

JOURNAL OFFICIEL

DE LA RÉPUBLIQUE ALGÉRIENNE
DÉMOCRATIQUE ET POPULAIRE

LOIS ET DECRETS

ARRETES. DECISIONS, CIRCULAIRES, AVIS, COMMUNICATIONS ET ANNONCES

ABONNEMENTS	Lois et décrets			Débats à l'Assemblée nationale	Ann. march. publ. Bulletin Officiel. Registre du Commerce	DIRECTION REDACTION ET ADMINISTRATION Abonnements et publicité IMPRIMERIE OFFICIELLE 9, Av A. Benbarek ALGER Tél. : 66-81-49, 66-80-96 C.C.P. 3200-50 — ALGER
	Trois mois	Six mois	Un an	Un an	Un an	
Algérie	8 Dinars	14 Dinars	24 Dinars	20 Dinars	15 Dinars	
Etranger	12 Dinars	20 Dinars	35 Dinars	20 Dinars	28 Dinars	

Le numéro 0,25 dinar — Numéro des années antérieures : 0,30 dinar Les tables sont fournies gratuitement aux abonnés. Prière de joindre les dernières bandes pour renouvellement et réclamations — Changement d'adresse, ajouter 0,30 dinar.

Tarif des insertions : 2,50 dinars la ligne.

SOMMAIRE

DECRETS, ARRETES, DECISIONS ET CIRCULAIRES

MINISTRE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES
Arrêté du 11 avril 1967 fixant le barème des taux médicaux d'incapacité permanente des accidents du travail, p. 354.

AVIS ET COMMUNICATIONS

Marchés. — Appels d'offres, p. 376.

— Mises en demeure d'entrepreneurs, p. 376.

DECRETS. ARRETES DECISIONS ET CIRCULAIRES

MINISTRE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES

Arrêté du 11 avril 1967 fixant le barème des taux médicaux d'incapacité permanente des accidents du travail.

Le ministre du travail et des affaires sociales,

Vu l'ordonnance n° 66-183 du 21 juin 1966 modifiée portant réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, notamment ses articles 53 et 54 ;

Vu le décret n° 67-43 du 9 mars 1967 fixant les conditions d'application du titre III de l'ordonnance n° 66-183 du 21 juin 1966 susvisée ;

Sur proposition du directeur de la sécurité sociale,

Arrête :

Article 1^{er}. — Le taux médical de l'incapacité permanente dont la victime d'un accident du travail peut être atteinte, est fixé conformément au présent barème.

La notification visée au deuxième alinéa de l'article 58 de l'ordonnance n° 66-183 du 21 juin 1966 susvisée, doit contenir notamment, l'indication de tous les éléments chiffrés ayant servi au calcul du taux médical d'incapacité.

CHAPITRE I

DISPOSITIONS GENERALES

Section I

Utilisation du barème

Art. 2. — Les pourcentages d'invalidité, figurant dans le présent barème, comportent soit un taux unique, soit un taux minimum et un taux maximum.

Art. 3. — Le taux unique s'impose, de façon absolue, au médecin conseil de la caisse sociale et, le cas échéant, au médecin expert désigné par application des articles 91 à 100 de l'ordonnance n° 66-183 du 21 juin 1966 susvisée.

Art. 4. — Lorsque les pourcentages d'invalidité, figurant dans le présent barème, comportent deux taux en regard d'une même infirmité, le médecin conseil et, le cas échéant, le médecin expert fixent le taux d'incapacité, dans la limite des taux minimum et maximum, compte tenu du degré de gravité de l'infirmité et de la profession effectivement exercée à la date de l'accident.

Art. 5. — Le médecin conseil et, le cas échéant, le médecin expert peuvent ajouter au taux médical fixé conformément au présent barème, le taux social prévu par les troisième et quatrième alinéas de l'article 53 de l'ordonnance n° 66-183 du 21 juin 1966 susvisée.

Section II

Infirmités multiples

Art. 6. — Les infirmités multiples doivent s'entendre d'infirmités intéressant des membres différents, des segments de membres différents ou des organes différents.

Ne doivent pas être considérés comme infirmités multiples, les divers reliquats d'une même lésion.

Art. 7. — Lorsqu'il ne figure pas dans le présent barème le taux d'incapacité globale à retenir, en cas d'infirmités multiples, est déterminé comme il est indiqué dans les articles 9 et 10 ci-après.

Art. 8. — En aucun cas, le taux d'incapacité globale ne peut être déterminé par l'addition pure et simple des taux partiels considérés isolément.

Art. 9. — Lorsque l'accident entraîne, pour un travailleur qui était entièrement valide, des infirmités multiples affectant des organes différents mais associés à la même fonction et que le présent barème ne prévoit pas de taux d'incapacité globale, il y a lieu de fixer ce taux, par analogie, avec les groupes de lésions prévus au barème.

Art. 10. — Lorsque l'accident entraîne pour un travailleur qui était entièrement valide, des infirmités multiples affectant non seulement des organes différents mais aussi des fonctions différentes et que le présent barème ne prévoit pas de taux d'incapacité globale, il y a lieu, après avoir classé les infirmités dans un ordre quelconque de retenir la première au taux du barème et de calculer la suivante, proportionnellement à la capacité restante et ainsi de suite jusqu'à réparation de toutes les infirmités.

Art. 11. — Pour l'application des dispositions de la présente section, il doit être tenu compte de toutes les infirmités imputables au même accident, y compris les infirmités dont le taux considéré isolément, est inférieur au taux minimum fixé par l'article 55 de l'ordonnance n° 66-183 du 21 juin 1966 susvisée.

Section III

Infirmités antérieures

Art. 12. — Lorsque la capacité de la victime avant l'accident du travail était déjà réduite, la rente ne doit pas être basée sur l'invalidité globale résultant de l'ensemble des infirmités ni être calculée isolément comme si l'infirmité à réparer avait atteint un travailleur entièrement valide.

Dans le cas prévu à l'alinéa précédent, la rente doit seulement réparer l'aggravation que l'accident du travail a entraînée par rapport à l'invalidité antérieure.

Art. 13. — Pour le calcul de la rente visée à l'article 12 du présent barème, il y a lieu :

- a) d'évaluer la capacité antérieure à l'accident, au regard d'une capacité entière,
- b) d'évaluer la capacité restante à la suite de l'accident, au regard d'une capacité entière et compte tenu de toutes les infirmités successives,
- c) de rechercher l'aggravation réelle de l'invalidité en faisant la différence entre la capacité antérieure et la capacité restante,
- d) de rapporter cette différence à la capacité antérieure pour obtenir le taux de réduction de celle-ci, c'est-à-dire le taux d'incapacité.

Art. 14. — En application des règles contenues dans l'article 13 du présent barème, le taux d'incapacité servant au calcul de la rente, est obtenu par la formule :

$$\frac{C1 - C2}{C1} = R$$

formule dans laquelle :

- C1 désigne la capacité antérieure à l'accident au regard d'une capacité entière,
- C2 désigne la capacité restante après l'accident, au regard d'une capacité entière et compte tenu du taux global des incapacités successives,
- R désigne le taux d'incapacité par lequel le salaire de base sera multiplié conformément aux dispositions de l'article 48 de l'ordonnance n° 66-183 du 21 juin 1966 susvisée.

Art. 15. — La capacité antérieure à l'accident (C1), est obtenue en soustrayant de 100, le taux de l'incapacité antérieure.

Toutefois, le médecin conseil ou, le cas échéant, le médecin expert peuvent ne pas reprendre purement et simplement le ou les taux retenus pour la réparation du ou des dommages antérieurs, lorsque la victime a pu :

- soit se réadapter et récupérer ainsi une partie de la capacité de travail que ses infirmités antérieures lui avaient fait perdre,
- soit, au contraire, en raison de l'état de déficience de ses facultés physiques ou mentales, laisser s'amoinrir cette capacité restante.

Art. 16. — La capacité restante, après l'accident (C2), est obtenue en soustrayant de 100, le taux global des infirmités successives.

Lorsqu'il figure dans le présent barème, ce taux global doit être celui du barème.

Lorsqu'il ne figure pas dans le présent barème, ce taux global est déterminé par le médecin conseil ou le médecin expert, avant l'application de la formule énoncée à l'article 14 du présent barème et en fonction de la capacité réelle globale restant à la victime après le dernier accident.

Art. 17. — Pour l'application de la formule énoncée à l'article 14 du présent barème, il n'y a pas lieu de distinguer selon que les infirmités antérieures et consécutives à l'accident affectent ou non, le même appareil fonctionnel.

Art. 18. — Dans le cas où la victime présente, après l'accident, un taux global d'incapacité de travail inférieur à celui qui a motivé l'octroi d'une rente antérieure dont le bénéficiaire lui demeure acquis, il n'y a pas lieu de faire application de la formule énoncée à l'article 14 du présent barème.

Art. 19. — Les dispositions de la présente section sont applicables, que l'infirmité antérieure soit imputable à un accident du travail, à un accident survenu en dehors du travail ou à une maladie, que l'accident ou la maladie aient été réparés ou indemnisés ou non et que l'accident ou la maladie soient survenus en Algérie ou à l'étranger.

Toutefois, lesdites dispositions ne sont pas applicables si, antérieurement à l'accident, la victime présentait seulement des prédispositions à une maladie ou si cette maladie n'était la cause d'aucune réduction de capacité de travail.

Art. 20. — Pour l'application des dispositions de la présente section, il doit être tenu compte de toutes les infirmités antérieures et consécutives à l'accident y compris les infirmités dont le taux est inférieur au taux minimum fixé par l'article 55 de l'ordonnance n° 66-183 du 21 juin 1966 susvisée.

Art. 21. — Les règles énoncées dans la présente section ne font pas obstacle à l'application des dispositions du deuxième alinéa de l'article 54 de l'ordonnance n° 66-183 du 21 juin 1966 susvisée.

CHAPITRE II
MEMBRES

DESIGNATION DES INFIRMITES	POURCENTAGE d'invalidité	
	Côté droit P. 100	Côté gauche P. 100

Art. 22. — Membre supérieur :

Doigts et métacarpe
FRACTURES

(Voir ci-après : raideurs articulaires, etc...)

RAIDEURS ARTICULAIRES PLUS OU MOINS SERREES

Pouce. — Suivant que la mobilité est conservée entre la demi-flexion et la flexion forcée (angle favorable) ou entre la demi-flexion et l'extension (angle défavorable) :

Articulation interphalangienne	1 à 4	0 à 3
Articulation métacarpo-phalangienne	1 à 3	0 à 1
Articulation inter-phalangienne et métacarpo-phalangienne	4 à 8	3 à 5

La mesure de la limitation des mouvements des doigts est basée sur la connaissance du fait suivant : on sait que la pulpe digitale s'applique sur le pli médian transversal de la paume quand la main est bien fermée. Il suffit donc de mesurer avec un double décimètre, la distance du pli à la pointe de l'ongle dans les deux positions de flexion et d'extension maxima.

Index. - Articulation métacarpo-phalangienne.	1 à 2	0
Première ou deuxième articulation inter-phalangienne	1 à 5	0 à 4
Toutes les articulations (index raide)	5 à 10	4 à 8

Médius. — Annulaire :

Une seule articulation	0 à 2	0
Toutes les articulations	5 à 8	4 à 6

Auriculaire :

Une seule articulation	0 à 1	0
Toutes les articulations	2 à 5	0 à 4

Les quatre doigts avec le pouce libre :

Suivant que la gêne fonctionnelle intéresse :

a) l'extension	10 à 15	8 à 12
b) la flexion	20 à 30	15 à 20

Les quatre doigts et le pouce.

Suivant que la gêne fonctionnelle intéresse :

a) l'extension	10 à 20	8 à 15
b) la flexion	30 à 40	20 à 30

Ankyloses complètes

- 1° Ankyloses osseuses, vérifiées par la radiographie ;
- 2° Ankyloses fibreuses, très serrées, ne permettant aucun mouvement utile, après tentatives suffisantes de mobilisation.

Pouce :

Articulation carpo-métacarpienne	15 à 20	12 à 15
Articulation métacarpo-phalangienne	8 à 10	6 à 8
Articulation inter-phalangienne	5 à 6	4 à 5
Articulation métacarpo-phalangienne et inter-phalangienne	15 à 18	12 à 14

Toutes les articulations :

a) Pouce en extension	25 à 30	20 à 25
b) Pouce en flexion modérée	25 à 25	15 à 20

Index :

Articulation métacarpo-phalangienne	4 à 5	3 à 4
Articulation de la première et de la deuxième phalange	8 à 10	6 à 8
Articulation de la deuxième et de la troisième phalange	2 à 3	0 à 1
Les deux dernières articulations	8 à 10	6 à 8
Les trois articulations	13 à 15	10 à 12

Médius :

Articulation métacarpo-phalangienne	3 à 4	1 à 2
Articulation de la première et de la deuxième phalange	6 à 7	4 à 5
Articulation de la deuxième et de la troisième phalange	1 à 2	0 à 1
Les deux dernières articulations	8 à 10	6 à 8
Les trois articulations	12 à 15	10 à 12

Annulaire :

Articulation métacarpo-phalangienne	2 à 3	0 à 1
Articulation de la première et de la deuxième phalange	5 à 6	3 à 4
Articulation de la deuxième et de la troisième phalange	1 à 2	0 à 1
Les deux dernières articulations	8 à 10	6 à 8
Les trois articulations	10 à 12	7 à 9

Auriculaire :

Articulation métacarpo-phalangienne	1 à 2	0 à 1
Articulation de la première et de la deuxième phalange	3 à 4	1 à 2
Articulation de la deuxième et de la troisième phalange	1 à 2	0 à 1
Les deux dernières articulations	5 à 6	3 à 4
Les trois articulations	8 à 10	6 à 8

Gêne fonctionnelle des doigts résultant de lésions autres que les lésions articulaires, section ou perte de substances des tendons extenseurs ou fléchisseurs ;
Adhérences ; cicatrices

a) Flexion permanente d'un doigt suivant le degré :

Pouce :

Les deux articulations	10 à 25	8 à 20
Articulation métacarpo-phalangienne	8 à 10	6 à 8
Articulation phalangino-phalangettienne ..	3 à 5	2 à 3

Index :

Les trois articulations	5 à 15	4 à 12
Articulation inter-phalangienne	4 à 5	3 à 4
Articulation phalangino-phalangettienne ..	2 à 3	1 à 2

Médius :

Les trois articulations	5 à 15	4 à 12
Articulation inter-phalangienne	4 à 5	3 à 4
Articulation phalangino-phalangettienne ..	2 à 3	1 à 2

Annulaire :

Les trois articulations	5 à 12	4 à 9
Articulation inter-phalangienne	4 à 5	3 à 4
Articulation phalangino-phalangettienne ..	2 à 3	1 à 2

Auriculaire :

Les trois articulations	5 à 10	4 à 8
Articulation inter-phalangienne	4 à 5	3 à 4
Articulation phalangino-phalangettienne ...	1 à 2	0 à 1
Perte du tendon extenseur ou fléchisseur du pouce	6 à 20	4 à 15
Perte du tendon extenseur ou fléchisseur des autres doigts (suivant la hauteur)	3 à 12	2 à 10

b) Extension permanente d'un doigt :

Pouce tout entier	15 à 25	12 à 20
Index tout entier	10 à 15	8 à 12
Médius tout entier	5 à 15	4 à 12
Annulaire tout entier	5 à 12	4 à 9
Auriculaire tout entier	5 à 12	4 à 9

c) Impotence totale définitive de préhension de la main :

c') Par flexion ou extension permanente de tous les doigts, y compris le pouce (avec ou sans ankylose proprement dite) 60 à 65 45 à 50

c'') Par flexion ou extension permanente de trois doigts, avec raideur des autres, atrophie de la main et de l'avant-bras, raideur du poignet 60 à 65 45 à 50

Pseudarthrose des doigts

Pseudarthrose ballante, avec large perte de substance osseuse

Phalange unguéale :

Pouce	5 à 6	4 à 5
Autres doigts	1 à 2	0 à 1

Autres phalanges :

Pouce	14 à 16	11 à 13
Index	9 à 11	7 à 9
Autres doigts	4 à 6	3 à 5

Luxation irréductible et irréductible**Fouce :**

Phalangette	4 à 6	3 à 5
Métacarpo-phalangienne (suivant la mobilité restaurée)	10 à 25	8 à 20
Lors de cicatrices adhérentes de la paume et de la raideur des autres doigts	30 à 40	20 à 30
Pouce à ressort	0 à 3	0 à 2
Pouce collé à l'index	15 à 25	15 à 20

Doigts :

Phalangette	2 à 3	0 à 1
Phalangine et phalange (suivant la mobilité restaurée)	5 à 15	4 à 12

Amputation ou désarticulation**a) Ablation isolée du pouce ou d'un doigt partiel ou total :****Pouce :**

Moitié de la phalange unguéale	4 à 5	3 à 4
Phalange unguéale entière	10 à 15	8 à 12
Les deux phalanges avec ou sans la tête du métacarpien	25 à 30	20 à 25
Les deux phalanges et le premier métacarpien tout entier	30 à 35	25 à 30

Index :

Moitié de la phalange unguéale	2 à 3	1 à 2
Phalange unguéale	5 à 6	4 à 5
Deux phalanges	10 à 12	8 à 10
Trois phalanges avec ou sans la tête du métacarpien	14 à 16	11 à 13

Médius :

Phalange unguéale	3 à 5	2 à 4
Deux phalanges	7 à 9	5 à 7
Trois phalanges	10 à 12	8 à 10

Annulaire :

Phalange unguéale	3 à 4	2 à 3
Deux phalanges	6 à 8	4 à 6
Trois phalanges	8 à 10	6 à 8

