

CHAPITRE I **9**

MALADIES INFECTIEUSES ET PARASITAIRES **9**

PREAMBULE	9
LE PRONOSTIC DES MALADIES INFECTIEUSES ET PARASITAIRES	9
I – AFFECTIONS GUERISSANT HABITUELLEMENT SANS SEQUELLE (OU SEQUELLES EXCEPTIONNELLES)	10
I – 1 - MALADIES VIRALES	10
I – 2 - MYCOSES SUPERFICIELLES	10
I – 3 - MALADIES PARASITAIRES	10
I – 4 - MALADIES INTESTINALES INFECTIEUSES	10
I – 5 - ANTHROPOZOONOSES BACTERIENNES	11
I – 6 - AUTRES MALADIES BACTERIENNES	11
II – AFFECTIONS AVEC SEQUELLES LIEES A UNE ATTEINTE SPECIFIQUE D’ORGANE	11
II – 1 - MALADIES VIRALES	11
II – 2 - MALADIES PARASITAIRES	12
II – 3 - MALADIES INFECTIEUSES INTESTINALES	12
II – 4 - AUTRES MALADIES BACTERIENNES	13
III – AFFECTIONS AVEC SEQUELLES FONCTIONNELLES GENERALES	13
IV – CAS PARTICULIER DE L’INFECTION PAR LE VIH	13
IV – 1 - CAS DU “ SIMPLE PORTEUR DE VIH ”	13
IV – 2 - CAS DE L'IMMUNODEFICIENCE DUE AU VIH	14

CHAPITRE II **15**

TUMEURS BENIGNES ET MALIGNES **15**

I – TUMEURS MALIGNES	15
I – 1 - CANCERS ORL	15
I – 2 - CANCERS DIGESTIFS	19
I – 3 - CANCERS DES ORGANES RESPIRATOIRES ET INTRATHORACIQUES	21
I – 4 - TUMEURS MALIGNES DES OS ET DU CARTILAGE ARTICULAIRE	22
I – 5 - TUMEURS MALIGNES DE LA PEAU	22
I – 6 - TUMEURS MALIGNES DU TISSU MESOTHELIAL ET DES TISSUS MOUS	23
I – 7 - TUMEUR MALIGNE DU SEIN	24
I – 8 - TUMEURS MALIGNES DES ORGANES GENITAUX DE LA FEMME	24
I – 9 - TUMEURS MALIGNES DES ORGANES GENITAUX DE L’HOMME	26
I – 10 - TUMEURS MALIGNES DES VOIES URINAIRES	27
I – 11 - OPHTALMOLOGIE	27
I – 12 - CANCERS DU SYSTEME NERVEUX CENTRAL	28
I – 13 - TUMEURS MALIGNES DES GLANDES ENDOCRINES	28
I – 14 - TUMEURS MALIGNES SECONDAIRES ET NON PRECISES	29
I – 15 - TUMEURS MALIGNES PRIMITIVES OU PRESUMEEES PRIMITIVES DES TISSUS LYMPHOIDES, HEMATOPOIETIQUES ET APPARENTES	29
I – 16 - TUMEURS MALIGNES DE SIEGES MULTIPLES INDEPENDANTS (PRIMITIFS)	29

II - TUMEURS IN SITU ET TUMEURS BENIGNES	30
II – 1 - TUMEURS IN SITU	30
II – 2 - TUMEURS BENIGNES	30

CHAPITRE III **31**

HEMATOLOGIE **31**

I – LES ANEMIES	31
II – LES SYNDROMES MYELOPROLIFERATIFS	32
III – PATHOLOGIES DU SYSTEME LYMPHOÏDE ET SYNDROMES IMMUNOPROLIFERATIFS	33
IV – PATHOLOGIES DE L’HEMOSTASE	34

