.991	24	0.938
12	8.578	25	0.000

Age limite de paiement de la rente : 21ans

FEMININ

AGE	Prix de 1 franc de rente	AGE	Prix de 1 franc de rente
0		11	7.177
1	11.022	12	6.645
2	10.959	13	6.079
3	10.696	14	5.476
4	10.401	15	4.834
5	10.084	16	4.150
6	9.745	17	3.421
7	9.383	18	2.646
8	8.996	19	1.816
9	8.584	20	0.938
10	8.144	21	0.000

BAREME FONCTIONNEL
INDICATIF DES INCAPACITES
EN DROIT COMMUN

1. FONCTIONS DU SYSTEME NERVEUX CENTRAL.

Ces fonctions sont multiples puisqu'elles comprennent non seulement l'ensemble des fonctions intellectuelles et la plupart des fonctions sensorielles, mais également la commande et la coordination de toutes les fonctions.

Il aurait été plus logique de distinguer, d'une part le crâne et le système nerveux central, d'autre part la face, mais le rôle que jouent les cavités de la face comme support des postes périphériques des organes des sens et des nerfs crâniens, rend une telle distinction trop artificielle.

Ce chapitre concerne donc de nombreuses fonctions, dont la plupart des fonctions vitales et les fonctions intellectuelles, qu'il serait artificiel d'envisager une à une, ce qui explique leur regroupement dans le cadre des syndromes les plus souvent rencontrés.

A. – SYNDROME SUBJECTIF POST-COMMOTIONNEL.

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

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

L'expert devra s'entourer de précautions pour dépister un véritable syndrome neurologique, une sinistrose ou une simulation. Il n'oubliera pas que la plupart des syndrome post-commotionnels disparaissent ou s'atténuent notablement en 18 mois à 2 ans.

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

En cas d'évolution névrotique (voir 1.C).

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

B. - SYNDROMES DEFICITAIRES.

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

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

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

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

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

1. Monoparésie ou monoplégie

- membre supérieur droit
- membre supérieur gauche
- membre inférieur.

2. Hémiplégie 10 à 40 %

- hémiplégie spasmodique 50 à 70 %

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

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

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

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

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

5. Aphasie : atteinte plus ou moins importante de l'expression verbale, mais compréhension normale du langage parlé et écrit 10 à 35 % avec troubles de la compréhension pouvant aller jusqu'à l'impossibilité de communication avec autrui 40 à 95 %.

6. Syndrome de la queue de cheval

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

C. - Syndromes neurologiques et psychiatriques

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

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

1. Epilepsie post-traumatique

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

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

1. Epilepsie post-traumatique

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

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

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

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

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

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

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

- Crises localisées

Suivant la fréquence 5 à 20 %

- Crises généralisées

- 1 crise isolée et non suivie d'un traitement ne justifie pas d'IPP,

- 1 ou 2 crises annuelles avec traitement régulier15 à 20 %,

- 1 ou 2 crises mensuelles permettant sous certaines précautions,

Une activité normale20 à 30 %

- crises plus fréquentes obligeant à réduire ou modifier les activités habituelles30 à 40 %

- crises fréquentes interdisant une activité régulière... 40 à 50 % ;

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

2. Certains syndromes neurologiques

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

3. Névroses post-traumatiques

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

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

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

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

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

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

4. Psychoses post-traumatiques

Les véritables psychoses post-traumatiques sont exceptionnelles.

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

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

5. Démence post-traumatique

Le taux peut atteindre 100 %

D. – Fonction visuelle (ophtalmologie)

Inspiré du projet présenté par J. Jonquères à la société de médecine légale en mars 1980 (revue française du dommage corporel, 1980)

Ce chapitre tient compte de la différence de conception de l'incapacité en droit commun et en accident du travail. La perte totale de la fonction visuelle est arbitrairement évaluée à 85 % pour tenir compte de la capacité restante. L'expert devra toujours expliquer le retentissement de l'état séquellaire sur les activités de la victime, permettant ainsi de corriger le caractère " arbitraire " du plafond proposé, susceptible de varier selon l'âge et l'adaptation.