Auriculaire :

Phalange unguéale	2 à 3	1 à 2
Deux phalanges	6 à 7	4 à 5
Trois phalanges	6 à 8	4 à 6

b) Ablation de plusieurs doigts :

Ablation de deux doigts avec les métacarpiens correspondants :
Index et un autre doigt 30 à 40 20 à 30

Deux doigts autres que l'index (lors de mobilité conservée du pouce et des autres doigts) .. 20 à 25 15 à 20

Ablation de deux doigts avec ou sans les métacarpiens correspondant lors de raideur très prononcée du pouce et des autres doigts et d'atrophie de la main 50 à 55 40 à 45

Ablation de trois doigts avec les métacarpiens correspondants :

Index et deux autres doigts 40 à 50 30 à 40

Médius, annulaire, auriculaire (suivant l'état de mobilité du pouce et de l'index) 40 à 50 30 à 35

Lors d'immobilisation du pouce et du doigt restant 55 à 60 45 à 50

Ablation de trois doigts sans les métacarpiens correspondants :

Index et deux autres doigts (lors de mobilité conservée du pouce et du doigt restant) .. 40 à 45 30 à 35

Médius, annulaire, auriculaire (lors de mobilité conservée du pouce et du doigt restant) .. 30 à 35 20 à 25

Lors d'immobilisation du pouce et du doigt restant 55 à 60 45 à 50

Ablation de la phalangette du pouce et des deux dernières phalanges de l'index :

Avec mobilité complète des moignons 18 à 20 13 à 15

Sans mobilité des moignons 28 à 30 20 à 25

Ablation totale du pouce et de l'index :

Si les autres doigts sont assez mobiles pour faire préhension avec la paume 40 à 45 35 à 40

Si les autres doigts sont déviés ou de mobilité plus ou moins incomplète 50 à 60 40 à 50

Ablation totale du pouce et de trois ou de deux doigts autres que l'index 50 à 60 40 à 45

Ablation de quatre doigts :

Le pouce restant et mobile 45 à 50 35 à 45

Lors d'immobilisation du pouce restant 55 à 60 45 à 55

Ablation simultanée aux deux mains :

Des pouces et de tous les doigts 100

Des pouces et de tous les doigts à l'exception d'un seul 95 à 100

Des pouces et de trois ou quatre doigts 90 à 95

Des deux pouces 60 à 70

Des deux pouces et des deux index 80 à 85

Des deux pouces et de trois ou quatre doigts autres que les index 70 à 80

Métacarpe

Cal plus ou moins difforme, saillant, gêne

motrice des doigts correspondants 5 à 15 4 à 12

Fractures avec perte de substance osseuse sur l'un ou l'autre bord de la main, déviation secondaire de la main, écartement ou gêne

motrice importante des doigts 10 à 20 8 à 15'

Fracture de Bennett 8 à 15 6 à 12

Perte totale de la main

Par désarticulation du poignet ou amputation

très basse de l'avant-bras 68 à 70 58 à 60

Par désarticulation des cinq métacarpiens ... 68 à 70 58 à 60

Par amputation intra-métacarpienne 68 à 70 58 à 60

Par ablation du pouce et des quatre doigts ... 68 à 70 58 à 60

Perte des deux mains 100

Poignet

a) Les mouvements de flexion et d'extension varient normalement entre 95° et 130° ;

b) Les mouvements de pronation et de supination embrassent normalement un angle total de 180°.

Fractures et luxations

Luxation (fracture du semi-lunaire) 8 à 20 6 à 1'

Fracture du scaphoïde carpien 6 à 20 5 à 7

Luxation du demi-lunaire et du grand os ... 20 à 25 15 à 25

Ostéoporose post-traumatique 10 à 25 8 à 20

Raideurs articulaires et ankyloses partielles

Raideurs de l'extension et de la flexion	5 à 8	4 à 6
Raideurs de la pronation et de la supination ..	5 à 10	4 à 8
Raideurs combinées	10 à 20	8 à 15

Ankyloses complètes

a) En extension et demi-pronation, pouce en dessus, pouce et doigts mobiles	8 à 20	13 à 15
b) En extension et pronation complète, doigts mobiles	23 à 25	18 à 20
c) En extension et pronation complète, doigts raidis	35 à 40	25 à 30
d) En extension et supination suivant le degré de mobilité des doigts	40 à 50	30 à 40
e) En flexion et pronation suivant le degré de mobilité des doigts	45 à 60	35 à 45
f) En flexion et supination, doigts mobiles ..	45 à 50	45 à 45
g) En flexion et supination, doigts ankylosés (perte de l'usage de la main)	55 à 60	45 à 50

Pseudarthrose**(Poignet ballant)**

A la suite des larges résections ou des grandes pertes de substances traumatiques du carpe ..	35 à 45	30 à 40
---	---------	---------

Main botte, radial ou cubitale

Consécutive à une large perte de substance d'un des os de l'avant-bras suivant le degré de la déviation latérale et de la gêne apportée à la mobilité des doigts	20 à 40	15 à 30
Rétraction de l'aponévrose palmaire (exceptionnellement traumatique)	8 à 20	6 à 15
Œdème dur traumatique	8 à 10	6 à 8

Avant-bras**Fractures**

a) Inflexion latérale ou antéro-postérieure des deux os avec gêne consécutive des mouvements de la main	5 à 15	4 à 12
b) Limitation des mouvements de torsion (pronation et supination) :		
Pronation conservée, supination abolie ...	5 à 10	4 à 8
Pronation abolie, supination conservée ...	10 à 15	8 à 12
c) Suppression des mouvements de torsion avec immobilisation :		
En demi-pronation, pouce en dessus ...	13 à 15	10 à 12
En pronation complète	23 à 25	18 à 20
En supination complète	35 à 40	25 à 30
d) Rétraction ischémique de Wolkman ...	40 à 60	35 à 50

D'après reliquats et séquelles :

Fractures diaphysaires simultanées du cubitus et du radius	5 à 35	4 à 28
Fracture du corps du radius	3 à 15	2 à 12
Fracture du corps du cubitus	4 à 12	3 à 10
Fracture extrémité inférieure du radius ..	5 à 20	4 à 15
Fracture de la styloïde radiale ou cubitale ..	0 à 5	0 à 3

Pseudarthrose

Des deux os :		
Serrée	10 à 20	8 à 15
Lache (avant-bras ballant)	40 à 50	30 à 40
D'un seul os :		
Serrée du radius	8 à 10	6 à 8
Lache du radius	30 à 40	25 à 30
Serrée du cubitus	4 à 5	3 à 4
Lache du cubitus	25 à 30	15 à 20

Amputation

Amputation de l'avant-bras au tiers supérieur ..	70 à 75	60 à 65
Amputation de l'avant-bras au tiers moyen ou inférieur	68 à 70	58 à 60

Coude

L'amplitude des mouvements du coude se mesure, dans tous les cas, entre 180°, extension complète et 30° : flexion complète.

Raideurs articulaires

a) Lorsque les mouvements conservés vont de :		
110° à 35°	8 à 10	6 à 8
110° à 75°	13 à 15	10 à 12
b) Lorsque les mouvements conservés oscillent de 10° de part et d'autre de l'angle droit ..	18 à 20	14 à 16
c) Lorsque les mouvements vont de 180° à 110° suivant le degré	25 à 30	20 à 25
Mouvement de torsion (voir avant-bras et poignet).		

Ankyloses complètes

Ce terme vise l'abolition des mouvements de flexion, d'extension, de pronation et de supination.

La position d'ankylose du coude est dite en « flexion » de 110° à 30°, elle est dite en « extension » de 110° à 180°.

a) Position favorable :		
a') En flexion entre 110° et 75°	30 à 35	20 à 25
a'') En flexion à angle aigu à 45°	40 à 45	30 à 40
b) Position défavorable :		
En extension entre 110° et 180°	45 à 50	40 à 45

Ankyloses incomplètes**(Humérus-cubitale complète avec conservation des mouvements de torsion)**

a) Position favorable :		
a') En flexion entre 110° et 75°	23 à 25	18 à 20
a'') En flexion à angle aigu à 45°	25 à 30	20 à 25
b) Position défavorable :		
En extension entre 110° et 180°	40 à 45	30 à 35

Fracture de l'olécrâne

a) Cal osseux ou fibreux court, bonne extension, flexion peu limitée	3 à 5	2 à 4
b) Cal fibreux long, extension active complète mais faible, flexion peu limitée	8 à 10	6 à 8
c) Cal fibreux long, extension active presque nulle, atrophie notable du triceps	20 à 23	15 à 18

Pseudarthrose

Consécutive à de larges pertes de substance osseuse ou à des résections étendues du coude :

a) Coude mobile en tous sens, extension active nulle	30 à 40	25 à 30
b) Coude ballant	50 à 55	40 à 45
Désarticulation du coude	75 à 80	65 à 70

Bras**Fracture de l'humérus**

Fracture de l'humérus normalement consolidée	4 à 6	3 à 5
Consolidation avec déformation et atrophie musculaire (sans paralysie radiale)	7 à 30	5 à 25

Pseudarthrose

Au niveau de la partie moyenne du bras	40 à 50	30 à 40
Au voisinage de l'épaule ou du coude (voir épaule et coude ballant).		

Amputation

Amputation du bras au tiers moyen ou inférieur	80 à 85	70 à 75
Amputation du bras au tiers supérieur (voir épaule).		

Epaules**Fractures**

(Voir ci-après : raideurs, etc...)

Raideurs articulaires

Portent principalement sur la propulsion, l'abduction et la rotation	5 à 30	4 à 25
--	--------	--------

Ankyloses complètes

a) Avec mobilité de l'omoplate	35 à 45	25 à 30
b) Avec fixation de l'omoplate	45 à 60	35 à 30

Périarthrite chronique douloureuse

a) Suivant le degré de limitation des mouvements	5 à 25	4 à 20
b) Avec abolition des mouvements et atrophie marquée	30 à 35	20 à 25

Pseudarthrose

Consécutives à des résections larges ou à des pertes de substance osseuse étendues (épaule ballante)	60 à 70	45 à 60
Luxation récidivante de l'épaule	10 à 30	8 à 25

Désarticulations et amputations

Désarticulation de l'épaule ou amputation au col chirurgical au tiers supérieur	90	80
Amputation interscapulo-thoracique	95	85
Fertes des deux membres supérieurs quel qu'en soit le niveau		100

Lésions musculaires

Rupture du deltoïde plus ou moins complète ..	10 à 25	8 à 20
Rupture du biceps incomplète	8 à 15	6 à 12
Rupture du biceps complète	20 à 25	15 à 20
Rupture du triceps partielle	10 à 20	8 à 15
Rupture du triceps totale	20 à 30	15 à 25

Clavicule**Fractures**

Fracture bien consolidée sans raideur de l'épaule	2 à 3	1 à 2
Fracture bien consolidée, cal plus ou moins saillant avec raideur de l'épaule	5 à 15	4 à 12
Fracture double, cals saillants, raideurs des épaules	10 à 30	8 à 25
Cal difforme avec compressions nerveuses (voir chapitre nerfs)	30 à 40	25 à 35
Pseudarthrose	5 à 10	3 à 6
Luxation non réduite :		
Externe	0 à 5	0 à 4
Interne	4 à 8	2 à 5

Omoplate**Fractures**

Suivant variété, désordres articulaires plus ou moins complets, etc... ..	10 à 50
---	---------

Muscles

(Voir chapitre IV)

Nerfs

(Voir chapitre IV)

Paralyse

(Voir chapitre IV)

Art. 23. — MEMBRES INFÉRIEURS.

Les deux membres inférieurs sont considérés comme ayant une utilité fonctionnelle équivalente.

Orteils**Fractures**

(Voir ci-après : raideurs, ankyloses, etc...)

Raideurs articulaires	0 à 5
-----------------------------	-------

Ankyloses complètes**Gros orteils :**

a) En mauvaise position d'hypérotation ou de flexion ou déviation latérale	10 à 12
b) En bonne position, c'est-à-dire en rectitude dans le prolongement du pied	2 à 5

Autres orteils :

a) En position défavorable (hypérotation équivalente à l'amputation, flexion, chevauchement sur les voisins)	5 à 15
b) En position rectiligne et favorable	0 à 5

En ce qui concerne les ankyloses en mauvaise position (hypérotation), lors d'orteils gênants et douloureux, l'ablation est tout indiquée et bénigne.

Amputations et désarticulations**1° Sans les métatarsiens.****Gros orteils :**

Deuxième phalange	3 à 5
Deuxième phalange et inertie de la première phalange	6 à 8
Les deux phalanges	8 à 12

Autres orteils :

Troisième ou quatrième orteil	1 à 2
Deuxième ou cinquième orteil	2 à 3

Ablation simultanée :

Premier et deuxième orteils	9 à 13
Premier, deuxième et troisième	9 à 14
Premier, deuxième, troisième, quatrième	12 à 16
Deuxième, troisième, quatrième	4 à 6
Deuxième, troisième, quatrième, cinquième ..	8 à 10
Troisième, quatrième	1 à 2
Troisième, quatrième, cinquième	4 à 6
Quatrième et cinquième	2 à 4
Tous y compris le gros orteil	20 à 30

2° Avec les métatarsiens :

Gros orteil	18 à 20
Deuxième ou cinquième	10 à 12
Troisième ou quatrième	4 à 6
Premier et cinquième	20 à 25
Quatrième et cinquième	15 à 20
Troisième, quatrième, cinquième	20 à 25
Tous (lisfranc)	30 à 35

Métatarse

Fracture du premier métatarsien	7 à 15
Fracture du cinquième métatarsien	5 à 8
Fracture d'un métatarsien moyen	3 à 5

(Sauf complication ci-dessous).

Tarse**Fractures et luxations**

Fractures ou luxations des métatarsiens et du tarse ou fractures et luxations combinées :

Plante du pied affaissée et douloureuse	10 à 20
Déviation du pied en dedans ou en dehors, rotation (pied bot traumatique)	20 à 30
Pied bot traumatique avec déformation considérable et fixe : immobilité des orteils	
Atrophie de la jambe (impotence du pied) ..	30 à 50

Fractures isolées des os du tarse d'après formes et séquelles :

Astragale	5 à 40
Corps du calcaneum	12 à 50
Grande apophyse du calcaneum	10 à 15
Petite apophyse du calcaneum	2 à 5
Tubérosité postérieure	5 à 15
Les deux calcaneums	40 à 70
Scaphoïde	5 à 20
Cuboïde	8 à 30
Cunéiformes	6 à 20

Désarticulations et amputations**Médio-tarsienne (Chopart) :**

Bonne attitude et mobilité suffisante du moignon	30 à 35
Mauvaise attitude par bascule du moignon avec marche sur l'extrémité du moignon ..	40 à 45
Sous-astragalienne	35 à 40
Opération de Pirogoff	35 à 40
Opération de Ricard	30 à 35
Astragalectomie	25 à 30

Pied**Articulation tibio-tarsienne**

Les mouvements de flexion et d'extension de l'articulation tibio-tarsienne ont une amplitude équivalente à 40° environ dans chaque sens autour de l'angle droit.

Raideurs articulaires

- a) Avec angle de mobilité favorable, le pied conservant des mouvements qui oscillent de 15° autour de l'angle droit 5 à 8
- b) Avec angle de mobilité défavorable (pied, talus ou équin) 10 à 30

Ankyloses complètes

- a) A angle droit, sans déformation du pied et avec mobilité suffisante des orteils 10 à 20
- b) A angle droit, avec déformation ou atrophie du pied et gêne des mouvements des orteils 20 à 30
- c) En attitude vicieuse du pied (équin, talus, varus, valgus) 30 à 50

Désarticulation et amputation

- Désarticulation tibio-tarsienne (Syme ou Guyon) 50 à 55
- Amputation des deux pieds 85 à 100

Jambe**Fractures**

- Fracture du péroné seul :**
- En haut (sans complication) 0 à 2
- De la diaphyse 0 à 2
- Malléole externe (simple) 4 à 12
- Fracture du tibia seul :**
- Toute l'extrémité supérieure 15 à 50
- Tubérosité antérieure 5 à 10
- De la diaphyse 5 à 15
- Malléole interne (simple) 5 à 20
- Fractures simultanées de la diaphyse des deux os (simples) 8 à 12
- Fractures sus-malléolaires (simple) 8 à 15
- Fracture bi-malléolaire (simple) 10 à 20

Raideurs articulaires

(Voir genou - pied)

Cals vicieux

- a) Consécutifs à des fractures malléolaires :
- a') Déplacement du pied en-dedans :
Plante du pied tendant à regarder le pied sain, la marche et la station debout se faisant sur le bord externe du pied 20 à 40
- a'') Déplacement du pied en dehors :
Plante du pied basculant et regardant en dehors la marche et la station debout s'effectuant sur la partie interne de la plante du pied voire sur le bord interne .. 20 à 45
- b) Consécutifs à des fractures de la diaphyse :
- b') Consolidation rectiligne, avec raccourcissement de trois à quatre centimètres, gros cal saillant, atrophie plus ou moins accusée 15 à 25
- b'') Consolidation angulaire, avec déviation de la jambe en dehors ou en dedans, déviation secondaire du pied, raccourcissement de plus de quatre centimètres, marche possible 30 à 40
- b''') Consolidation angulaire ou raccourcissement considérable, marche impossible 60 à 65
- Pseudarthrose des deux os 55 à 60

Amputations

- Amputation de la jambe au tiers supérieur ... 65 à 70
- Amputation de la jambe au tiers moyen ou inférieur 60 à 65
- Amputation des deux jambes 90 à 100

Cuiss**Fractures**

- a) Fracture parcellaire 5 à 8
- b) Cal osseux ou fibreux court bonne extension, flexion peu limitée 10 à 15
- c) Cal fibreux long, extension active complète mais faible, flexion peu limitée 20 à 25
- d) Cal fibreux long, extension active presque nulle, atrophie notable de la cuisse 40 à 45
- e) Fracture verticale 10 à 15

Ablation de la rotule

(Patellectomie)

- Avec genou libre atrophie notable du triceps et extension insuffisante 30 à 40
- Combinée à des raideurs du genou (voir ci-dessous).