CHAPITRE IV **36**

ENDOCRINOLOGIE **36**

I – MALADIES ENDOCRINIENNES	36
I – 1 - PATHOLOGIES THYROIDIENNES	36
I – 2 - PATHOLOGIES PARATHYROIDIENNES	37
I – 3 - LES PATHOLOGIES SURRENALIENNES	38
I – 4 - LES INSUFFISANCES GONADIQUES :	38
I – 5 - LES INSUFFISANCES HYPOPHYSAIRES	39
I – 6 - LES ADENOMES HYPOPHYSAIRES :	40
I – 7 - PATHOLOGIES ENDOCRINIENNES MULTIPLES ASSOCIEES	41
II – MALADIES METABOLIQUES – NUTRITION	41
II – 1 - LES DIABETES TYPES 1 ET 2	41
II – 2 - LES MALADIES METABOLIQUES DIVERSES	42
II – 3 - OBESITES	43

CHAPITRE V **44**

TROUBLES MENTAUX ET DU COMPORTEMENT **44**

I – ETATS DEMENTIELS	44
II – TROUBLES LIES A L’UTILISATION DE SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES (ALCOOL, OPIACES, COCAÏNE, STIMULANTS, ETC.) ET AUTRES CONDUITES ADDICTIVES	44
III – TROUBLES PSYCHOTIQUES CHRONIQUES (SCHIZOPHRENIQUES ET NON SCHIZOPHRENIQUES)	44
III – 1 - SCHIZOPHRENIES	44
III – 2 - DELIRES CHRONIQUES NON SCHIZOPHRENIQUES (TROUBLES DELIRANTS PERSISTANTS)	45
IV – TROUBLES DE L’HUMEUR	45
IV – 1 - NEVROSE A COMPOSANTE DEPRESSIVE	45
IV – 2 - MANIE CHRONIQUE	45
IV – 3 - TROUBLES BIPOLAIRES	46

IV – 4 - TROUBLES DEPRESSIFS RECURRENTS	46
V – TROUBLES NEVROTQUES	46
V – 1 - TROUBLES PHOBQUES	46
V – 2 - TROUBLES ANXIEUX	46
V – 3 - TROUBLES OBSESSIONNELS	46
V – 4 - MANIFESTATIONS DE CONVERSION; TROUBLES HYSTERIQUES	47
V – 5 - NEVROSE TRAUMATIQUE (SYNDROME PSYCHOTRAUMATIQUE, PSYCHOSYNDROME TRAUMATIQUE, ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE [P.T.S.D.])	47
V – 6 - TROUBLES SOMATOFORMES	48
VI – TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES (PATHOLOGIE DE L'ENFANCE OU DE L'ADOLESCENCE)	48
VII – RETARD MENTAL (CONGENITAL OU ACQUIS DES LA PETITE ENFANCE)	48

CHAPITRE VI **49**

SYSTEME NERVEUX **49**

I – ATTEINTES MOTRICES, SENSITIVES, CEREBELLEUSES D'ORIGINE CENTRALE	49
I – 1 - SEQUELLES MOTRICES ET SENSITIVES D'ORIGINE CEREBRALE	49
I – 2 - SEQUELLES MOTRICES ET/OU SENSITIVES D'ATTEINTE MEDULLAIRE	51
I – 3 - SYNDROMES CEREBELLEUX	53
I – 4 - TROUBLES DU TONUS ET TREMBLEMENTS	53
I – 5 - SEQUELLES NEURO-COGNITIVES ET NEURO-PSYCHIATRIQUES	54
II – ATTEINTES DU SYSTEME NERVEUX PERIPHERIQUE	55
II – 1 - ATTEINTE DES MEMBRES SUPERIEURS	55
II – 2 - ATTEINTE DES MEMBRES INFERIEURS	56
II – 3 - PHENOMENES SENSITIFS, DOULOUREUX ET TROPHIQUES	56
II – 4 - NEVRALGIES SCIATIQUES ET NEVRALGIES CERVICO-BRACHIALES	57
III – ATTEINTES DU SYSTEME NERVEUX VEGETATIF ET ALGODYSTROPHIE	58
IV – ATTEINTES DES NERFS CRÂNIENS	58
- NERF OLFACTIF : VOIR CHAPITRE « ORL-STOMATOLOGIE », PARARAGRAPHE : TROUBLES DE L'OLFACTION.	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
- NERF OPTIQUE : VOIR CHAPITRE « OPHTALMOLOGIE ».	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
- NERF MOTEUR OCULAIRE COMMUN : VOIR CHAPITRE « OPHTALMOLOGIE ».	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
- NERF PATHETIQUE : VOIR CHAPITRE « OPHTALMOLOGIE »	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
- NERF TRIJUMEAU :	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
- NERF MOTEUR OCULAIRE EXTERNE : VOIR CHAPITRE « OPHTALMOLOGIE ».	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
- NERF FACIAL : VOIR CHAPITRE « ORL-STOMATOLOGIE ».	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
- NERF AUDITIF : VOIR CHAPITRE « ORL-STOMATOLOGIE ».	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
- NERF GLOSSOPHARYNGIEN :	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
- NERF VAGUE :	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
- NERF SPINAL :	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
- NERF DU GRAND HYPOGLOSSE :	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
V – ATTEINTES LIEES A CERTAINS SYNDROMES NEUROLOGIQUES	59
V – 1 - SYNDROME POST-COMMOTIONNEL	59
V – 2 - EPILEPSIE	59
V – 3 - SYNDROMES PARKINSONIENS	60