Si l'œil non atteint par le traumatisme avait une acuité réduite, l'incapacité sera calculée en fonction de celle-ci et de la nouvelle atteinte, les deux yeux étant indissociables pour la vision (suivant le tableau ci-dessous), mais l'expert précisera l'état antérieur à l'accident et l'incapacité qui en résultait, afin d'en dégager le taux d'aggravation.

1. Diminution de l'acuité visuelle

- perte de la vision des deux yeux 85 %

- perte de la vision d'un œil..... 25 %

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

Il convient donc de distinguer :

a) Cécité totale : acuités nulles

ou inférieures à 1/20..... 85 %

b) Cécité relative : acuités égales à 1/20.

Possibilité de quitter le lieu où il se trouve

en cas de sinistre 75 %

c) Quasi-cécité : acuités comprises

entre moins de 1/10 et 1/20 ODG mais

champs visuels réduits à moins de 30 °..... 70 %

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

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

L'examen doit être fait après correction, la nécessité du port de lunettes ou de lentilles étant précisée par l'expert.

Elle peut faire l'objet d'une indemnisation mais non au titre de l'incapacité.

2. Rétrécissement du champ visuel

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

* Rétrécissement concentrique.

- atteignant un œil

(30 à 10 ° du point de fixation)..... 0 à 5 %

- atteignant un œil

(moins de 10 °).....	5 à 10 %
- atteignant les deux yeux	
(30 à 10 °)	10 à 40 %
- atteignant les deux yeux	
(moins de 10°)	40 à 65 %
* scotome para-central de petites dimensions :	
- un œil	5 à 10 %
- les deux yeux	10 à 30 %

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

* hémianopsie avec conservation de la vision centrale

- homonyme droite ou gauche	20 à 25 %
- nasale	5 à 10 %
- bitemporale.....	50 à 60 %
- supérieure.....	5 à 10 %
- inférieure	20 à 40 %
- en quadrant supérieur.....	3 à 8 %
- en quadrant inférieur	10 à 20 %

* Hémianopsie avec perte de la vision centrale.

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

3. Troubles de la vision binoculaire

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

	10/10	9/10	8/10	7/10	6/10	5/10	4/10	3/10	2/10	1/10	1/20	Inf. à 1/20	Cécité Totale
10/10	0	0	0	1	2	3	4	7	12	16	20	23	25
9/10	0	0	0	2	3	4	5	8	14	18	21	24	26
8/10	0	0	0	3	4	5	6	9	15	20	23	25	28
7/10	1	2	3	4	5	6	7	10	16	22	25	28	30
6/10	2	3	4	5	6	7	9	12	18	25	29	32	35
5/10	3	4	5	6	7	8	10	25	20	30	33	35	40
4/10	4	5	6	7	9	10	11	18	23	35	38	40	46
3/10	7	8	9	10	12	15	18	20	30	40	45	50	55
2/10	12	14	15	16	18	20	23	30	50	55	60	60	65
1/10	16	18	20	22	25	30	35	40	50	65	68	70	78
1/20	20	21	23	25	29	33	38	45	55	68	75	78	80
Inf. à 1/20	23	24	25	28	32	35	40	50	60	70	78	80	82
Cécité Totale	25	26	28	30	35	35	40	45	55	65	78	82	85

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

4. Troubles de l'accommodation

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

5. Aphakie

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

Celui-ci détermine le taux :

- si l'acuité de l'œil opéré demeure inférieure à l'œil adelphe, il convient de majorer ce taux de 10 % ;

- si au contraire l'acuité de cet œil adelphe est inférieure à celle de l'œil opéré, ce taux devra alors être porté à 15 %.

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

6. Annexes de l'œil

Lagophtalmie, larmolement, ectropion ou entropion.

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

Pour les séquelles douloureuses, voir F5.

E. – Audition, Equilibre, oto-rhino-laryngologie

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

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

1. Mutilations de l'oreille externe

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

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

2. Lésions tympaniques

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

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

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

3. Diminution de l'acuité auditive

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

Le taux d'incapacité doit tenir compte :

* de l'âge du sujet (correction de la presbyacousie)

* de l'état antérieur : seule l'aggravation éventuelle due à l'accident doit être indemnisée.