Genou

L'amplitude en degrés des mouvements de flexion et d'extension du genou, se mesure, dans tous les cas entre 180° extension complète et 30° flexion complète.

Fractures

(Voir ci-après : raideurs, ankyloses, etc...)

Raideurs articulaires

- Avec ou sans laxité, latérale ou postéro-antérieure 5 à 30

Ankyloses complètes

La position d'ankyloses du genou est dite en extension de 180° à 135°.

Elle est dite en flexion de 135° jusqu'à 30°.

- a) Position favorable :
- En extension complète à 180° ou presque complète jusqu'à 135° 30 à 35
- b) Position défavorable :
- En flexion, c'est-à-dire à partir de 135° jusqu'à 30° 60 à 65
- Maladie de Pellegrini et Hoffa 8 à 10

Entorse. — Hydarthrose

- Hydarthrose légère 5 à 10
- Hydarthrose chronique à poussées récidivantes avec amyotrophie marquée 10 à 20
- Hydarthrose chronique double volumineuse avec amyotrophie bilatérale 25 à 35
- Rupture ou luxation du ménisque du genou .. 10 à 30
- Rupture du tendon rotulien (ou quédricipal) .. 10 à 15
- Rupture du ligament rotulien 10 à 15
- Corps étrangers traumatiques 5 à 25

Fractures

- De l'extrémité inférieure du fémur (selon variétés) 20 à 50
- De l'extrémité supérieure du tibia (voir plus haut).
- Combinée (voir : raideurs articulaires, ankyloses).

Cals vicieux

- a) Déterminant après ankylose en extension le genu valgum 50 à 55
- b) Déterminant après ankylose en extension le genu varum 50 à 55

Pseudarthrose

Consécutive à une résection du genou :

- a) Si le raccourcissement ne dépasse pas 6 centimètres et si le genou n'est pas ballant 50 à 55
- b) Genou ballant 60 à 65
- Désarticulation 70 à 75

Cuisse**Fractures**

- Extrémité inférieure du fémur (voir genou).
- Diaphyse (raccourcissement non compris) (voir plus bas) 10 à 70
- Col du fémur 15 à 85

Cals vicieux

- Consolidant en croise une fracture soustrochantérienne et accompagné de grand raccourcissement et de douleurs 65 à 70
- Pseudarthrose 60 à 70

Amputations

- Inter-trochantérienne 90 à 95
- Sous-trochantérienne 80 à 90
- Au tiers moyen 75 à 80
- Au tiers inférieur 70 à 75

**Hanche
Fractures**

(Voir ci-après : raideurs, ankyloses, etc...)

Raideurs articulaires 8 à 40

Ankyloses complètes

a) En rectitude	50 à 55
b) En mauvaise attitude (flexion, adduction, abduction, rotation)	65 à 70
c) Des deux hanches	90 à 100
Hanche ballante	75 à 80
Désarticulation de la hanche	95
Amputation interilio-abdominale	100

Amputations

D'un membre supérieur et d'un membre inférieur quelle que soit leur combinaison	90 à 100
Amputation des deux membres inférieurs	90 à 100

Raccourcissements seuls

Raccourcissement d'un membre inférieur (jambe ou cuisse) :

a) Moins de deux centimètres	0
b) De deux à trois centimètres	3 à 5
c) De trois à six centimètres	10 à 15
d) De six à huit centimètres	15 à 25
e) De huit à dix centimètres	25 à 30
f) Au-delà de dix centimètres	30 à 40

(Toutefois, le taux d'incapacité permanente partielle ne pourra dépasser le taux d'amputation du segment fracturé et, exceptionnellement, atteindre le taux d'amputation du membre entier).

Ruptures musculaires

Ruptures musculaires complètes (triceps adducteurs, etc...)	10 à 25
Rupture complète du tendon d'Achille	12 à 25
Rupture complète des péronniers latéraux ...	10 à 20

Muscles

(Voir chapitre IV)

Nerfs

(Voir chapitre IV)

Arthrites

Arthrites chroniques consécutives, soit à des plaies articulaires avec ou sans lésions osseuses, soit à des accidents rhumatismaux infectieux ou tuberculeux (voir régions intéressées, raideur articulaires ankyloses, amputations).

Raideurs articulaires consécutives par arthrite, périarthrite ostéome, atrophie musculaire, irrédution ou irrédutibilité (voir régions intéressées, raideurs articulaires, ankyloses amyotrophie).

CHAPITRE III

V A I S S E A U X

Art. 24. — ANEVRI SMES (1).

Evaluation de l'invalidité suivant la gêne fonctionnelle.

Art. 25. — OBLITERATIONS VASCULAIRES.

A. — Artérielles d'origine traumatique, chirurgicale ou infectieuse :

a) Peut exister sans occasionner l'invalidité.	
a') Atrophie du membre sous-jacent compliquée de raideurs articulaires	10 à 40

a") Lors de lésions nerveuses simultanées (voir nerfs).
a") Lors de sphacèle périphérique du membre (voir amputation).

B. — Veineuses :

b) Lors d'œdème chronique, dûment vérifié ..	10 à 30
b') Oblitération bilatérale et œdème chronique aux deux membres inférieurs gênant la marche et la station debout	20 à 50

(1) Anévrisme de l'aorte (voir chapitre VIII).

Art. 26. — VARICES.

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

Complication des varices

Ulcère variqueux récidivant peu étendu	5 à 15	(s'il n'y a pas d'œdème de gros eczéma etc...)
Ulcère variqueux récidivant étendu	15 à 30	(si gros œdème etc...)

Brides circonférentielles consécutives à la cicatrisation de certains ulcères circonférentiels ou presque, avec œdème chronique sous-jacent (voir oblitérations veineuses et troubles trophiques).

Phlébite chronique (voir oblitérations veineuses).

CHAPITRE IV

NEURO-PSYCHIATRIE, CRANE, RACHIS

Art. 27. — NERFS PERIPHERIQUES.

1° — Lésions traumatiques :

Les taux d'invalidité indiqués par le barème s'appliquent à des paralysies totales et complètes, c'est-à-dire atteignant d'une façon complète, la totalité des muscles animés par le nerf intéressé.

En cas de paralysie incomplète, parésie ou simple, affaiblissement comme en cas de paralysie partielle respectant une partie des muscles innervés, le taux d'invalidité subit naturellement une diminution proportionnelle.

Au contraire, l'association de troubles névritiques, douleurs, raideurs, rétractions fibreuses, troubles trophiques, aggrave plus ou moins l'impotence et légitime une majoration du taux d'invalidité.

La réaction causalgique comporte, à elle seule, une invalidité élevée qu'il appartiendra à l'expert d'évaluer.

A. — Membre supérieur

Paralysie totale du membre supérieur	70 à 80	60 à 70
Paralysie radiculaire supérieure Duchenne-Erb comprenant deltoïde, biceps, brachial antérieur, coraco-brachial long supinateur	45 à 55	35 à 45
Paralysie radiculaire inférieure (type Klumpke) comprenant les muscles fléchisseurs des doigts ainsi que les petits muscles de la main ...	55 à 65	45 à 55
Paralysie isolée du nerf sous-scapulaire (muscle grand dentelé)	10 à 20	5 à 15
Paralysie du nerf circonflexe	25 à 30	20 à 30
Paralysie du nerf musculo-cutané (biceps), cette paralysie permet, cependant, la flexion de l'avant-bras sur le bras par le long supinateur	15 à 25	10 à 20

— Paralysie du nerf médian :

a) Au bras (paralysie des muscles antibrachiaux)	45 à 55	35 à 45
b) Au poignet (paralysie de l'éminence thénar anesthésie)	15 à 25	5 à 15

— Paralysie du nerf cubital :

a) Au bras (muscles antibrachiaux et muscles de la main)	25 à 35	15 à 25
b) Au poignet (muscles de la main, interosseux), l'impotence est sensiblement la même quel que soit le siège de la blessure	25 à 35	15 à 25

— Paralysie du nerf radial :

a) Lésion au-dessus de la branche du triceps	45 à 55	35 à 45
b) Lésion au-dessous de la branche du triceps (paralysie classique des extenseurs)	35 à 45	25 à 35
Paralysie associée du médian et du cubital ...	45 à 55	45 à 55

Syndrôme de paralysie du sympathique cervical (Claude B. Horner), myosis enophtalmie, rétrécissement de la fente palpébrale, majoration de	5 à 10
Syndrôme d'exploitation du sympathique cervical (Pourfour Du Petit), mydriase exophtalmie, majoration de	5 à 10
Ulcérations persistantes, troubles trophiques cutanés, majoration de	5 à 20
Réaction névritique (douleurs, raideurs, rétractions fibreuses, troubles trophiques, etc...), majoration de	8 à 50
Réaction causalgique majoration de	30 à 60

B. — Membre inférieur

Paralysie totale d'un membre inférieur :

1° Flasque	70 à 80
2° Spasmodique	10 à 50
Paralysie complète du nerf sciatique	35 à 45
Paralysie du nerf sciatique poplité externe ..	15 à 30
Paralysie du nerf sciatique poplité interne ...	15 à 25
Paralysie du nerf crural	45 à 55
Paralysie du nerf obturateur	10 à 20
Ulcérations persistantes, troubles trophiques cutanés, majoration de	5 à 20
Réaction causalgique, majoration de	20 à 60
Réactions névritiques, majoration de	10 à 40

2° — Névrites périphériques :

A. — Névrites avec algies, lorsqu'elles sont persistantes, suivant leur siège et leur gravité

10 à 50 8 à 40

Pour les algies particulièrement intenses, on ne tiendra pas compte du côté).

B. — Séquelles névritiques pied varus équin avec griffe fibreuse des orteils

30 à 50

3° — Algies :

L'appréciation de l'invalidité provoquée par les névralgies est un problème des plus délicats. Les névralgies sont, en effet, des troubles essentiellement subjectifs qui mettent en cause le degré de sincérité du blessé, sa suggestibilité, son coefficient de tolérance, d'émotivité ou de pusillanimité.

Il importe, par conséquent, de rappeler les principes directeurs suivants :

a) Un grand nombre de névralgies sont symptomatiques, en rapport avec une lésion organique quelconque (névrites spontanées ou traumatismes des nerfs, compressions ou inflammations des troncs nerveux par lésion articulaire ou osseuse de voisinage, radiculites, myélites ou méningo-myélites, etc...).

L'invalidité, dans ces cas, est essentiellement fonction de la lésion organique causale (mal de Pott, rhumatisme vertébral, arthrite de la hanche, compression nerveuse, blessure des nerfs, etc...). Les douleurs névralgiques n'interviennent alors que comme un facteur sur-ajouté, légitimant une majoration de l'invalidité proportionnelle à leur intensité ;

b) Il existe, dans presque tous les cas, des signes objectifs, tantôt évidents, tantôt très discrets, qu'il importe de rechercher minutieusement, comme signes d'authenticité de la névralgie : modifications des réflexes, troubles objectifs de la sensibilité, attitudes révélatrices, atrophies musculaires, discordances motrices, réactions électriques anormale, etc...

c) L'invalidité doit être appréciée en fonction à la fois de l'intensité et de l'extension des névralgies, de la gêne fonctionnelle apportée au travail et du retentissement possible sur l'état général. Elle est donc infiniment variable, selon les cas, selon les réactions du blessé et selon même les périodes de l'affection.

Voici, à titre d'exemple, l'étude des différents degrés d'invalidité dans la névralgie sciatique.

Névralgie sciatique

Il s'agit uniquement des sciatiques persistantes ; les crises aiguës de sciatique ne peuvent être considérées autrement que comme des affections épisodiques, non indemnissables :

a) Névralgie sciatique légère confirmée (en dehors du signe de Lasègue et des points douloureux) par l'existence de signes objectifs, modifications du réflexe achilléen, atrophie musculaire, scolioses, etc..., mais sans troubles graves de la marche	10 à 20
b) Névralgie sciatique, d'intensité moyenne, avec signes objectifs, manifestes, gêne considérable de la marche et du travail ..	25 à 40
c) Névralgie sciatique grave rendant le travail et la marche impossibles nécessitant souvent le séjour au lit	45 à 60
d) Névralgie sciatique compliquée de réaction causalgique plus ou moins intense ou de retentissement sur l'état général	40 à 80

Art. 28. — COLONNE VERTEBRALE.

1° — Fractures et luxations :

Les fractures et luxations latentes du rachis, que seule révèle la radiographie, ne sont pas exceptionnelles ; elles sont susceptibles d'entraîner, soit une fragilité anormale qui peut interdire l'exercice d'une profession de force, soit une ankylose progressive qui peut être relativement tardive.

Les lésions évidentes du rachis peuvent déterminer, soit de simples déviations peu importantes, soit des douleurs névralgiques (d'origine généralement radiculaire) ou des immobilisations, soit enfin une compression de la moelle ou de la queue de cheval.

Entorse fracture, luxations (d'après le siège, déformations, gêne des mouvements), compte non tenu des lésions nerveuses	10 à 40
Fracture des apophyses transverses	5 à 25
Immobilisation partielle de la tête et du tronc avec ou sans déviation) :	
Sans douleurs	1 à 15
Avec douleurs :	
Douleurs ostéo-articulaires	15 à 25
Douleurs névralgiques	20 à 40
Immobilisation avec déviation très prononcée et en position très gênante	40 à 45
Ankylose après traumatisme vertébral (elle est souvent tardive), « spondylites traumatiques », maladie de Kummel-Verneuil, « cyphoses traumatiques » (selon douleurs et gêne fonctionnelle)	20 à 80

Paraplégie par traumatisme médullaire (voir paraplégie médullaire).

Hémiplégie spinale (souvent légère) : Hémiplégie vraie (membre supérieur souvent plus atteint que l'inférieur), (voir hémiplégie médullaire).

Monoplégie d'un membre inférieur (voir syndrome de Brown-Séquard).

2° — Rhumatisme vertébral :

Un traumatisme peut, soit déclencher une arthrite chronique ou une arthrose, soit plus souvent, aggraver une affection rhumatismale chronique préexistante.

Dans le premier cas, il serait évidemment désirable que soit produite une radiographie démontrant l'intégrité du rachis peu avant l'accident ; mais on comprend que ce soit là, une condition exceptionnellement réalisée.

On s'appuiera donc sur la notion qu'en général, de telles arthroses sont localisées au siège précis du traumatisme, qu'elles se constituent rapidement, puis perdant leur caractère évolutif, ont tendance à se fixer, parfois même à régresser contrairement aux lésions analogues non traumatiques qui sont plus diffuses et dont l'évolution est plus lente, mais indéfiniment progressive.

A côté de ce premier cas, relativement rare, il est fréquent d'observer l'aggravation post-traumatique d'une lésion rhumatismale chronique préexistante (lombarthrose, spondyloses, etc...). Deux cas peuvent se présenter, tantôt l'aggravation est surtout fonctionnelle, sans modification nette des lésions radiologiques, tantôt elle est à la fois fonctionnelle et anatomique. En particulier, le traumatisme a pu rompre des ponts osseux

intervertébraux ou des ostéophytes et il n'est pas rare alors d'observer une prolifération ostéophytique locale. Plus souvent, le traumatisme n'a déterminé aucun dégât local appréciable et il y a lieu alors de distinguer, suivant qu'il s'agissait de lésions anciennes s'accompagnant ou non de décalcification. Si les ombres vertébrales sont normales, il est habituel que les conséquences du traumatisme restent locales, c'est-à-dire que la raideur rachidienne et les douleurs ne siègent qu'aux vertèbres traumatisées et à celles qui leur sont immédiatement voisines. En cas de processus décalcifiant, il n'est pas rare que l'aggravation porte sur l'ensemble du rachis et même au-delà : c'est ce qui peut s'observer, en particulier, dans la spondylose rhizomélique.

Attitude vicieuse après affection longuement douloureuse (sciatique, etc...) suivant la persistance ou non des douleurs 5 à 15

Rhumatisme vertébral :

Immobilisation douloureuse de la région lombaire (lombarthrie) selon le degré d'immobilisation et de douleurs 5 à 25

Immobilisation douloureuse de la région cervicale 5 à 25

Avec douleurs à forme névralgique irradiées le long des membres supérieurs ou inférieurs à forme de névrite brachiale ou crurale 20 à 40

Spondylose rhizomélique (immobilisation du rachis, des hanches et des épaules :

1° l'immobilisation est limitée à la région lombaire ; elle est modérément douloureuse, la mobilité des hanches n'est pas très réduite 20 à 30

2° l'immobilisation porte sur toute la hauteur du rachis et sur les hanches (avec ou sans limitation de la mobilité des épaules) 30 à 80

3° — Lésions ostéomyélitiques :

Séquelles d'ostéo-arthrite vertébrale infectieuse localisée ou modifiée par le traumatisme (suivant déviation, immobilisation ou douleurs) 15 à 35

4° — Anomalies vertébrales :

Les anomalies vertébrales (anomalies d'occlusion du rachis : spina bifida, vices de différenciation régionale : sacralisation lombalisation, côtes cervicales, syndrome de réduction numérique, spondylolisthésis), ne donnent lieu à indemnisation que s'il est survenu une complication cliniquement incontestable qui sera évaluée conformément aux indications du barème qui la concernent.