V – 4 - SYNDROME RACHIDIEN POST-TRAUMATIQUE CERVICO-CEPHALIQUE ET SYNDROME DOULOUREUX RACHIDIEN LOMBAIRE POST-TRAUMATIQUE SANS LESIONS OSSEUSES ASSOCIEES	61
---	----

CHAPITRE VII	62
---------------------	-----------

OPHTALMOLOGIE	62
----------------------	-----------

I – ALTERATIONS DE LA FONCTION VISUELLE	62
I – 1 - BAISSSE DE L'ACUITE VISUELLE	62
I – 2 - ATTEINTES DU CHAMP VISUEL	63
I – 3 - TROUBLES DE L'OCULOMOTRICITE	66
I – 4 - TROUBLES DU SENS CHROMATIQUE	67
II – SEQUELLES DES LESIONS CRISTALLINIENNES	68
II – 1 - APHAKIE UNILATERALE	68
II – 2 - APHAKIE BILATERALE	68
II – 3 - PSEUDOPHAKIE	68
III – ANNEXES DE L'OEIL	68
III – 1 - LARMOIEMENT	68
III – 2 - ALACRYMIE	69
III – 3 - PAUPIERES	69
III – 4 - SYNDROMES SENSITIFS	69
III – 5 - PHOTOPHOBIE	69
IV – SEQUELLES OCULAIRES ASSOCIEES	69

CHAPITRE VIII	70
----------------------	-----------

ORL STOMATOLOGIE	70
-------------------------	-----------

I – ATTEINTE NASALE ET SINUSIENNE	70
I – 1 - MUTILATIONS, PERTE DE SUBSTANCES DE LA PYRAMIDE NASALE	70
I – 2 - RHINITE	70
I – 3 - TROUBLES DE LA VENTILATION NASALE	70
I – 4 - PERFORATION DE LA CLOISON NASALE	70
I – 5 - SINUSITES	71
I – 6 - CRANIO-HYDRORRHEE	71
II – TROUBLES DE L'OLFACTION	71
III – ATTEINTE DE L'APPAREIL AUDITIF	71
III – 1 - MUTILATIONS, PERTE DE SUBSTANCES, DEFORMATION CICATRICIELLE DU PAVILLON	71
III – 2 - STENOSE DU CONDUIT AUDITIF EXTERNE	71
III – 3 - OTORRHEE, OTITE CHRONIQUE, OTITE CHRONIQUE SUPPUREE	72
III – 4 - ACOUPHENES	72
III – 5 - DEFICIENCE DE L'AUDITION	72
IV – LES TROUBLES DE L'EQUILIBRATION	73
V – SEQUELLES NEURO-VASCULAIRES FACIALES	74
V – 1 - SEQUELLES MOTRICES	74
V – 2 - SEQUELLES SENSITIVES	74
VI – TROUBLES DE LA FONCTION PHONATOIRE	75
VII – LES TROUBLES DE LA DEGLUTITION	76

VIII – SEQUELLES MASTICATOIRES	76
IX – SEQUELLES DENTAIRES	77
X – SEQUELLES INTERESSANT LES PARTIES MOLLES ET LA LANGUE	78
XI – SEQUELLES PLURIFONCTIONNELLES	78