- une hypoacousie unilatérale peut entraîner

une IPP de 0 à 12 %

- une hypoacousie bilatérale peut entraîner

une IPP de 0 à 60 %

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

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

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

4. Acouphènes

Ils sont souvent associés à un déficit auditif.

Si l'on admet leur existence et leur imputabilité, l'IPP peut être de

..... 1 à 3 %.

5. Vertiges et troubles de l'équilibre

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

Sous le terme général de " vertiges ", sont englobés :

- de véritables vertiges de type rotatoire avec sensation de rotation ou de déplacement par rapport au monde environnant ;

- des déséquilibres lors des mouvements brusques de la tête, au lever, au coucher, à la marche.

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

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

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

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

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

Les taux sont donc très variables :

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

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

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

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

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

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

6. Sténoses trachéales

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

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

7. Lésions des cordes vocales

Les troubles de la voie et du langage peuvent affecter la fonction de " communication " du sujet avec son entourage.

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

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

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

F. Séquelles Maxillo-Faciales

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

1. Région orbito-malaire

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

La fracture du malaire ne donne lieu à l'évaluation d'une IPP que s'il existe un retentissement sur les fonctions visuelle (I,D) masticatoire (F3) ou sensitive (F5).

2. Région ethmoïdo-nasale

(fonctions olfactive et respiratoire).

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

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

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

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

3. Région maxillo-mandibulaire

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

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

a) Au cas où les dents ne seraient pas remplacées.

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

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

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

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

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

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

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

- Gêne à la mastication des aliments solides, mais leur prise restant possible, écart interdentaire de 20 à 30 mm, troubles de l'articulé limités à une demi-arcade 2 à 10 %.

- Alimentation limitée aux aliments mous, édentation partielle, écart interdentaire de 10 à 20 mm, régime spécial 10 à 15 %.

- Alimentation liquide, constriction permanente des mâchoires, écart interdentaire inférieur à 10 mm..... 35 %.

Les pseudarthroses mandibulaires, les pertes de substance osseuse, les brides cicatricielles sont évaluées principalement en fonction de leur retentissement sur la mastication et la phonation. En cas de communications bucco-nasales et sinusiennes, l'expert doit également tenir compte de l'élément infectieux éventuel.

4. Langue

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

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

Les perturbations du goût sont souvent associées aux troubles de l'odorat.

5. Séquelles sensitives et motrices (algies, paralysie faciales)

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

- Paralysie faciale unilatérale totale et définitive ... 20 %

- Paralysie faciale unilatérale partielle 5 à 15 %

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

Les atteintes sensitives concernent le nerf trijumeau et ses branches.

- nerf sous-orbitaire..... 1 à 5 %

- nerf dentaire inférieur (avec ou sans incontinence

labiale)..... 1 à 5 %

- nerf lingual (face dorsale de la langue, avec fréquentes

morsures de celle-ci et algies)..... 1 à 5 %

G. Crâne, voute

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

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

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

H. Cuir chevelu

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

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

II. FONCTION DE SOUTIEN (RACHIS)

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

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

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

Les séquelles des traumatismes médullaires et les séquelles neurologiques des lésions rachidiennes sont étudiées ailleurs.

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

- poussée évolutive douloureuse sur une arthrose connue, avec retour à l'état antérieur..... 0 % (à prendre en considération dans l'incapacité temporaire et les " souffrances endurées ").

- décompensation d'une arthrose connue ou méconnue qui se trouve aggravée 2 à 6 %

- rachialgie segmentaire avec lésions ligamentaires ou osseuses légères, raideur, sans complication neurosensorielle.

- colonnes cervicales 5 à 12 %

- colonne dorsale..... 5 à 10 %

- colonne lombaire..... 5 à 12 %

- raideur cervicale douloureuse et importante consécutive à une luxation ou à une fracture vertébrale authentifiée radiologiquement 15 à 25 %.