Spondylolisthésis modifié par traumatisme ... 5 à 15

Art. 29. — MOELLE.

1° — Paraplégies médullaires :

Paralyse des deux membres symétriques, soit supérieure (paraplégie brachiale ou supérieure), soit inférieure (paraplégie crurale ou inférieure), soit des quatre membres (quadriplégie). La paraplégie crurale étant de beaucoup la plus fréquente, le terme paraplégie, sans adjonction, s'entend alors pour désigner la paralyse des membres inférieurs.

Ces diverses paraplégies peuvent être flasques ou spasmodiques, plus ou moins complètes, plus ou moins totales, accompagnées ou non de troubles sensitifs, trophiques sphinctériens, génitaux.

Paraplégie incomplète 10 à 80

Paraplégie complète 100

Dans l'appréciation des paraplégies des membres supérieurs, beaucoup plus rares que celles des membres inférieurs, les évaluations devront être faites suivant l'échelle précédente, mais en tenant compte ici de l'impotence motrice plus ou moins grande, concernant les mouvements nécessaires aux soins corporels et à l'alimentation en particulier.

2° — Quadriplégie :

Dans les cas exceptionnels de quadriplégie, on peut établir la distinction suivante :

- a) Quadriplégie incomplète permettant la marche avec ou sans appuis laissant une utilisation relative des membres supérieurs pour l'entretien corporel 80 à 90
- b) Quadriplégie nécessitant le confinement au lit 100

3° — Syndrome de Brown - Sequard :

Paraplégie partielle unilatérale avec anesthésie du membre symétrique non paralysé. Doit être évaluée suivant la gêne fonctionnelle du membre paralysé 15 à 50

4° — Hémiplegie médullaire :

a) Hémiplegie spinale incomplète permettant la marche, suivant le degré d'atteinte du membre supérieur :

Côté droit 10 à 80

Côté gauche 10 à 75

b) Hémiplegie spinale complète nécessitant le séjour au lit 100

Les taux précédents s'entendent, tous symptômes et complications compris.

Cependant, dans les cas relativement rares où existent des douleurs surajoutées d'une intensité et d'une constance particulièrement pénibles reconnaissant pour origine la lésion radiculo-médullaire en cause, une majoration pourra exceptionnellement être prévue 10 à 20

5° — Atrophies musculaires médullaires :

Les atrophies musculaires de cet ordre à indemniser peuvent être :

Soit résiduelles et fixes ;

Soit évolutives et progressives ;

Soit exceptionnellement régressives.

Membre supérieur

Atrophie des muscles de la main 5 à 30 5 à 20

Atrophie des muscles de l'avant-bras 10 à 40 10 à 30

Atrophie des muscles de la main et de l'avant-bras 20 à 60 20 à 50

Atrophie des muscles du bras 10 à 40 10 à 30

Atrophie des muscles de l'épaule et de la ceinture scapulaire 10 à 40 10 à 30

Atrophie des muscles du bras, de l'épaule et de la ceinture scapulaire 20 à 60 20 à 50

Atrophie complète avec impotence absolue d'un membre 75 65

Atrophie complète avec impotence absolue des deux membres 100

Membre inférieur

Atrophie des muscles du pied 5 à 15

Atrophie des muscles de la jambe (région antéro-externe) 10 à 20

Atrophie des muscles de la jambe (en totalité) .. 10 à 30

Atrophie des muscles du pied et de la jambe .. 20 à 40

Atrophie des muscles de la cuisse (région antérieure) 20 à 40

Atrophie des muscles de la cuisse (en totalité) .. 20 à 50

Atrophie des muscles de la ceinture pelvienne et de la masse sacro-lombaire 30 à 50

Atrophie des muscles de la cuisse, de la ceinture pelvienne et de la masse sacro-lombaire 30 à 60

Atrophie complète avec impotence absolue :

D'un membre 70

Des deux membres 100

En cas de bilatéralité des lésions, on se trouvera en présence d'une invalidité multiple à évaluer.

6° — Troubles de la sensibilité d'origine médullaire :

Les troubles subjectifs de la sensibilité (douleurs, paresthésies, etc...) peuvent exceptionnellement se montrer sans autres symptômes, surtout dans les lésions des racines rachidiennes. Ils doivent donner lieu, dans ces cas, à indemnisation. Quand les troubles sensitifs subjectifs font partie de syndromes cliniques définis, ils ne doivent pas donner lieu à une indemnisation particulière, sauf dans les cas exceptionnels de douleurs intenses et rebelles qui peuvent alors comporter une majoration de 10 à 20

7° — Troubles sphinctériens et génitaux :

Rétention et incontinence d'urine (se reporter au chapitre X — Appareil génito-urinaire).

Rétention fécale :

- a) Pouvant se corriger par les moyens habituels d'évacuation rectale 3 à 5
- b) Rétention rebelle entraînant des symptômes de coprostase 10 à 30

Incontinence fécale :

- a) Incomplète ou intermittente et rare 10 à 25
- b) Complète et fréquente 30 à 70

Troubles génitaux :

Abolition des érections ou diminution considérable ne permettant pas les rapports sexuels (considérés comme manifestation isolée de lésions organiques médullaires ou radiculaires) 10 à 20

Priapisme incoercible et douloureux suivant l'intensité et la fréquence (considéré comme manifestation isolée de lésions organiques médullaires ou radiculaires) 10 à 20

8° — Syringomyélie :

Elle peut parfois apparaître après traumatisme ou avoir pour point de départ une hématomyélie.

La syringomyélie pouvant se présenter sous des formes d'intensité et de gravité différentes pourra être évaluée suivant l'échelle suivante :

- Formes frustes ou très lentes avec troubles fonctionnels modérés 20 à 40
- Formes plus progressives à amyotrophie limitée avec phénomènes spasmodiques gênants 40 à 60
- Formes amyotrophiques graves avec troubles trophiques accentués ou troubles bulbaire .. 60 à 100

Ces chiffres s'entendent de tous symptômes et complications comprises).

Art. 30. — NERFS CRANIENS.

Les réactions des nerfs crâniens peuvent dépendre des lésions traumatiques ou reconnaître une étiologie non traumatique. Le contrôle radiographique et de l'examen électrique seront souvent nécessaires.

S'il y a eu traumatisme, il faudra distinguer la blessure endocrânienne de la blessure exocrânienne.

Nerf olfactif. Anosmie simple (unilatérale ou bilatérale).

Se référer au barème d'oto-rhino-laryngologie.

Nerf optique (voir barème d'acuité visuelle).

Nerfs moteurs oculaires :

Ptosis unilatéral (état définitif).

Ptosis bilatéral.

Diplopie permanente et définitive.

Diplopie épisodique variable.

(Se référer au barème des affections oculaires).

Nerf trijumeau :

Anesthésie simple, sans douleur, par section d'une branche périphérique (nerf susorbitaire, maxillaire supérieur, maxillaire inférieur).

Algie avec ou sans anesthésie :

- Algie du type intermittent « tic douloureux » .. 25 à 70
- Algie du type continu sympatologique 30 à 80

Nerf facial :

Syndrôme de paralysie, paralysie du type périphérique :

- Paralysie totale et définitive avec réaction de dégénérescence complète 20 à 30
- Paralysie partielle et définitive 10 à 30
- (La paralysie faciale totale ou partielle du type périphérique peut être considérée comme définitive après un délai évolutif de deux ans).
- Paralysie bilatérale totale suivant l'intensité et l'état des réactions électriques 20 à 50

Syndrôme d'excitation :

Contracture postparalytique suivant la défiguration 0 à 10

Spasmes (hémispasme facial dit essentiel) ou postparalytique :

- Crises rares 0 à 10
- Etat spasmodique avec crises répétées 10 à 20

Nerf auditif :

Surdité unilatérale ou bilatérale, bourdonnements, bruits divers, association de vertiges (voir barème spécial oreilles).

Nerf glosso-pharyngien :

Paralysie bilatérale exceptionnelle (évaluation suivant le degré des troubles fonctionnels observés) 5 à 10

Nerf spinal externe (atrophie du trapèze et du sterno-cloïdo-mastoidien, chute de l'épaule, déviation en dehors du bord spinal du scapulum, faiblesse de la main homologue ; en général, réadaptation suffisante dans le délai d'un à deux ans, à cause de l'inervation double des muscles trapèze et sternocloïdo-mastoidien par le plexus cervical profond) 5 à 25

Nerf hypoglosse :

Hémiatrophie et réaction de dégénérescence unilatérale 10

Bilatérale (exceptionnelle) 50 à 60

Les réactions isolées des nerfs crâniens concernent surtout le nerf facial, le nerf trijumeau et les nerfs moteurs oculaires avec le nerf optique, moins fréquemment le nerf spinal externe.

Les quatre derniers nerfs crâniens et principalement le glosso-pharyngien, l'hypoglosse, le pneumo-gastrique, avec association ou non du spinal externe sont le plus souvent, à cause de leur proximité de cheminement, de leur voisinage tronculaire, intéressés globalement (syndrôme paralytique des quatre derniers nerfs crâniens, syndrôme du trou déchiré postérieur, syndrôme du carrefour condylo-déchiré postérieur), suivant le degré des troubles fonctionnels et suivant défiguration 10 à 60

Art. 31. — CRANE.

Les blessures du crâne avec ou sans perte de substance osseuse, peuvent s'accompagner de lésions des centres nerveux de phénomènes commotionnels, plus ou moins durables, enfin des phénomènes subjectifs à évolution souvent régressive. On devra indemniser ces blessés en tenant compte, d'une part, de la lésion osseuse et, d'autre part, des troubles fonctionnels ou des phénomènes subjectifs.

- Lésions du cuir chevelu avec phénomènes douloureux, sans brèche osseuse complète .. 0 à 15
- Scalp ou brûlures du cuir chevelu avec cicatrices douloureuses selon l'étendue 5 à 20
- Perte de cheveux (si elle gêne le travail) 4 à 6
- Enfoncement de la table externe des os du crâne 0 à 10
- Brèche osseuse depuis 1 centimètre carré jusqu'à 4 centimètres carrés 20 à 30

Brèche osseuse avec battements durement et impulsions à la toux jusqu'à 12 centimètres carrés	20 à 50
Brèche osseuse supérieure à 12 centimètres carrés sans troubles subjectifs	50 à 70
Syndrôme subjectif commun des blessures du crâne (céphalée, éblouissements, vertiges), troubles de l'humeur et du caractère, émotivité, angoisse, fatigabilité, insomnie, diminution de la mémoire, troubles vaso-moteurs, tous phénomènes dont la régression est d'ailleurs habituelle (à évaluer séparément)	5 à 50

Mêmes lésions avec vertiges labyrinthiques démontrés par les épreuves spéciales (épreuves de Barany, épreuves de Babinsky) et par l'examen auriculaire et de l'œil ; ajouter aux évaluations précédentes les évaluations données pour l'oreille ou l'œil dans le barème.

En cas de double perte de substances osseuses, chaque perte de substance sera appréciée suivant ses dimensions.

Dans le cas de persistance de corps étranger intra-crânien :

a) s'il n'y a aucun phénomène surajouté, suivant le nombre, volume, localisation des corps étrangers	20 à 60
b) s'il y a des troubles fonctionnels, les apprécier suivant la valeur de chacun (voir hémiplégié, aphasie, etc...).	

Conséquences isolées de certaines commotions.

syndrôme subjectif, céphalées et étourdissements	5 à 10
--	--------

Commotion auriculaire, syndrôme de Ménière post-commotionnel, etc..., à évaluer avec le chapitre « Oreille ».

Epilepsie généralisée ou jacksonienne :

Provoquée par la commotion (peut être très retardée) (voir épilepsie).

A évaluer suivant le nombre de crises (voir épilepsie).

Réveillée ou augmentée par la commotion (voir épilepsie).

Commotion cérébro-spinale (syndrôme complet). Inertie, hypotension, etc...	5 à 60
--	--------

Contusions cérébrales : degré d'invalidité variable surtout avec les signes de localisation (hémiparésie, aphasie, etc...) évalués avec les blessures du cerveau.

Névroses (voir névroses).

Art. 32. — MENINGES.

Méningites. — Etat méningé.

Pour l'indemnisation des reliquats de ces affections se reporte aux divers chapitres du barème.

Art. 33. — ENCEPHALE.

1° — Hémiplégié organique :

Caractérisée non seulement par des troubles de la motilité mais par le signe du peucier, l'extension des orteils, la flexion combinée de la cuisse et du tronc, les troubles des réflexes tendineux, etc...

Hémiplégié complète :

a) Flasque : incapacité temporaire. Si elle persiste au-delà de six mois	100
b) Avec contracture :	
Côté droit	70 à 80
Côté gauche	50 à 70
c) Avec troubles sphinctériens	80 à 100
d) Avec aphasie	100

Hémiplégié incomplète :

Côté droit	10 à 60
Côté gauche	8 à 50

2° — Monoplégié organique :

Totale et complète, est exceptionnelle : le plus souvent associée à des signes d'hémiplégié :

a) Membre supérieur :

Monoplégié complète :

Côté droit	70 à 75
Côté gauche	60 à 65
Monoplégié incomplète :	
Côté droit	10 à 50
Côté gauche	10 à 40

b) Membre inférieur : la marche est possible le plus souvent :

Monoplégié incomplète par lésion de l'écorce cérébrale	10 à 30
--	---------

3° — Paraplégié organique d'origine cérébrale :

Dans la très grande majorité des cas, est incomplète.

Pour l'évaluation, voir plus haut les paraplégiés médullaires.

4° — Aphasie :

(Complète et exceptionnelle).

a) Avec difficultés de l'élocution, sans altération considérable du langage intérieur ..	10 à 30
b) Aphasie sensorielle avec altération du langage intérieur	60 à 100
c) Avec impossibilité de correspondre avec ses semblables (altération du langage intérieur)	80 à 80

Eventuellement, ajouter le déficit mental.

Le taux de 60 à 80, envisagé ci-dessus, est applicable si l'aphasie est isolée.

Si elle est associée à une hémiplégié, on ajoutera au taux de l'hémiplégié, un taux de 20.

5° — Diplégie cérébrale :

Marche impossible	100
Marche possible suivant le degré d'atteinte des membres inférieurs	30 à 90

6° — Syndrômes cérébelleux :

Caractérisés par les troubles de l'équilibre statique (vertiges, catatonie, etc...) et de l'équilibre cinétique (démarche titubante, synergie, hypermétrie, adiadococinésie, etc...).

Unilatéral (comparer au degré d'hémiplégié correspondant) :

Côté droit	10 à 80
Côté gauche	10 à 75
Bilatéral (comparer au degré de diplégie correspondant)	30 à 100

7° — Syndrômes parkinsoniens :

Etablir d'abord le rapport avec l'accident qui est rare.

Le syndrome parkinsonien peut se présenter sous des formes diverses et avec des taux d'invalidité différents

Torticolis traumatique	15 à 20
------------------------------	---------

Art. 34. — EPILEPSIES.

1° — Epilepsies non jacksoniennes :

A — Crises convulsives :

Epilepsie traumatique suivant le degré de gravité ou de fréquence des crises dûment vérifiées

Accès rares	30 à 100
	20 à 30

B. — Equivalents épileptiques :

(Epilepsies non convulsives).

Les manifestations de cette sorte d'épilepsie doivent pratiquement être limitées aux trois espèces suivantes :

Absences, accès vertigineux et épilepsies procursives :

Leur taux sera estimé de la façon suivante :

Accès vertigineux ou accès procursifs survenant une à trois fois par an	0 à 10
Accès vertigineux ou procursifs se produisant une fois par mois	10 à 20
Accès vertigineux ou procursifs survenant une fois par semaine en moyenne	20 à 30
Accès vertigineux ou procursifs survenant en moyenne trois fois par semaine	40 à 50
Accès vertigineux ou procursifs survenant de façon très fréquente, avec des manifestations graves	40 à 80

2° — Epilepsies jacksonniennes :

Crises limitées à quelques groupes musculaires en très petit nombre, soit de la face, soit d'un membre et se répétant jusqu'à dix, douze fois par an

Crises limitées comme précédemment et se répétant en moyenne jusqu'à une fois par semaine

Crises limitées comme précédemment et se répétant en moyenne plusieurs fois par semaine

Crises occupant des groupes assez étendus et se répétant jusqu'à dix ou douze fois par an

Crises analogues se répétant en moyenne jusqu'à une fois par semaine

Crises analogues se répétant en moyenne plusieurs fois par semaine

Crises généralisées. Leur taux est le même que celui des crises d'épilepsie essentielle.

Art. 35. — SYSTEME SYMPATHIQUE.

Troubles sympathiques qu'il appartiendra à l'expert de déterminer et d'évaluer.

Nerfs périphériques. L'incapacité est augmentée par l'adjonction de troubles sympathiques ; causalgie, sympathalgie, troubles vaso-moteurs, sécrétoires, trophiques, réflexes, troubles physiopathiques sympathogénétiques.

Art. 36. — NEVROSES.

A. — Etats neuro-psychasthéniques.

Comprenant tous les syndrômes à base d'épuisement physique ou psychique et d'hyperémotivité anxieuse :

a) Cas à prédominance clinique d'épuisement physique ou psychique (réaction émotionnelle causée par un accident) :

Signes fonctionnels d'ordre somatique sans symptômes objectifs

Signes somatiques avec retentissement net sur l'état général

Signes psychiques allant de la fatigabilité cérébrale simple à l'impuissance intellectuelle caractérisée consciente

Symptômes vago-sympathiques marqués ou prédominants (en plus de l'invalidité ci-dessus)

b) Cas à prédominance clinique d'hyperémotivité anxieuse :

Syndrômes anxieux provoqués par un gros accident (explosions, électrocutions, etc...) suivant l'intensité des symptômes considérés en eux-mêmes

B. — Etats hystériques et pithiatiques :

Si les manifestations pithiatiques sont isolées, elles n'entraînent pas d'invalidité.