- raideurs dorsales ou lombaires importantes consécutives à des fractures vertébrales authentifiées radiologiquement 10 à 20 %.

- lombalgies tenaces avec troubles de la statique lombo-sacrées 10 à 15 %.

- coccygodynie.

III. FONCTION DES MEMBRES SUPERIEURS (PREHENSION)

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

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

L'amputation du membre supérieur droit chez le droitier est évaluée à 60 % (50 % pour le gauche). Ce plafond doit permettre d'analyser l'incapacité du sujet examiné en tenant compte de la gêne

fonctionnelle appréciée cliniquement, mais aussi des possibilités d'appareillage et de la répercussion sur la vie quotidienne du sujet.

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

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

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

L'expert tiendra compte de la capacité restante.

1. Perte totale par amputation ou paralysie

	Droite	Gauche
Bras	60 %	50 %
Avant-bras.....	55 %	45 %
Main	5 %	40 %

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

2. Ankylose en position de fonction

	Droite	Gauche
Epaule	30 %	25 %
Coude.....	20 %	15 %
Poignet (et pronosupination)	20 %	15 %
Main (toutes articulations)	50 %	40 %

3. Raideurs articulaires

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

Droite Gauche

Raideur moyenne de l'épaule	15 %	12 %
Raideur moyenne du coude	10 %	8 %
Raideur moyenne du poignet (y compris prono-supination)	10 %	8 %
Raideur moyenne de la main	25 %	20 %
De la prono-supination isole	8 %	6 %

Droite	Gauche		
Raideur moyenne de l'épaule	15 %	12 %	
Raideur moyenne du coude	10 %	8 %	
Raideur moyenne du poignet (y compris prono-supination)	10 %	8 %	
Raideur moyenne de la main	25 %	20 %	
De la prono-supination isole	8 %	6 %	

Raideur moyenne de l'épaule	15 %	12 %
Raideur moyenne du coude	10 %	8 %
Raideur moyenne du poignet (y compris prono-supination)	10 %	8 %
Raideur moyenne de la main	25 %	20 %
De la prono-supination isole	8 %	6 %

Raideur moyenne du coude	10 %	8 %
Raideur moyenne du poignet (y compris prono-supination)	10 %	8 %
Raideur moyenne de la main	25 %	20 %
De la prono-supination isole	8 %	6 %

Raideur moyenne du poignet (y compris prono-supination)	10 %	8 %
Raideur moyenne de la main	25 %	20 %
De la prono-supination isole	8 %	6 %

(y compris prono-supination)	10 %	8 %
Raideur moyenne de la main	25 %	20 %
De la prono-supination isole	8 %	6 %

Raideur moyenne de la main	25 %	20 %
De la prono-supination isole	8 %	6 %

De la prono-supination isole	8 %	6 %
------------------------------	-----	-----

4. Paralysies

Droite Gauche

Radocimaore, type Duchenne	45 %	35 %
----------------------------	------	------

Radiculaire, type Dejerine	55 %	45 %
Nerf circonflexe	15 %	10 %
Nerf musculo-cutané	12 %	10 %
Nerf sous-scapulaire	8 %	6 %
Nerf médian au bras	35 %	30 %
Nerf médian au poignet	15 %	10 %
Nerf cubital au bras	25 %	20 %
Nerf radial au-dessus de la		
Branche intricipale	30 %	25 %
Nerf radial au-dessous		
De la branche tricipitale	20 %	15 %

5. Main

a) Perte de segments de doigts :

Perte totale de la fonction par amputation ou ankylose de toutes les articulations.

	Droite	Gauche
Pouce (y compris le 1er		
métacarpien.....	22 %	18 %
Pouce (deux phalanges	15 %	12 %
Index	12 %	10 %
Medius.....	8 %	7 %
Annulaire.....	6 %	5 %
Auriculaire.....	5 %	4 %

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

On peut utiliser avec profit la fiche de valeur fonctionnelle de la main établie par J.P. Razmon.

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

IV. FONCTION LOCOMOTRICE (Membres inférieurs, bassin)

A. Membres inférieures

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

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

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

1. Raccourcissement

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

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

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

2. Perte totale par amputation ou paralysie

- au niveau de la hanche	75 %
- au niveau de la cuisse	65 %
- au niveau du genou.....	60 %
- au niveau de la jambe.....	40 à 50 %
- au niveau de la cheville.....	30 %
- amputation larso-métatarsienne	25 %
- amputation de tous les orteils	15 %
- amputation du gros orteil	10 %

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

3. Ankylose en position de fonction

- hanche	40 %
----------------	------

- genou..... 25 %
- cheville (tibio-tarsienne)..... 15 %
- sous-astragalienne isolée 8 %
- médio-tarsienne..... 8 %

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

4. Raideur moyenne

- hanche 20 %
- genou 10 %
- tibio-tarsienne..... 5 %
- sous-astragalienne..... 3 %
- médio-tarsienne 3 %

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

5. Instabilité articulaire

- hanche 30 %
- genou
- laxité ligamentaire bien compensée
permettant une activité normale..... 3 à 5 %
- laxité ligamentaire franche bien compensée
lors de la marche mai entravant
certaines activités..... 5 à 15 %.
- laxité ligamentaire (tiroir, latéralité) ayant
un retentissement sur la marche 15 à 25 %.
- Cheville
- Petit diastasis isolé entraînant
un discret ballotement astragalien,
mais sans retentissement clinique ... à 3 %.

- Diastasis responsable d'entorses
à répétition 3 à 8 %
- Diastasis gênant la marche de façon
permanente 8 à 12 %.

6. Paralysie complète d'un membre inférieur	75 %
Sciaticque (tronc).....	30 à 40 %
Sciaticque polité externe.....	18 à 25 %
Crural.....	30 à 40 %

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

7. Névralgie sciatique

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

8. Prothèse totale de la hanche

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

9. Hydarthrose du genou

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

10. Patellectomie totale

Comptent essentiellement le retentissement sur la fonction du genou et la qualité fonctionnelle du muscle quadriceps.

Taux de base 5 %.

11. Lésions méniscales

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

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

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

12. Cas particulier du pied

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

Les critères d'appréciation sont la douleur, la mobilité et la stabilité, les exemples ci-dessous situant quelques associations pour permettre d'évaluer par assimilation (pour plus de détails, voir : Galland M et Pennelier.

- Quelques douleurs à la marche, mouvements normaux ou légèrement freinés absence de claudication 0 à 3,

- Douleurs intermittentes, limitation modérée des mouvements des diverses articulations, légère claudication mais stabilité du pied.... 3 à 8 %.

- Douleurs à la marche cédant au repos, limitation modérée des mouvements, quelques troubles circulatoires, claudication limitant la marche, laquelle peut s'effectuer sans canne...9 à 15 %.

- Ankylose des articulations tibio-tarsienne et sous-astragaliennes en position de fonction, n'entraînant pas de douleurs 15 %.

- Douleurs assez vives, raideur importante ou léger équinisme, troubles trophiques modérés, marche limitée nécessitant l'usage d'une canne 15 à 25 %.

- Douleurs vives à la marche à l'appui, raideur importante ou équinisme, troubles trophiques, nécessité de 2 cannes pour la marche25 à 30 %.

- Douleurs vives pouvant gêner le sommeil, ankylose en position vicieuse ou déformation importante, troubles trophiques, marche avec cannes-béquilles 30 à 35 %.

- Douleurs très vives et continues, déformation importante du pied, appui impossible nécessitant l'usage de cannes-béquilles..... 35 %.

B- Bassin

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

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

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

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

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

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

Névralgie obturatrice 2 à 5 %.

V. THORAX : FONCTIONS RESPIRATOIRE ET CIRCULATOIRE

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

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

Plus qu'ailleurs peut-être ce ne sont pas les lésions qui justifient le pourcentage d'incapacité, mais leur retentissement.

L'évaluation dépend donc des modifications imposées à la vie quotidienne et du résultat des explorations fonctionnelles.

Les limites de ce barème ne permettent pas d'entrer dans les détails.