Si elles sont associées à des troubles organiques, l'évaluation sera faite en tenant compte seulement de la gêne résultant des troubles organiques.

C. — Syndrômes moteurs fonctionnels.

Sans base organique décelable

Art. 37. — MALADIES MENTALES.

Démences

Dans les cas où elles sont imputables à un gros traumatisme :

Démence incomplète. Affaiblissement simple des facultés mentales, notamment de l'attention et de l'affectivité, états d'indifférence sans perte profonde de la mémoire et avec conservation partielle de la capacité fonctionnelle ..

Démence complète. Affaiblissement prononcé et global des facultés mentales avec ou sans gâtisme et toutes manifestations ou complications comprises

CHAPITRE V

LESIONS MAXILLO-FACIALES ET STOMATOLOGIE

Art. 38. — VASTES MUTILATIONS DE LA FACE.

Pertes des deux maxillaires supérieurs avec perte de l'arcade dentaire, de la voûte palatine et du squelette nasal

Perte du maxillaire inférieur dans la totalité de sa portion dentaire

Perte d'un maxillaire supérieur avec communication bucco-nasale et perte de la totalité de l'arc mandibulaire

Perte d'un seul maxillaire supérieur avec conservation de l'autre et conservation de l'arc mandibulaire

Perte d'un maxillaire supérieur avec communication bucco-nasale et perte de substance plus ou moins étendue de l'arc mandibulaire

Art. 39. — MUTILATIONS LIMITEES DE LA FACE.

Pour évaluer l'incapacité fonctionnelle déterminée par une mutilation des maxillaires, il faut tenir compte de trois éléments :

1° Le nombre des dents conservées et utilisables,

2° La possibilité ou l'impossibilité d'une prothèse susceptible de rétablir un coefficient de mastication suffisante (1), cet élément étant déterminé par l'état de consolidation (pseudarthrose) et par l'état de l'articulé dentaire,

3° L'éventualité d'une intervention réparatrice ayant des chances d'améliorer, de façon appréciable, l'état fonctionnel, l'évaluation devant être d'autant plus large que ces chances sont plus discutables,

4° Les taux ci-dessous devront s'ajouter à l'incapacité déterminée par la perte des dents évaluée séparément, quand celle-ci entraîne par elle-même une aggravation fonctionnelle.

A. — Maxillaire supérieur.

I. — Consolidation vicieuse :

1° Grande mobilité de la totalité du maxillaire supérieur (disjonction cranio-faciale), mastication impossible (y compris le déficit dentaire)

2° Consolidation vicieuse avec mobilité d'un fragment plus ou moins étendu du maxillaire supérieur, l'autre portion restant fixe, suivant l'étendue de la portion mobile et la possibilité de mastication ou de prothèse (y compris le déficit dentaire)

(1) Le coefficient de mastication s'établit suivant les règles suivantes :

On attribue, à chaque dent, un coefficient particulier :

Incisives	1
Canines	2
Prémolaires	3
Molaires	5

et on totalise les points représentés par les dents existantes ayant une homologue sur la mâchoire opposée.

- 3° Troubles sérieux de l'articulé dentaire (faux prognathisme) peu compatible ou incompatible avec une prothèse (y compris le déficit dentaire) 15 à 30
- 4° Consolidation vicieuse entraînant un trouble léger de l'articulé dentaire ou compatible avec une prothèse (y compris le déficit dentaire) 5 à 15

II. — Perte de substance :

- 1° Perte de substance de la voûte palatine respectant l'arcade dentaire et permettant une prothèse 10 à 20
- 2° Perte de substance de la voûte et du voile ou de la voûte seule avec large communication bucco-nasale ou bucco-sinusale, ces deux mutilations, entraînant des troubles analogues (troubles de la parole, de la déglutition, etc...) 30 à 60
- 3° Perte de substance partielle de l'arcade dentaire ne permettant pas une prothèse fonctionnellement bonne (majorant le déficit dentaire) 15 à 20
- 4° Perte de substance partielle de l'arcade dentaire permettant une prothèse fonctionnellement bonne (majorant le déficit dentaire) 0 à 5

B. — Maxillaire inférieur.

I. — Consolidation vicieuse :

- 1° Consolidation vicieuse avec trouble grave de l'articulé dentaire ne permettant pas la pose d'une prothèse (majorant le déficit dentaire) 15 à 20
- 2° Consolidation vicieuse entraînant un trouble léger de l'articulé dentaire ou compatible avec une prothèse (majorant le déficit dentaire) 5 à 10

II. — Perte de substance et pseudarthrose :

- 1° Vaste perte de substance avec pseudarthrose très lâche ne permettant ni la mastication ni la pose d'une prothèse (y compris le déficit dentaire) 60 à 85
- 2° Pseudarthrose plus serrée suivant la possibilité de mastication ou de prothèse et suivant son siège d'après le détail ci-dessous (majorant le déficit dentaire) 0 à 25
- Pseudarthrose serrée de la branche ascendante : 0 à 5 p. 100
 Pseudarthrose lâche de la branche ascendante : 10 à 15 p. 100
 Pseudarthrose serrée de la branche horizontale : 5 à 10 p. 100
 Pseudarthrose lâche de la branche horizontale : 15 à 25 p. 100
 Pseudarthrose serrée de la région symphysaire : 10 à 15 p. 100
 Pseudarthrose lâche de la région symphysaire : 15 à 25 p. 100
- 3° Perte de substance partielle de l'arcade dentaire permettant une prothèse fonctionnellement bonne (majorant le déficit dentaire) 0 à 5

Dans tous les cas douteux, il est recommandé de ne formuler une évaluation définitive qu'après un délai permettant d'apprécier l'accommodation du blessé à la prothèse.

C. — Articulation temporo-maxillaire.

- 1° Ankylose osseuse permettant à peine le passage des liquides 80 à 90
- 2° Luxation irréductible (suivant l'engrènement dentaire dans l'occlusion maxima, s'il reste des mouvements possibles) 10 à 50
- 3° Luxation récidivante (suivant la fréquence et la gravité des récidives et suivant la gêne fonctionnelle) (affection exceptionnelle) .. 5 à 20

D. — Constriction des mâchoires.

- 1° Ecartement inter-maxillaire inférieur à 10 millimètres suivant les causes de la constriction (lésions musculaires, brides cicatricielles, etc...) 20 à 80

- 2° Ecartement inter-dentaire de 30 à 10 millimètres 5 à 20
- 3° Troubles surajoutés éventuellement du fait des brides cicatricielles entravant l'hygiène buccale, la prononciation, la perte de la salive, etc..., majoration de 10 à 20

E. — Langue.

- Amputation partielle de la langue avec un très léger degré de gêne de la parole, de la mastication, de la déglutition 10 à 20
- Amputation étendue avec gêne fonctionnelle.. 35 à 75
- Amputation totale 80
- Paralysie de la langue, sensibilité et mobilité (voir neurologie).

F. — Dents.

1° Dans les cas complexes à l'incapacité déterminée par la perte des dents, s'ajoute l'incapacité déterminée par les troubles anatomiques (pseudarthrose, consolidation en mauvais articulé, constriction permanente des mâchoires, etc...) qui rendent la prothèse difficile ou impossible.

2° Dans les cas simples où la perte des dents est la seule conséquence du traumatisme, on admettra que la perte d'une ou de deux dents, n'entraîne pas d'incapacité permanente, sous réserve de l'état antérieur de la denture et de la profession exercée par le blessé (chanteur, musicien, etc... et métiers où le dommage esthétique peut intervenir comme élément d'incapacité).

Dans le cas où le déficit dentaire dépasse deux dents, on évaluera le taux de l'incapacité en attribuant à la perte de chaque dent, le coefficient de :

- 1 pour les incisives et les canines,
 1,25 pour les prémolaires,
 1,50 pour les molaires.

Le taux ainsi obtenu sera réduit des deux tiers si le blessé est muni d'une prothèse correctement établie et bien supportée le remplacement des dents par un appareil ne réalisant pas la « restitutio ad integrum », mais améliorant de façon très appréciable l'état fonctionnel.

CHAPITRE VI

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Art. 40. — NEZ.

I. — Sténoses nasales :

Seule entraîne une incapacité appréciable, la sténose très prononcée d'une fosse nasale ou la sténose moyenne des deux fosses nasales.

Dans chaque cas particulier, on tiendra compte des conséquences de voisinage de la sténose, telles qu'elles apparaissent au moment de l'examen et pourront être prévues pour l'avenir.

a) Sténose unilatérale :

- Simple diminution du calibre de la narine ou de la fosse nasale 0 à 3
- Formation de croûte rhino-pharyngite 3 à 6
- Sténose totale avec catarrhe tubo-tympanique, obscurité des sinus correspondants (sans sinusite suppurée, etc...) 6 à 10

b) Sténose bilatérale :

- Diminution de la perméabilité ne dépassant pas le tiers de la perméabilité physiologique 5 à 8
- Diminution plus accentuée avec croûtes, rhino-pharyngite, etc... 8 à 12
- Sténose serrée avec respiration exclusivement buccale et troubles à distance 12 à 20

c) Perforation de la cloison nasale :

N'entraîne pas en général d'incapacité permanente.

II. — Troubles olfactifs :

Ils déterminent une incapacité peu élevée chez la plupart des accidentés, à l'exception de ceux qui exercent certaines professions spécialisées : manipulateurs de parfums, cuisiniers, marchands de beurre, fleuristes, etc...

L'anosmie par sténose nasale est améliorable éventuellement par une intervention tandis que l'anosmie imputable à une paralysie traumatique des nerfs olfactifs est généralement incurable.

Anosmie	5 à 10
Anosmie chez certains ouvriers spécialisés en tenant compte du changement de profession éventuellement nécessaire	

III. — Troubles esthétiques par mutilation nasale :

Une mutilation sérieuse du nez entraîne une aggravation de l'incapacité fonctionnelle par entrave à l'embauche dans certaines professions (artistes, vendeurs et vendeuses, garçons de café, garçons coiffeurs, etc...).

Troubles esthétiques en tenant compte du changement de profession éventuellement nécessaire	5 à 30
---	--------

Art. 41. — SINUSITES.

1° Ils faut entendre par sinusite, une infection des cavités sinusales se manifestant par une suppuration constatée à la rhinoscopie ou à la ponction et non par une simple obscurité des sinus à la transillumination sans signes d'infection.

2° Les sinusites traumatiques subissent un facteur particulier de gravité et de résistance du traitement, du fait des lésions osseuses qui les compliquent dans certains cas (fistules, bourgeonnements, etc...).

I. — Sinusites maxillaires :

Les résultats thérapeutiques sont généralement favorables.

a) Sinusite maxillaire unilatérale	5 à 10
b) Sinusite maxillaire bilatérale	10 à 15
N.B. — Sinusite maxillaire avec fistule endobuccale ou extérieure (résultat thérapeutique aléatoire). Majoration de	5 à 10

II. — Sinusites fronto-éthmoïdales :

Les résultats thérapeutiques sont infidèles, les récurrences fréquentes, les complications endocrâniennes sont à craindre.

a) Sinusite fronto-éthmoïdale unilatérale ...	10 à 20
b) Sinusite sphénoïdale bilatérale	20 à 30

N.B. — Sinusite fronto-éthmoïdale avec fistule majoration de	5 à 10
--	--------

III. — Sinusites sphénoïdales :

Les sinusites sphénoïdales traumatiques sont extrêmement rares. Elles imposent les mêmes réserves que les fronto-éthmoïdites en ce qui concerne les résultats thérapeutiques et les complications éventuelles.

a) Sinusite sphénoïdale unilatérale	10 à 20
b) Sinusite sphénoïdale bilatérale	20 à 30

IV. — Crânio-hydrorrhée :

L'écoulement par la fosse nasale de liquide céphalo-rachidien consécutif à un traumatisme crânien, suppose l'existence d'une fracture de la lame criblée de l'éthmoïde. Cas très rare, gravité considérable

V. — Rhinites croûteuses post-traumatiques :

Se rencontrent après les pertes de substances endo-nasales étendues et s'accompagnent de troubles respiratoires purement fonctionnels.

Ne doivent pas être confondues avec une ozène préexistante ou une syphilis nasale.

Rhinite croûteuse post-traumatique unilatérale.	5 à 10
Rhinite croûteuse post-traumatique bilatérale..	10 à 20

Art. 42. — LARYNX.

Les lésions traumatiques du larynx déterminent des troubles d'origine cicatricielle ou paralytique.

Pour l'évaluation de l'incapacité qu'entraînent ces troubles, il sera tenu compte de :

- 1° la mobilité des cordes vocales,
- 2° du calibre de la glotte, de la sous-glote et du vestibule laryngé dans l'inspiration maxima et dans la phonation,
- 3° Du degré des troubles fonctionnels paralytiques ou des lésions cicatricielles, celles-ci pouvant aller de la simple palmature améliorable chirurgicalement jusqu'au rétrécissement tubulaire massif, incurable et extrêmement sténosant.

Les troubles d'origine laryngé sont de deux ordres vocaux (dysphonie, aphonie) et respiratoires (dyspnée).

Les troubles vocaux et respiratoires peuvent être associés.

I. — Troubles vocaux :

(Par paralysie récurrentielle, unilatérale, arthrite crico-aryténoïdienne, cicatrice endo-laryngée, etc...).

a) Dysphonie seule	5 à 15
b) Aphonie sans dyspnée	20 à 30

II. — Troubles respiratoires :

(Paralysie récurrentielle bilatérale exceptionnellement surtout cicatrices étendues et sténosantes).

a) Dyspnée n'apparaissant qu'au moment d'un effort violent ou prolongé, compatible avec l'exercice d'un métier sédentaire	20 à 40
b) Dyspnée permanente entravant l'exercice même d'un métier sédentaire	60 à 80
c) Laryngostomie ou trachéotomie	100

Art. 43. — PHARYNX.

Le rhino-pharynx peut être intéressé par un traumatisme des maxillaires supérieurs et présenter des pertes de substance du voile (précédemment évaluées) ou des rétrécissements cicatriciels (précédemment évalués).

Sténoses nasales.

L'oro-pharynx peut être le siège d'une sténose cicatricielle gênant la déglutition.

Le laryngo-pharynx n'est presque jamais intéressé isolément. Ses blessures et leurs conséquences sont associées à celles du larynx et peuvent les compliquer de gêne de la déglutition.

Gêne de la déglutition par cicatrice pharyngée	10 à 30
--	---------

Art. 44. — OESOPHAGE.

L'oesophage n'est qu'exceptionnellement intéressé par un traumatisme extérieur.

On rencontre des cas de sténoses cicatricielles consécutives à l'ingestion d'un liquide caustique. Ces sténoses devront être vérifiées par radiographie et au besoin par oesophagoscopie.

L'évaluation tiendra compte du degré de la sténose ayant éventuellement imposé une gastrostomie et son retentissement sur l'état général.

Plusieurs examens successifs et assez espacés pourront être utiles pour apprécier les effets du traitement par dilatation et l'accommodation souvent considérable à la gastrostomie.

Sténose moyenne, sans gastrostomie, permettant l'alimentation liquide ou semi-liquide et améliorable par dilatation, suivant état général

30 à 60

Sténose plus serrée après échec de la dilatation ou avec gastrostomie définitive, suivant état général

60 à 100

Art. 45. — OREILLE.

L'expertise en otologie peut avoir pour objet : des troubles auditifs, c'est-à-dire de la surdité et des bourdonnements, des vertiges et troubles de l'équilibre, une otite suppurée, une paralysie faciale, une mutilation ou cicatrice vicieuse de l'oreille externe, ces trois dernières lésions représentant des éléments d'incapacité d'importance secondaire par rapport aux troubles auditifs et vertigineux.

Il arrive fréquemment que plusieurs de ces éléments d'incapacité se trouvent réunis chez un même sujet. Diverses associations sont possibles qui devront être évaluées conformément aux indications données pour le calcul des « incapacités multiples ». Seule l'association surdité-bourdonnements, constituée par le groupement de deux symptômes d'une même lésion affectant une seule et même fonction, échappera à cette règle.

I. — Surdité :

En langage d'expertise, le terme de « surdité » sert généralement à désigner tout déficit auditif quelle que soit son importance ; hypoacousie aux divers degrés, perte complète de l'audition.

D'une façon générale, la surdité devient un facteur d'incapacité à partir du degré où elle réduit la faculté de la vie de relation de l'ouvrier nécessaire au bon exercice de son métier quel qu'il soit : c'est de cette incapacité générale de travail qu'il va être question. On notera cependant que certains métiers mettent spécialement et directement en jeu, la fonction auditive et qu'ils réclament de ce fait, pour un degré de surdité donné, un taux d'incapacité supérieur à celui de l'incapacité générale de travail.

Exagération, psychose post-traumatique, pithiatisme

La simulation vraie, consciente, persévérante de la surdité est exceptionnelle en pratique d'expertises pour accident du travail.

L'exagération plus ou moins consciente « sinistrose », de Brissaud ou « psychose post-traumatique », est au contraire un fait assez fréquent. La jurisprudence n'admettant pas l'indemnisation d'un tel état, l'expert déterminera l'incapacité d'après le degré de surdité tel qu'il lui apparaît après les épreuves de contrôle.