Seules sont donc données des indications schématiques permettant une évaluation par extrapolation.

A. Atteintes de la fonction respiratoire

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

Des examens complémentaires sont le plus souvent indispensables ;

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

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

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

L'expert doit savoir distinguer ce qui appartient à l'état antérieur et ce qui résulte de l'accident. Les séquelles traumatiques réalisent le plus souvent un syndrome restrictif. Tout syndrome obstructif est à interpréter avec prudence.

1. Insuffisance respiratoire légère..... 0 à 5 %

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

2. Insuffisance respiratoire modérée..... 0 à 30 %

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

3. Insuffisance respiratoire notable..... 30 à 60 %

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

4. Insuffisance respiratoire importante..... 60 %

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

B- ATTEINTES DE LA FONCTION CIRCULATOIRE

Les critères cliniques et paracliniques d'évaluation sont :

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

Exemples de tableaux séquellaires :

- infarctus post-traumatique avec traitement anti-coagulant permanent ou discontinu,
- lésions valvulaires, ruptures de cordages,
- péricardie constrictive avec ou sans insuffisance cardiaque.

1. Pas d'insuffisance cardiaque.....5 à 10 %

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

2. Insuffisance cardiaque légère..... 10 à 30 %

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

3. Insuffisance cardiaque modérée..... 30 à 60 %

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

4. Insuffisance cardiaque grave..... à 60 %

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

- prothèse aortique 15 %
- prothèse valvulaire..... 20 %

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

VI. FONCTION DIGESTIVE ET ABDOMEN

A. Foie et voies biliaires

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

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

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

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

3. Troubles nutritionnels ou généraux

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

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

B- RATE

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

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

Séquelles de splénectomie sans complication 10 %.

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

C. Paroi abdominale

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

D. Estomac, grêle, pancréas

Ce n'est pas la lésion anatomique qui conditionne un pourcentage d'IPP mais les troubles fonctionnels (douleurs, troubles du transit, difficultés de digestion), le retentissement sur l'état général

(aspect, poids, tonus), les modalités du traitement médical et du régime, les altérations radiologiques, notamment fonctionnelles, les perturbations biologiques et surtout les incidences sur la vie quotidienne du sujet.

1. Pas de séquelles opératoires

Maintien du poids sans régime ni traitement 0 à 5 %.

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

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

4. Même amaigrissement. 4 à 6 selles diarrhéiques par jour. Crampes fréquentes. Stéathorrhée .

VII. FONCTION RENALE EXCRETION

La fonction rénale est dite " vitale " en ce sens que sa perte totale est incompatible avec la vie. Toutefois, les progrès depuis les années 60 on permis la survie grâce à la dialyse ou à la greffe rénale.

C'est donc un domaine dans lequel les éléments d'appréciation de l'incapacité ont le plus évolué.

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

Les indications qui suivent peuvent aider l'expert.

A. Rein et haut-appareil

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

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

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

La valeur fonctionnelle du rein peut être appréciée par l'étude de la clairance de la créatinine endogène (normalement : 130 ml/mm), l'épreuve de la phénol-sulfonephtaléine.

Néphrectomie (ou atrophie rénale)

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

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

Insuffisance rénale imputable.

B. Vessie et bas-appareil

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

- cystite chronique ou répétition 5 à 20 %
- rétention chronique d'urines
- sondage hebdomadaire 10 à 15 %

VIII. FONCTION DE REPRODUCTION ET APPAREIL GENITAL

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

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

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

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

IV. ECHELLE D'EVALUATION DES SOUFFRANCES ENDUREES

1/7 – Très léger

2/7 – Léger

3/7 – Modéré

4/7 – Moyen

5/7 – Assez Important

6/7 – Important

7/7 – Très important

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

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

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

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

5/7- Traumatisme cranio-facial avec fracture des maxillaires traitée par ostéosynthèse et blocage.

A partir de ces cinq exemples (2à6), il est facile d'extrapoler les douleurs qui pourraient se classer en 1/7 : douleur très légère, ou en 7/7 : douleur très importante.

Page d'accueil