La surdité pithiatique, conséquence possible d'un choc psychique, dû à l'accident (hystéro-traumatisme), est extrêmement rare en matière d'accidents du travail et assez facile à dépister. Elle est curable spontanément ou par psychothérapie. En attendant la révision, on fixera le taux d'incapacité en tenant compte du fait que le sourd pithiatique a plus ou moins conservé ses réflexes auditifs de défense.

Détermination de l'acuité auditive

L'acoumétrie phonique est à la base de l'évaluation de l'incapacité. On notera donc pour chaque oreille, la distance à laquelle le sujet perçoit des mots prononcés à voix haute ou de conversation (V.H.) et à voix basse ou chuchotée (V.C.). Afin d'explorer l'ensemble du champ auditif phonique, le répertoire comprendra des mots izozonaux, les uns de tonalité aiguë, les autres à tonalité grave et des mots hétérozonaux composés d'un phonème aigu et d'un grave.

On tiendra compte du phénomène de « l'indistinction du langage articulé », en rapport avec la rapidité d'émission des différents phonèmes : pour des sujets paraissant présenter une hypoacousie de même degré, l'indistinction peut commencer à apparaître avec une rapidité de diction différente.

A la notation de la perception de la voix, il est d'usage de joindre celle de la perception de la montre : acoumètre [instrumental] simple, qu'on a toujours sous la main, donnant

ces résultats précis et comparables entre eux d'un examen à l'autre.

Pour pratiquer dans les meilleures conditions cet examen acoumétrique, il faut priver l'expertisé du contrôle visuel en lui bandant les yeux. De cette façon, on jugera mieux de la concordance de ses réponses pour une même épreuve répétée et par la même de sa sincérité. En cas de doute, on fera appel aux « épreuves de contrôle » proprement dites. Nous n'avons pas à les décrire ici ; elles varient suivant le genre de surdité accusée par l'expertisé (unilatérale, complète ou incomplète, bilatérale, complète ou incomplète). Signalons que les épreuves dites « de surprise », sont parmi les meilleures : non seulement elles sont souvent décisives pour dépister l'exagération, mais elles permettent encore d'apprécier approximativement l'acuité auditive réelle.

Diagnostic du type de surdité :

On ne négligera pas de rechercher par l'acoumétrie instrumentale appropriée s'il s'agit d'une surdité de transmission (oreille moyenne) ou de perception (labyrinthe et ses voies nerveuses) ou d'une forme mixte (tympano-labyrinthique).

Ce diagnostic présente un double intérêt :

a) Un assez grand nombre de sourds de la transmission bénéficient, dans les conditions même de leur travail (usine, atelier, transports), de la « paracousie de Willis », phénomène étranger aux surdités de perception. Cette notion peut donc intervenir, mais seulement dans une faible mesure dans l'estimation du pourcentage.

b) La constatation d'une surdité de perception appuie éventuellement les dires d'un blessé du crâne lorsqu'il se plaint d'autres phénomènes post-commotionnels (vertiges entre autres), mieux que ne saurait le faire la constatation d'une surdité de transmission.

Diagnostic de l'origine :

Dans certains cas, le problème qui se pose n'est pas tant d'établir l'existence de la surdité et son degré que de reconnaître son origine, certains blessés pouvant profiter de l'accident en cause pour tenter de lui faire attribuer une surdité préexistante.

A la solution de ce difficile problème, devront participer l'étude des commémoratifs, le certificat d'origine et les données de l'examen physique du tympan, dont certains aspects peuvent être caractéristiques à cet égard.

En procédant à ce diagnostic, on pensera qu'un traumatisme crânien, non seulement peut surajouter ses effets propres sur l'organe auditif à ceux d'une otopathie constitutionnelle, mais qu'il peut aussi aggraver anatomiquement celle-ci en lui donnant un coup de fouet. Cette notion a été établie en ce qui concerne l'otospongiose. Elle paraît valable aussi pour toutes les otopathies constitutionnelles et pour les otorrhées préexistantes dont certains traumatismes peuvent provoquer le réchauffement ou la récidence.

Evolution et pronostic des surdités traumatiques :

On peut, dans une certaine mesure, prévoir l'évolution ultérieure d'une surdité traumatique d'après le diagnostic de la lésion :

a) **Surdité par fracture du rocher intéressant le labyrinthe unilatérale complète, définitive (1).**

(1) Une paralysie cochéo-vestibulaire unilatérale (surdité complète d'un côté plus inexcitabilité vestibulaire de ce côté) d'origine traumatique, est un signe de forte présomption de fracture du labyrinthe. Une telle fracture peut avoir pour effet d'entretenir un risque prolongé et peut-être permanent, de méningite. Si cette complication survient et que la mort s'ensuive, une autopsie médico-légale, avec examen radiographique et histologique du rocher, permettrait d'établir la relation entre la fracture et le développement de l'infection méningée.

Ce risque vital ne peut, aux termes de la loi sur les accidents du travail, intervenir dans l'évaluation de l'incapacité. Cependant, l'expert devra mentionner l'existence présumée d'une telle fracture en prévision de tout événement pouvant se produire dans les délais légaux de révision.

b) Surdité par rupture de tympan et lésion de la caisse avec ou sans otorrhée : généralement unilatérale, de degré léger ou moyen, définitive, souvent associée à une surdité commotionnelle.

c) Surdité par commotion : souvent bilatérale, de degré très variable. Régresse dans 90 p. 100 des cas environ ; dans 10 p. 100, elle persiste et même évolue vers l'aggravation, évolution à prévoir quand le vestibule est hypoexcitable.

Pourcentage d'incapacité pour surdité :

L'incapacité générale de travail par surdité est représentée par la difficulté que ce trouble apporte à la vie de relations de l'ouvrier dans l'exercice de son métier quel qu'il soit. Eu égard à cette notion générale, on peut dresser une échelle de gravité à trois degrés :

a) Surdité légère. — Un sujet dont l'acuité auditive est amoindrie, mais qui perçoit encore la V.H.   cinq ou six mètres et la V.C.   un mètre environ, peut se mêler sans gêne notable, à une conversation générale : il n'est pas déprécié au point de vue capacité ouvrière. C'est donc approximativement au-dessous de ce jalon acoumétrique que commence la surdité légère ;

b) Surdité moyenne. — Dès qu'un sourd ne peut plus converser qu'en tête-à-tête, sa capacité ouvrière est fortement

réduite. Cette surdité moyenne existe approximativement à partir du moment où la V.H. n'est plus percue qu'à un mètre et la V.C.   10 centimètres. Notons qu'une surdité unilatérale même complète n'empêche pas de participer à une conversation générale ; elle reste dans le cadre des surdités légères ;

c) Surdité forte et surdité totale. — Un ouvrier qui ne peut plus entendre que les mots ou les phrases prononcés à voix l'aute forte au voisinage du pavillon est un grand sourd ; ses vestiges auditifs ne peuvent guère servir en pratique à sa vie de relation ; son incapacité n'est guère moindre que celle du sujet qui est atteint d'une perte réellement complète de l'audition ; elle est pratiquement complète ou totale.

Les trois degrés d'incapacité qu'on vient de distinguer sont définis par l'acuité auditive globale du sujet ; ils constituent les trois grands jalons du barème. Mais celui-ci doit aussi envisager des degrés intermédiaires et pour cela, tenir compte de la valeur de chaque oreille. C'est ce qu'indique le tableau ci-dessous (1).

(1) La prothèse acoustique ne peut guère être utilisée dans les conditions générales du travail. On ne tiendra donc compte de l'amélioration qu'elle peut donner que dans des cas très spéciaux (secrétaire, sténo-dactylographes, etc...) ; encore est-il difficile de prévoir dans chaque cas particulier, quel pourra être le degré de cette amélioration.

TABLEAU D'ÉVALUATION DES DIVERS DEGRÉS DE SURDITÉ

(Ce tableau se lit comme une table de pythagore)

N.B. En cas d'association de la surdité avec d'autres éléments d'incapacité, les pourcentages ci-contre, seront appliqués conformément au calcul des incapacités multiples. Seule, l'association surdité-bourdonnements doit être calculée par audition de deux pourcentages.

		Oreille sourde ou la plus sourde				
		V.H. 4 � 5 m	V.H. 2 � 4 m	V.H. 1 � 2 m	V.H. 0,25 � 1 m	V.H. au pavillon ou non percue Surdité pratiquement totale
		V.C.	V.C.	V.C.	V.C. au pavillon ou non percue	V.C.
Oreille normale ou la moins sourde	V.H. normale	0 p. 100	3 p. 100	8 p. 100	12 p. 100	15 p. 100
	V.H. 4 � 5 m	5 p. 100	10 p. 100	15 p. 100	20 p. 100	25 p. 100
	V.H. 2 � 4 m	10 p. 100	15 p. 100	25 p. 100	30 p. 100	35 p. 100
	V.H. 1 � 2 m	15 p. 100	25 p. 100	35 p. 100	40 p. 100	45 p. 100
	V.H. 0,25 � 1 m	20 p. 100	30 p. 100	40 p. 100	50 p. 100	60 p. 100
	V.H. au pavillon ou non percue surdité prati- quement totale	25 p. 100	35 p. 100	45 p. 100	60 p. 100	70 p. 100
		V.C. normale	V.C. 0,50 � 0,80	V.C. 0,25 � 0,50	V.C. 0,05 � 0,25	V.C. non percue

Remarque relative au métier utilisant spécialement la fonction auditive

Tel sujet ne présentant qu'une faible hypoacousie pour la voie, peut avoir perdu la perception des sons graves ou des sons aigus ou plus rarement la perception de certains sons intermédiaires (trous auditifs) ; l'exercice de son métier peut en souffrir ; noter que certains hypoacousiques mêmes légers « entendent faux ». On insistera donc ici sur l'acoumétrie instrumentale de facon à explorer l'ensemble du champ auditif : une montre, une demi-douzaine de diapasons jalonnant le champ auditif, un monocorde de Struyken ou un sifflet de Galton suffisent pour cela.

Les musiciens professionnels (exécutants, fabricants, accordeurs), ne sont pas les seuls à rentrer dans cette catégorie

d'expertisés. Il faut y joindre, les téléphonistes, les employés de T.S.F., les contrôleurs de sons dans l'industrie cinématographique, les secrétaires et sténo-dactylographes. Certains ouvriers spécialisés de l'industrie automobile ont besoin d'une acuité auditive intacte :  preuves au banc d'essai, mise au point d'un moteur ou de tout autre mécanisme, rodage d'engrenages (la plupart des ateliers comportent des « chambres de silence »).

Il y aura lieu d'augmenter les taux d'incapacité indiqués ci-dessus, d'un pourcentage supplémentaire en rapport avec les nécessités de chacun de ces métiers spéciaux ; le seuil d'incapacité correspond à un degré d'hypoacousie moindre que dans la généralité des métiers et pour un même degré, le taux d'incapacité est plus élevé. Spécifier dans le rapport les éléments justifiant l'augmentation du pourcentage.

II. — Bourdonnements :

En règle générale, les bourdonnements d'oreille ou bruits subjectifs d'origine traumatique n'existent pas à l'état isolé, c'est-à-dire en dehors de tout déficit auditif ; mais ils ne sont pas forcément conditionnés par un déficit important. Comme ils échappent à tout contrôle direct, ils ne seront pris en considération que si le sujet a manifesté par ailleurs, une bonne foi évidente au cours de l'examen acoumétrique.

Bourdonnements assez violents pour gêner le sommeil ou créer un certain état de dépression psychique 5 à 10

(Ce pourcentage s'ajoute par simple addition, à celui afférent à la surdité).

III. — Vertiges et troubles de l'équilibre :

On admet généralement que le vertige traduit toujours une atteinte du labyrinthe ou plus exactement du vestibule, en entendant par ce mot, non seulement l'appareil périphérique, partie de l'oreille interne, mais aussi ses voies nerveuses centrales. Le vertige phénomène subjectif, s'accompagne toujours en principe, de troubles de l'équilibre, phénomène objectif.

Les vertiges post-traumatiques sont, plus souvent encore que les troubles auditifs, l'objet d'expertise otologique. Ils constituent un des éléments les plus fréquents et les plus importants du « syndrome post-commotionnel ». Ils s'y rencontrent assez souvent indépendamment de tout trouble auditif. Par contre, il est assez rare de les observer en dehors de tout autre trouble de commotion nerveuse (céphalées, troubles de mémoire, fatigabilité, etc...).

L'otologiste est donc appelé, isolément ou en collaboration avec un neurologue, à expertiser la plupart des accidentés souffrant de troubles post-commotionnels. Lorsque les éléments du syndrome autres que le vertige sont peu accusés, il s'acquitte généralement à lui seul, de la mission d'expertise. Dans le cas contraire, il demande l'adjonction d'un expert en neurologie.

Variétés de vertiges

L'analyse de la sensation vertigineuse doit être faite au cours de l'interrogatoire du sujet, de façon à se rendre compte de la gêne qu'il peut en éprouver ou du risque qu'il peut encourir. Il en existe deux formes :

a) Dans une première forme, le vertige est du type labyrinthique classique. Il procède par accès imprévus plus ou moins violents pouvant entraîner un fort déséquilibre et la chute brusque ; cet accès s'accompagne fréquemment de nausées et de vomissements ;

b) Dans une deuxième forme, la plus fréquente, type commotionnel ou subjectif, il s'agit de sensations vagues d'instabilité, avec éblouissements ; le sujet craint de tomber, mais ne tombe pas ; les accès sont discrets et brefs, plus ou moins espacés, survenant principalement à l'occasion des mouvements brusques et de certaines attitudes de la tête. Dans les cas graves, ils constituent presque un état de mal.

Diagnostic - Contrôle

Le vertige étant un phénomène subjectif, pose en expertise un difficile problème d'estimation d'incapacité. Son contrôle se basera sur le comportement général et l'interrogatoire du blessé, sur la recherche des troubles de l'équilibre et des troubles vestibulaires spontanés, sur la valeur des réflexes vestibulaires et, indirectement, sur les données de l'examen acoumétrique.

a) Comportement général du blessé :

Son interrogatoire.

La façon dont se comporte le blessé doit être bien observée d'un bout à l'autre de l'examen.

Lorsque les vertiges s'accompagnent d'autres troubles post-commotionnels, l'interrogatoire convenablement conduit, apportera généralement un des meilleurs tests de contrôle : la description conforme et spontanée par l'expertisé de ce complexe très particulier qu'est le « syndrome subjectif commun ».

b) Recherche des troubles vestibulaires objectifs spontanés :

Des troubles de l'équilibre devraient, en principe, permettre d'objectiver tout vertige ; mais dans la plupart des cas, ces troubles n'apparaissent qu'au moment même de la sensation vertigineuse qui peut être de très courte durée ; il sont souvent insaisissables parce que trop légers ou trop brefs. On les déclenchera parfois en faisant exécuter par le sujet, certaines manœuvres favorables à l'apparition du vertige.

D'autre part, un examen méthodique permet dans certains cas de déceler de petits troubles vestibulaires objectifs spontanés ; mais ils sont souvent très discrets et demandent à être recherchés avec méthode : fin nystagmus, spontanés, nystagmus de position, déviation spontanée des deux bras ou d'un seul bras ; Romberg positif, déviation de la marche aveugle ; dysharmonie vestibulaire. Chacun de ces signes, même isolé (cas fréquent), a une valeur de contrôle considérable, à condition qu'il soit net et retrouvé toujours semblable à lui-même à chaque répétition de l'épreuve.

c) Etude des réflexes vestibulaires :

La réflectivité vestibulaire que l'on étudie par les épreuves dites « instrumentales » (calorique, rotatoire), peut se présenter sous les modalités suivantes : inexcitabilité, hypoexcitabilité, excitabilité dysharmonieuse, hyperexcitabilité, excitabilité normale.

a) L'hypoexcitabilité unie ou bilatérale (qu'elle porte sur l'ensemble des canaux semi-circulaires ou sur un seul groupe de ces canaux), de même que l'excitabilité dysharmonieuse, permettent de conclure à une atteinte organique de l'appareil labyrinthique. La réalité des vertiges ne peut alors être discutée ; en général, leur régression ne se fera que très lentement ; les expertises en révision permettent, en effet, de constater que le déficit des réflexes persiste le plus souvent et qu'il s'est parfois aggravé. L'inexcitabilité complète évoquerait l'hypothèse d'une fracture du labyrinthe.

b) L'hyperexcitabilité vestibulaire est le plus souvent bilatérale. Dans certains cas, elle consiste en une exagération des réflexes vestibulaires proprement dits. Mais le plus souvent, elle est représentée par des phénomènes réactionnels dépassant le domaine de la physiologie labyrinthique (troubles vaso-moteurs de la face, tachycardie, tremblements, vertiges, déséquilibre de sens non systématisés, tendance syncopale) ; elle fait alors partie de ce test général de commotion cérébro-labyrinthique ; l'exagération de l'ensemble des réactions psychomotrices aux diverses excitations sensorielles. Dans les deux cas, l'hyperexcitabilité vestibulaire est un bon signe permettant d'authentifier les troubles post-commotionnels (vertiges entre autres) accusés par le blessé.

Mais elle leur confère une gravité moindre que dans le cas précédent ; elle ne représente, en effet, qu'un état transitoire et dans la plupart des cas de ce genre, l'expertise en révision montre, en effet, que les réactions ont repris une valeur normale ou à peu près normale.

c) La constatation d'une excitabilité normale n'exclut pas l'existence de vertiges post-commotionnels. Une assez forte proportion (50 p. 100 environ), de vertigineux d'origine traumatique, dont on a, par ailleurs, de bonnes raisons d'admettre la parfaite sincérité, se présente, en effet, avec des réflexes vestibulaires quantitativement et qualitativement normaux.

d) Une formule acoumétrique indiquant une atteinte de l'appareil cochléaire témoigne de son côté, bien qu'indirectement, en faveur de la réalité des vertiges dont se plaint le blessé. D'une façon générale, l'examen cochléaire et l'examen vestibulaire se prêtent un mutuel appui.

Echelle de gravité. Pourcentage d'incapacité

En se basant sur les données précédentes, on peut établir une échelle de gravité des vertiges et de l'incapacité correspondante :

1° degré :

Pas de trouble vestibulaire objectif (ni spontané, ni réflexe), pas de déficit cochléaire .. 5 à 10

2° degré :

Hyperexcitabilité aux épreuves vestibulaires .. 10 à 20

3° degré :

- a) Un ou plusieurs troubles vestibulaires objectifs spontanés ;
 b) Réflexes vestibulaires déficitaires ou dysharmonieux ;
 Dans ces deux cas 20 à 40

(En cas d'association, les pourcentages ci-contre, seront appliqués suivant les indications données pour le calcul des incapacités multiples).

Remarques relatives à certaines professions.

Les vertiges offrent pour l'exercice de certains métiers, non seulement une gêne particulièrement marquée, mais aussi un danger vital en raison des chutes qu'ils peuvent provoquer. Les ouvriers peintres, couvreurs, maçons, électriciens, tapissiers, chauffeurs d'automobiles, etc..., rentrent dans ce cas. Pour ces professions, on établira l'incapacité à la limite supérieure des diverses marges qui viennent d'être indiquées ou même au-dessus. Les éléments justifiant cette augmentation du pourcentage, seront indiqués dans le rapport.

Cependant, les vertiges ayant le plus souvent une évolution régressive, on n'aura qu'exceptionnellement à prévoir un changement de profession.

IV. — Otite suppurée chronique :

L'otite traumatique est la conséquence d'une infection de l'oreille moyenne qui s'est faite à la faveur d'une rupture du tympan et qui est passée à l'état chronique. Le plus souvent, cette rupture du tympan est liée à une fracture du rocher ou à une action directe et particulièrement à un choc pneumatique (explosions).

Si en matière d'accidents du travail, la loi ne permet pas de tenir compte du danger vital entretenu par l'otite traumatique, il est par contre, légitime de considérer que les précautions, les soins médicaux nécessités par cette otite et la perte de temps qui en résulte, atténuent dans une certaine mesure la capacité professionnelle.

Otorrhée tubaire unilatérale	1 à 5
Otorrhée tubaire bilatérale	1 à 8
Otite suppurée chronique avec ostéite unilatérale	5 à 10
Otite suppurée chronique avec ostéite bilatérale	8 à 15

(L'otite traumatique étant toujours associée au moins à des troubles auditifs, les pourcentages ci-contre seront appliqués suivant les indications données pour le calcul des incapacités multiples).

V. — Paralysie faciale :

Toujours associée à des troubles auditifs ou vertigineux et parfois, en outre, à une otite.

Paralysie faciale unilatérale	10 à 30
Diplégie faciale (exceptionnel)	20 à 50

(Les pourcentages ci-contre seront appliqués suivant les indications données pour le calcul des incapacités multiples).

VI — Mutilations et cicatrices vicieuses de l'oreille externe :

Ces déformations peuvent être dues à une plaie traumatique quelconque, à une brûlure, exceptionnellement à un eczéma d'origine professionnelle. Elles portent sur le pavillon ou sur le conduit :

a) Les déformations cicatricielles du pavillon, la perte même de cet organe n'entraînent pas d'incapacité du travail. Exceptionnellement, l'enlaidissement qu'elles produisent peut gêner la faculté de reclassement de l'ouvrier.

Le taux de ce préjudice esthétique varie suivant son importance et suivant la profession	2 à 10
--	--------

b) Il faut qu'une sténose du conduit soit très serrée pour déterminer par elle-même, une diminution de l'acuité auditive. En dehors de cette éventualité, elle entraîne un certain degré d'incapacité dans la mesure où elle entrave le nettoyage régulier du conduit, favorise le dépôt de cérumen ou fait obstacle au traitement d'une suppuration de la caisse.

Sténose unilatérale suivant le degré	1 à 5
Syénose bilatérale suivant le degré	1 à 10

(En cas d'association, ces pourcentages seront appliqués suivant les indications données pour le calcul des incapacités multiples).

CHAPITRE VII

OPHTALMOLOGIE

Art. 46. — ALTERATION DE LA FONCTION VISUELLE.

Il y a lieu de tenir compte :

- 1° des troubles de la vision centrale ;
- 2° des troubles de la vision périphérique ;
- 3° des troubles de la vision binoculaire ;
- 4° des troubles du sens chromatique et du sens lumineux.

I. — Cécité complète et quasi-cécité ou cécité professionnelle :

Sont atteints de cécité complète, ceux dont la vision est abolie (V = 0, au sens absolu du mot, avec abolition du réflexe lumineux).

Sont considérés comme atteints de quasi-cécité ou cécité professionnelle, ceux dont la vision centrale est égale ou inférieure à 1/20°, d'un œil, celle de l'autre étant inférieure à 1/20°, qu'il y ait ou non déficience des champs visuels.

Cécité complète	100
Quasi-cécité ou cécité professionnelle	100

II. — Perte complète de la vision d'un œil, l'autre étant normale :

Est perdu l'œil dont la vision est complètement abolie.

Est considéré comme perdu, celui dont la vision est inférieure à 1/20° (perte de la vision professionnelle d'un œil).

Il faut distinguer les cas de perte de la vision sans lésion apparente, des cas de mutilation (énucléation, etc...) ou de difformités apparentes (staphylomes étendus, etc...).

Perte de la vision d'un œil sans difformité apparente	25 à 30
Ablation ou altération du globe avec prothèse possible	28 à 33
Sans prothèse possible	35 à 40
	et même
	d'avantage
	suivant
	l'importance
	de la mutilation

III. — Diminution de la vision des deux yeux :

1° Le degré de vision sera estimé en tenant compte de la correction optique par les verres ;

2° On utilisera l'échelle optométrique décimale dite de Monoyer bien éclairée et imprimée sur une page blanche ;

3° Il y a lieu de répéter que, dans les examens fonctionnels, le spécialiste devra toujours recourir aux procédés habituels de contrôle. Dans certains cas, mention sera portée qu'il a été nécessaire de recourir à ces épreuves sans qu'il y ait lieu de spécifier celles qui ont été employées.

IV. — Vision périphérique, champ visuel :

- 1° Rétrécissement sensiblement concentrique du champ visuel (taux à ajouter à celui de l'acuité visuelle centrale).
- A 30° :

Un seul œil	3 à 5
Les deux yeux	5 à 20
Moins de 10° :	
Un seul œil	10 à 15
Les deux yeux	70 à 80

2° Scotomes centraux suivant étendue (le taux se confond avec celui attribué à la baisse de la vision).

Un seul œil (suivant le degré de vision	15 à 30
Les deux yeux (suivant le degré de vision) ..	40 à 100

3° Hémianopsie :

a) Hémianopsie avec conservation de la vision centrale :

Hémianopsie homonyme droite ou gauche	30 à 35
Hémianopsie hétéronyme :	
Nasale	10 à 15
Bitemporale	70 à 80
Hémianopsie horizontale :	
Supérieure	10 à 15
Inférieure	30 à 50
Hémianopsie dite en quadrant :	
Supérieure	7 à 10
Inférieure	20 à 25

Ce taux s'ajoutera à celui de l'hémianopsie horizontale ou verticale dans les cas où trois quadrants du champ visuel ont disparu.

Hémianopsie chez un borgne avec conservation de la vision centrale :

Nasale	60 à 70
Inférieure	70 à 80
Temporale	80 à 90

b) Hémianopsie avec perte de la vision centrale unie ou bilatérale. Ajouter à ces taux celui indiqué par le tableau ci-dessous sans que le total puisse dépasser 100 p. 100.

V. — Vision binoculaire ou simultanée :

Le déséquilibre de la fonction qui permet aux deux yeux de fixer le même objet, entraînant une diplopie, lorsque le degré de vision est suffisant des deux côtés :

Diplopie	5 à 20
Diplopie dans la partie inférieure du champ ..	10 à 25

TABLEAU GENERAL D'EVALUATION

(VISION CENTRALE) (1)

Son utilisation est facile ; le degré de vision est indiqué en première colonne horizontale pour un œil et verticale pour l'autre. Au point de rencontre des deux colonnes qui en partent, se lit le taux d'invalidité. (Il est à remarquer que le degré de vision indiqué est celui de la vision restante et non celui de la vision perdue).

Degré de vision	9/10 à 8/10	7/10 à 6/10	5/10 à 4/10	3/10	2/10	1/10	1/20	Moins d' 1/20	Enucléation (2) prothèse
9/10 à 8/10	0	2 à 3	4 à 7	8 à 11	15 à 18	19 à 22	22 à 25	25 à 30	28 à 33
7/10 à 6/10	2 à 3	5 à 6	7 à 10	12 à 15	18 à 21	22 à 25	25 à 30	30 à 35	33 à 38
5/10 à 4/10	4 à 7	7 à 10	10 à 13	18 à 21	22 à 25	25 à 30	35 à 40	45 à 50	48 à 53
3/10	8 à 11	12 à 15	18 à 21	22 à 25	30 à 35	40 à 45	50 à 55	55 à 60	58 à 63
2/10	15 à 18	18 à 21	22 à 25	30 à 35	45 à 50	55 à 60	60 à 70	70 à 80	73 à 83
1/10	19 à 22	22 à 25	25 à 30	40 à 45	55 à 60	70 à 80	80 à 90	90 à 95	93 à 98
1/20	22 à 25	25 à 30	35 à 40	50 à 55	60 à 70	80 à 90	95 à 98	100	100
Moins d' 1/20	25 à 30	30 à 35	45 à 50	55 à 60	70 à 80	90 à 95	100	100	100
Enucléation prothèse (2)	28 à 33	33 à 38	48 à 53	58 à 63	73 à 83	93 à 98	100	100	100

VI. — Troubles du sens chromatique et du sens lumineux :

Ces troubles d'ailleurs très rares, sont des symptômes de lésion de l'appareil nerveux sensoriel ; ils entrent en ligne de compte dans l'appréciation de l'invalidité due à ces lésions.

VII. — Quelques cas particuliers :

1° Tale de cornée :

L'évaluation est faite, d'après le tableau d'acuité visuelle. Un taux complémentaire basé sur le degré de vision obtenu après retrécissement pupillaire (fort éclairage par exemple) sera ajouté dans les conditions suivantes :

a) En cas de tale centrale (la vision diminue lorsque la pupille se rétrécit : travail en pleine lumière, travail de près) ;

b) Lorsque la vision optima n'est obtenue qu'avec l'aide d'un verre de degré élevé (ces verres, souvent théoriques, peuvent gêner la vision binoculaire) ;

c) Lorsque la tale entraîne un éblouissement qui gêne même la vision de l'œil opposé (non blessé).

2° Paralysie de l'accommodation et du sphincter irien :

Ophtalmoplégie interne locale :

Unilatérale	10 à 15
Bilatérale	15 à 20

Mydriase existant seule et déterminant des troubles fonctionnels :

Unilatérale	3 à 5
-------------------	-------

Observations importantes

(1) Le degré de vision (échelle Monoyer), doit être entendu après correction (à moins que le verre nécessaire soit d'un degré trop élevé, cas dans lequel on ajoute 3 ou 5 p. 100).

(2) En cas de perte de l'œil avec prothèse impossible, ajouter au taux d'incapacité ci-dessus 10 p. 100, 15 p. 100 ou même davantage suivant l'importance de la mutilation.

Bilatérale 7 à 10

3° Cataractes :

a) Non opérées ou inopérables :

Taux d'invalidité fixé d'après le degré de vision (tableau d'évaluation). Un taux complémentaire sera ajouté pour les raisons signalées à propos des taies ; en cas de cataracte centrale ou de cataracte complète entraînant par éblouissement, une gêne de la vision de l'autre œil.

b) Opérées ou résorbées :

Si la vision, après correction, est égale ou inférieure à celle de l'œil non cataracté, ajouter, en raison de l'impossibilité de fusion, des images et de la nécessité de porter un verre 15 p. 100, sans que le taux d'invalidité dépasse 30 p. 100 (taux maximum de la perte de vision d'un œil (1)).

Si la vision de l'œil non cataracté est plus mauvaise ou nulle, se reporter au tableau d'évaluation ci-dessus, en donnant la meilleure correction optique à l'œil aphake et en ajoutant 20 p. 100 pour l'obligation de porter des verres spéciaux et pour perte d'accommodation (2).

c) Cataractes bilatérales opérées ou résorbées :

L'aphakie bilatérale comporte une invalidité de base de 35 p. 100 à laquelle on ajoutera le taux d'incapacité correspondant à la diminution de vision centrale (voir le tableau d'évaluation) sans que le taux puisse dépasser 100 p. 100 (3).

4° Les luxations du cristallin, les hémorragies intra-oculaires, troubles du vitre, etc... seront évaluées d'après le degré de vision.

Art. 47. — ANNEXES DE L'ŒIL.

I — Orbité :

1° Nerfs moteurs :

Paralysie d'un ou plusieurs nerfs oculo-moteurs (voir diplopie)

En cas de paralysie consécutive à une affection du système nerveux central, se reporter à l'affection causale (voir barème spécial).

2° Nerfs sensitifs :

Névrites, névralgies très douloureuses 15 à 25

(1) Exemple :

V.O.D. sain = 10/10 (= 15 + (4 à 7) = 19 à 22.

V.O.G. opéré = 5/10 + 10 d.

ou encore :

V.O.G. opéré = 1/10 = 15 + (19 à 22) (= 34 à 37 p. 100).

V.O.D. = 10/10.

(à ramener à 30 p. 100).

(2) Exemple :

Œil opéré : 10/10 + 10 d.) = 20 + 19 à 22) = 39 à 42
Œil non opéré : 1/10 (

(3) Exemple :

OD aphake 7/10) = 35 + (2 à 3) = 37 à 38.

CG aphake 7/10 (

OD aphake 3/10) = 35 + (18 à 21) = 53 à 56.

OG aphake 5/10 (

(= 35 + (70 à 80) = 105 à 115, taux

à ramener à 100 p. 100 : l'aphake

bilatéral peut, en effet, être considéré

dans ce cas comme se trouvant en état

d'incapacité professionnelle absolue.

Lésions de la V° paire (syndrome neuro-paralytique) suivant le degré de vision, 15 p. 100 à ajouter au trouble visuel).

3° Altérations vasculaires (anévrismes, etc...) indemniser les troubles fonctionnels (voir barème spécial).

II. — Paupières :

1° Déviation des bords palpébraux (entropion, trichiasis, ectropion, cicatrices vicieuses, symblépharon, ankyloblépharon, suivant étendue), ajouter à la diminution de la vision et à la défiguration éventuelle 5 à 20

2° Ptosis ou blépharospasme : taux basé sur le degré de vision et suivant qu'en position primaire (regard horizontal de face), la pupille est plus ou moins découverte :

Un œil 5 à 25
Les deux yeux 20 à 70

3° Lagophtalmie cicatricielle ou paralytique : ajouter aux troubles visuels 10 p. 100 pour un œil.

4° Voies lacrymales :

Larmolement 0 à 10

Fistules (résultant par exemple de dacryocystite ou de lésions osseuses) :
Pour chaque œil 5 à 10

CHAPITRE VIII
THORAX

Art. 48. — FRACTURES.

Fracture du sternum

La fracture isolée du sternum est :

- a) Simple 3 à 10
- b) Avec enfoncement sans lésions et suivie de douleurs qui empêchent tout effort violent 10 à 20
- c) Avec lésions profondes du cœur, des vaisseaux, des poumons (voir ces mots).

Fracture des côtes non compliquées

- Suivant la déformation et le degré de gêne fonctionnelle, le nombre de côtes brisées .. 2 à 30
- Grands fracas du thorax 30 à 50
- Pleurésie traumatique avec déformations thoraciques consécutives indélébiles et troubles fonctionnels 5 à 30
- Hémothorax. Adhérences et rétraction thoraciques consécutives 5 à 20
- Fyothorax empyème), suivant le fonctionnement pulmonaire révélé par les signes physiques et la radioscopie, le retrait de la cage thoracique ou le retentissement sur l'état général 10 à 50
- Hernie irréductible du poumon 10 à 40

Art. 49. — TUBERCULOSE (1).

(1) A. — Tuberculoses osseuses et articulaires : 1° lorsque les lésions de tuberculose osseuse ou articulaire ne sont pas consolidées, quelle qu'en soit la localisation et quel qu'en soit le degré de gravité, le blessé doit être maintenu en état d'incapacité temporaire ; 2° Lorsque les lésions de tuberculose osseuse ou articulaire sont consolidées, il convient de déterminer le pourcentage correspondant à l'invalidité réelle (se reporter aux chapitres ankyloses, raccourcissements, etc...).

B. — Tuberculoses viscérales, etc... En dehors de la tuberculose pulmonaire, il y a lieu de se reporter aux chapitres concernant les différents viscères, la peau, etc...

Tuberculose pulmonaire. — Il importe de noter que, dans la plupart des cas, il n'y aura lieu d'évaluer que la poussée évolutive, la tuberculose pulmonaire préexistante étant une lésion indépendante de l'accident en cause d'où cette double possibilité :

1° Il n'existe pas du fait de l'accident, de modification de la lésion antérieure : il y a seulement à évaluer la durée de l'incapacité temporaire (poussée évolutive)

2° Il existe, du fait de l'accident une modification de la lésion antérieure : il y a à évaluer cette modification sous forme d'une incapacité permanente

10 à 100

Art. 50. — CŒUR ET AORTE.

NOTA. — Dans les cas de troubles cardiaques fonctionnels et de troubles subjectifs, sans asystolie et sans signes stéthoscopiques de lésions valvulaires ou péricardiques, tels que les cas de palpitations simples, de tachycardie sans lésion, de douleurs précordiales, de dilatation et hypertrophie cardiaques dites de fatigue ou de croissance, il est désirable que l'examen des sujets soit confié à des médecins possédant une compétence spéciale en cardiologie.

Adhérences péricardiques ou lésions valvulaires, coexistant ou existant séparément ou myocardites :

a) Bien compensées	5 à 20
b) Avec troubles fonctionnels caractérisés ...	20 à 80
c) Avec asystolie confirmée	80 à 100
d) Ruptures traumatiques de valvules	50 à 100

Affections cardio-rénales consécutives à une maladie infectieuse ou à une intoxication suivant les troubles fonctionnels ou les complications

30 à 90

Artério-sclérose (Ne donne pas lieu à estimation d'invalidité).

Anévrisme de l'aorte. L'anévrisme de l'aorte dans les cas très rares où il est d'origine traumatique ou infectieuse en dehors de la syphilis

40 à 80

CHAPITRE IX ABDOMEN

Art. 51. — ESTOMAC.

Ulcère chronique (1) :

a) Séquelles cicatrisées	10 à 40
b) Rétrécissement du pylore, dilatation d'estomac, amaigrissement	50 à 80
c) Adhérences douloureuses	10 à 40
Fistule stomacale, suivant l'état de dénutrition rapide, la nécessité de soins constants, les douleurs, les complications	30 à 90

Art. 52. — INTESTIN GRELE.

Fistules intestinales :

a) Fistules étroites	20 à 30
b) Fistules larges, bas situées	40 à 70
c) Fistules larges, haut situées	70 à 90

Art. 53. — GROS INTESTIN.

Fistules stercorales :

a) Fistule stercorale étroite ne livrant passage qu'à des gaz et à quelques matières liquides	20 à 30
---	---------

(1) Il importe de noter que, dans la plupart des cas, il n'y aura lieu d'évaluer que la poussée évolutive, l'ulcère préexistant étant une lésion indépendante de l'accident en cause, d'où cette double possibilité :

1° Il n'existe pas, du fait de l'accident, de modification de la lésion antérieure ; il y a seulement à évaluer la durée de l'incapacité temporaire (poussée évolutive) ;

2° Il existe, du fait de l'accident, une modification de la lésion antérieure ; il y a à évaluer cette modification sous forme d'une incapacité permanente.

b) Fistule stercorale livrant passage à une certaine quantité de matières, la défécation s'effectuant à peu près normalement	30 à 40
c) Anus contre nature livrant passage à la presque totalité du contenu intestinal avec défécation supprimée ou presque	80 à 90

Frolapsus du rectum : voir incontinence ou rétention fécale

80 à 90

Fistules anales : suivant leur siège (extra-sphinctérienne ou intra-sphinctérienne), leur nombre et leur étendue

10 à 40

Incontinence ou rétention fécale par lésions du sphincter ou de l'orifice anal avec ou sans prolapsus du rectum

30 à 70

Appendicite (si imputable et opérée suivant l'état de la cicatrice)

0 à 30

Hernies (en relation avec l'accident) :

Hernie inguinale opérée	0
Hernie inguinale réductible bien maintenue ..	5 à 8
Hernies bilatérales (d'après les caractères)	5 à 12
Hernie inguinale irréductible	15 à 25
Hernie crurale, ombilicale, ligne blanche épigastrique	5 à 12

Art. 54. — PAROIS DE L'ABDOMEN.

Cicatrices opératoires normales (sauf de très vastes cicatrices, une cicatrice opératoire normale n'entraîne pas d'invalidité appréciable).

Cicatrices ou éventrations :

a) Cicatrices (sans éventration) très larges et adhérentes limitant les mouvements du tronc	10 à 30
b) Cicatrices avec éventration post-opératoire après cure radicale	5 à 30
c) Cicatrices avec éventration après laparotomie (appareillable ou non)	15 à 50
Rupture isolée du grand droit de l'abdomen ...	8 à 20
Hernie ou éventration sans cicatrices consécutives à des ruptures musculaires étendues ..	10 à 40
Éventration hypogastrique	10 à 20

En cas d'éventration lombaire concomitante (voir plus bas).

Art. 55. — FOIE.

Rein mobile toujours indépendant du traumatisme. ou post-opératoires

20 à 60

Art. 56. — RATE.

Splénectomie suivant le résultat de l'examen du sang au repos et après effort

15 à 30

CHAPITRE X APPAREIL GENITO-URINAIRE

Art. 57. — REINS.

Néphrectomie avec intégrité fonctionnelle de l'autre rein	30
Néphrectomie avec azotémie irréductible de 0,60 à 1 gramme	30 à 60
Néphrectomie avec azotémie irréductible supérieure à 1 gramme	60 à 100
Néphrectomie même si la modification rénale n'atteint pas ce taux lorsqu'il y a une complication cicatricielle, éventration, paralysie partielle des muscles de l'abdomen ..	50 à 70
Éventration lombo-abdominale seule	10 à 30
Contusions et ruptures du rein selon séquelles : azotémie, albuminurie, hématurie, etc.	10 à 100
Hydronephrose traumatique	30 à 50
Modification d'une hydronephrose antérieure ..	15 à 30
Rupture d'uretère avec périnéphrose ou fistule persistante	30 à 50

Rein mobile toujours indépendant du traumatisme.

Eyélonephrite post-traumatique ascendante ou descendante :	
Unilatérale	30 à 50

Bilatérale	60 à 80
Phlegmon périméphrétique après traumatisme à distance infecté (panaris, phlegmon, etc...) ou après contusion rénale	10 à 20
Tuberculose rénale : Modification par traumatisme	15 à 30

Art. 58. — VESSIE.

Eventration hypogastrique après cystostomie ..	10 à 30
Fistule hypogastrique persistante	50 à 70
Cystite chronique persistante par sondages répétés	20 à 40

Avec infection rénale : >

Unilatérale	40 à 60
Bilatérale	60 à 80

Rétention d'urine chronique et permanente (par lésion de la moelle, de la queue de cheval) :	
Complète	40 à 60
Incomplète	20 à 40
Avec infection rénale	40 à 80
Incontinence d'urine rebelle ou permanente par lésion nerveuse	20 à 40

Le pourcentage de la rétention ou de l'incontinence d'urine par lésion médullaire est à combiner avec celui qu'entraîne par elle-même la blessure de la moelle.

Art. 59. — URETRE.

Rétrécissement de l'urètre postérieur :	
Infranchissable	60 à 80
Difficilement franchissable	30 à 50
Facilement dilatable	15 à 30
Avec destruction du sphincter anal et incontinence des matières	60 à 90

Rétrécissement de l'urètre antérieur :

Facilement dilatable	15 à 30
Difficilement dilatable	30 à 50
Autoplastie cutanée ou autre de l'urètre après opération	20 à 50
Fistule urinaire persistante avec rétrécissement traumatique	30 à 40

Destruction totale de l'urètre antérieur :

La miction se faisant :

Par méat périméal	50 à 70
Par méat hypogastrique	80 à 90

Ce taux représente l'invalidité globale. Rétrécissement de l'urètre avec complications rénales infectieuses (voir plus haut) et combiner ensemble l'incapacité du rétrécissement et celle de l'infection rénale : pyélonéphrite).

Art. 60. — APPAREIL GENITAL.

Atrophie ou destruction ou suppression opératoire :

a) D'un testicule	1 à 10
b) Des deux testicules suivant l'âge	20 à 50
Emasculatation totale, c'est-à-dire disparition de la verge, de l'urètre antérieur, du scrotum et des testicules (la miction se faisant par un méat périméal ou hypogastrique)	80 à 90
Hématocèle et hydrocèle post-traumatique	5 à 15
Séquelles de contusion du testicule ou torsion..	5 à 10
Tuberculose épiddymo-testiculaire modifiée par le traumatisme :	
Unilatérale	10 à 15
Bilatérale avec lésions prostatovésiculaires ..	15 à 30

CHAPITRE XI

BASSIN

Art. 61. —

Luxation irréductible du pubis ou relâchement étendu de la symphyse pubienne	10 à 25
Fractures du bassin :	
Partielle (aile iliaque, branche horizontale de pubis et branche ichéopubienne)	8 à 18

Double verticale, etc...	15 à 40
Ducotyle et luxation centrale	25 à 70
Fractures du sacrum :	
a) Aileron	5 à 10
b) Verticale ou transversale simple	15 à 40
c) Avec troubles sphinctériens et génitaux ..	60 à 80
Fractures du coccyx suivant les séquelles douloureuses	5 à 20
Arthrite sacro-iliaque	8 à 25

CHAPITRE XII

CICATRICES

Art. 62. —

(Voir raideurs et ankyloses des diverses articulations).

Cicatrices de l'aisselle limitant plus ou moins

l'abduction du bras :

a) Bras collé au corps	30 à 40	25 à 30
b) Abduction limitée de 10° à 45°	20 à 30	15 à 25
c) Abduction limitée de 45° à 90°	15 à 20	10 à 15
d) Abduction conservée jusqu'à 90° mais sans élévation possible	10 à 15	5 à 10

Cicatrices du coude entravant l'extension

complète ; extension limitée :

a) A 135°	10 à 15	8 à 12
b) A 90°	15 à 20	12 à 15
c) A 45°	35 à 40	25 à 30
d) En-deçà de 45°, l'avant-bras étant maintenu en flexion à angle très aigu	45 à 50	35 à 40

Cicatrices du creux poplité entravant l'extension complète :

Extension limitée :

a) Entre 135° et 170°	10 à 30
b) Entre 90° et 135°	30 à 50
c) Jusqu'à 90° au moins	50 à 60

Cicatrices de la plante du pied incurvant la

pointe ou l'un des bords

Cicatrices douloureuses et ulcérées suivant le

siège, l'étendue et l'intensité des accidents ..

Ostéomes

CHAPITRE XIII

OSTEOMYELITE

Art. 63. —

Fistule persistante unique

Fistule persistante multiple rebelle à des interventions répétées avec os volumineux et

irrégulier

Ostéomyélite aiguë des adolescents (exceptionnellement traumatique).

Cicatrisation, mais persistance d'un os volumineux, irrégulier, douloureux par places ..

5 à 10

CHAPITRE XIV

SYPHILIS

Art. 64. —

A. — Dans les cas exceptionnels où l'inoculation syphilitique pourra être considérée comme un accident du travail, la période d'incapacité temporaire répondra à la période contagieuse initiale pendant laquelle le traitement dit « de blanchiment » a été suivi.

Le taux d'invalidité permanente partielle

devra être évalué en tenant compte de l'âge

et de l'état de santé antérieur du sujet plus

ou moins capable de supporter dans l'avenir

un traitement actif

B. — Réveil d'accidents syphilitiques tertiaires à l'occasion

de traumatismes (gommes, etc...) (Même remarque qu'en ce

qui concerne la tuberculose pulmonaire et l'ulcère de l'estomac,

(Voir chapitres VIII et IX).

Art. 65. — Le directeur de la sécurité sociale est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au Journal officiel de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 11 avril 1967.

Abdelaziz ZERDANI

AVIS ET COMMUNICATIONS

MARCHES. — Appels d'offres

MINISTERE DES POSTES ET TELECOMMUNICATIONS

DIRECTION REGIONALE DES POSTES ET TELECOMMUNICATIONS DE CONSTANTINE

Un avis d'appel d'offres ouvert est lancé en vue de la réalisation du lot n° 2, chauffage central, de la construction d'un centre d'amplification et hertzien à El Milia.

Les entrepreneurs intéressés pourront consulter ou se faire délivrer contre paiement, les dossiers nécessaires à la présentation de leurs offres, dans les services désignés ci-dessous :

1° Ministère des postes et télécommunications, direction des services postaux et financiers, 4 Bd Salah Bouakour, le Telemly, 4° étage, bureau 407, Alger.

2° Direction régionale des postes et télécommunications à Constantine.

La date limite de réception des offres est fixée au 31 mai 1967 à 18 heures.

Elles devront être adressées par poste, sous pli recommandé ou déposées contre reçu dans les services précités.

Le délai pendant lequel les candidats seront engagés par leurs offres, est fixé à 90 jours.

Les candidats fixeront le délai d'exécution dans leur soumission et feront parvenir toutes justifications utiles concernant leur qualification (certificat d'architecte, certificat de qualification professionnelle) ainsi que les pièces ci-après :

- 1) Déclaration conforme justifiant leur situation juridique.
- 2) Attestation de mise à jour vis-à-vis de la CASOREC - CASORAL.
- 3) Quatre documents fiscaux exigés par la circulaire n° 2642 du 9 novembre 1965 du ministère des finances.

MINISTERE DES TRAVAUX PUBLICS ET DE LA CONSTRUCTION

CIRCONSCRIPTION DE TIZI OUZOU

Un appel d'offres est lancé en vue de l'exécution des couches de base et de surface sur la route nationale n° 3 PK. 171.400 à 173.900.

Les travaux sont évalués approximativement à 100.000 DA.

Les candidats pourront consulter et retirer le dossier à la circonscription des travaux publics et de la construction administrative à Tizi Ouzou.

Les offres, nécessairement accompagnées des pièces réglementaires seront adressées à l'ingénieur en chef de la circonscription des travaux publics, cité administrative à Tizi Ouzou, avant le 9 mai 1967, à 18 heures, délai de rigueur.

Les candidats resteront engagés par leurs offres pendant 90 jours.

SERVICE DES ETUDES GENERALES ET GRANDS TRAVAUX HYDRAULIQUES

Caisse algérienne de développement

Etudes des ressources en eau du haut Chelif

Sondages de reconnaissance au site du Kef El Aouda
sur l'Oued Deurdeur

Un appel d'offres ouvert est lancé pour la réalisation de sondages de reconnaissance géologique au site de barrage projeté à Kef El Aouda sur l'Oued Deurdeur, dans le département d'El Asnam.

Le montant des travaux est évalué à : 200.000 DA.

Les candidats peuvent retirer les dossiers d'appel d'offres chez l'ingénieur de la division des études générales du service

des études générales et grands travaux hydrauliques, 225, Bd Colonel Bougara à El Biar (Alger).

Les offres nécessairement accompagnées des pièces réglementaires devront parvenir à l'ingénieur en chef du service des études générales et des grands travaux hydrauliques, 225, Bd Colonel Bougara à El Biar (Alger) avant le 10 mai 1967 à 16 heures, terme de rigueur.

Les candidats resteront engagés par leurs offres pendant 90 jours.

MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES

DIRECTION DE L'ADMINISTRATION GENERALE

Sous-direction du budget, de la comptabilité et du matériel

Un appel d'offres est lancé pour la fourniture du matériel et outillage d'exécution destinés aux centres F.P.A. de Sidi Bel Abbès, Tiaret, Relizane, El Affroun, Beaulieu, Bordj Ménéaël, Oued Aïssi, Sétif, Batna, Constantine, Annaba, à savoir :

— Lot unique - outillage d'exécution.

Les candidats intéressés par cet appel d'offres, pourront retirer les dossiers obligatoires pour la présentation de leur soumission au ministère du travail et des affaires sociales 28, rue Hassiba ben Bouali (sous-direction du budget, de la comptabilité et du matériel).

Les soumissions accompagnées de documents contractuels à fournir pour tous marchés de l'Etat, doivent être adressées sous double enveloppe en recommandé, celle contenant l'offre devant porter la mention « soumission ».

La date limite de réception des plis est fixée au 15 mai 1967, à 18 heures, le cachet de la poste faisant foi.

Le délai pendant lequel les candidats seront engagés par leurs offres est fixé à 90 jours. Dans leur soumission, ils indiqueront le délai d'exécution, et feront parvenir toutes justifications relatives à leur qualification.

MISES EN DEMEURE D'ENTREPRENEURS

L'entreprise Setba, domiciliée route de Tixeraine à Birmeudreïs, titulaire du marché n° 14/63, approuvé le 3 juillet 1963, relatif à la construction en éléments préfabriqués de bâtiments pour divers enseignements dans le département de Médéa, est mise en demeure d'avoir à reprendre l'exécution des travaux de construction du C.E.G. de Boghari, dans un délai de vingt jours (20) à dater de la publication du présent avis au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Faute par l'entreprise d'y satisfaire dans le délai prescrit, il lui sera fait application des dispositions de l'article 14 de l'ordonnance n° 62-016 du 9 août 1962.

La coopérative « Bouamarani », rue Djitli à El Khémis, titulaire du marché n° 02/65, approuvé le 20 mai 1965 relatif à l'exécution des travaux désignés ci-après : fourniture et pose de menuiserie des groupes scolaires en zones rurales dans l'arrondissement de Miliana : Aïn Necour, Tizi Ouchir, Karbouze, Sidi El Ghoul, Merdja, Adelia, ex-ferme Mangeot, ex-ferme Bénichou, Aïn Abdi, Sidi El Ghézali, Smania et Chenoua et dans l'arrondissement de Cherchell : ferme Falsant, 31 lots du Chenoua, Sidi Brahim, El Khouas, cité des Khaouchas, Sidi Larbi, Sadouna, Fedjana, Barreyre Sidi Mohamed Aberkane, Béni Abadallah, est mise en demeure d'avoir à reprendre l'exécution desdits travaux dans un délai de vingt jours (20) à compter de la date de publication du présent avis au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Faute par l'entreprise de satisfaire à cette mise en demeure dans le délai prescrit, il lui sera fait application des dispositions de l'article 14 de l'ordonnance n° 62-016 du 9 août 1962.