CHAPITRE IX

APPAREIL CARDIO-CIRCULATOIRE

PREAMBULE	79
I – INSUFFISANCE CARDIAQUE	80
I – 1 - INSUFFISANCE CARDIAQUE LEGERE	80
I – 2 - INSUFFISANCE CARDIAQUE MOYENNE	80
I – 3 - INSUFFISANCE CARDIAQUE IMPORTANTE	81
I – 4 - INSUFFISANCE CARDIAQUE GRAVE	81
II – ATTEINTES PERICARDIQUES :	81
II – 1 - ATTEINTES PERICARDIQUES LEGERES :	81
II – 2 - ATTEINTES PERICARDIQUES MOYENNES	82
II – 3 - ATTEINTES PERICARDIQUES GRAVES	82
III – ATTEINTES MYOCARDIQUES	82
III – 1 - ISCHEMIE CARDIAQUE	82
III – 2 - ATTEINTES PRIMITIVES DU MYOCARDE	84
III – 3 - TROUBLES DU RYTHME CARDIAQUE :	85
IV – ATTEINTES ENDOCARDIQUES : LES VALVULOPATHIES :	86
IV – 1 - SEQUELLES LEGERES :	86
IV – 2 - SEQUELLES MOYENNES :	86
IV – 3 - SEQUELLES IMPORTANTES :	87
IV – 4 - SEQUELLES GRAVES :	87
V – HYPERTENSION ARTERIELLE :	87
VI – ATTEINTES VASCULAIRES PERIPHERIQUES	88
VI – 1 – ATTEINTES ARTERIELLES :	88
VI – 2 - ATTEINTES VEINEUSES	89
VI – 3 - ATTEINTES ANGIO-NEUROTiques (ACROSYNDROMES)	90

CHAPITRE X

APPAREIL RESPIRATOIRE

PREAMBULE	91
I – INSUFFISANCES RESPIRATOIRES CHRONIQUES	92
I – 1 - DEFICIT FONCTIONNEL MINIME	92
I – 2 - INSUFFISANCE RESPIRATOIRE MODEREE	92
I – 3 - INSUFFISANCE RESPIRATOIRE MOYENNE	92
I – 4 - INSUFFISANCE RESPIRATOIRE GRAVE	92
I – 5 - INSUFFISANCE RESPIRATOIRE SEVERE	92
II – SEQUELLES POST-TRAUMATIQUES THORACIQUES	93
III – SEQUELLES CHIRURGICALES	93
IV – PATHOLOGIES TUMORALES BRONCHO-PULMONAIRES	94

V – ATTEINTES TRACHEE ET BRONCHES	94
V – 1 - TRACHEOTOMIE PERMANENTE	94
V – 2 - STENOSE TRACHEALE	94
V – 3 - BRONCHECTASIE – DILATATION DES BRONCHES	94
V – 4 - BRONCHITE CHRONIQUE	94
V – 5 - EMPHYSEME PRIMITIF	94
V – 6 - ASTHME	95
VI – ATTEINTES PULMONAIRES	96
VI – 1 - SARCOÏDOSE	96
VI – 2 - ASBESTOSE	96
VI – 3 - AUTRES AFFECTIONS PULMONAIRES	97
VII – ATTEINTES PLEURALES	97
VII – 1 - SEQUELLES DE PLEURESIE	97
VII – 2 - PNEUMOTHORAX RECIDIVANT TRAITE MEDICALEMENT OU CHIRURGICALEMENT	97
VII – 3 - FIBROSE PLEURALE	97

CHAPITRE XI **98**

APPAREIL DIGESTIF **98**

I – TUMEURS	98
II – BOUCHE ET PHARYNX	98
III – ŒSOPHAGE	98
III – 1 - PATHOLOGIE FONCTIONNELLE	98
III – 2 - LESIONS TRAUMATIQUES	99
III – 3 - CAS PARTICULIER DES LESIONS CAUSTIQUES	99
III – 4 - STENOSES BENIGNES NON CAUSTIQUES ET NON TRAUMATIQUES	99
III – 5 - LES LESIONS ŒSOPHAGIENNES AUTRES	99
IV – ESTOMAC – DUODENUM	99
IV – 1 - LES LESIONS TRAUMATIQUES	100
IV – 2 - AUTRES AFFECTIONS	100
V – INTESTIN GRELE, COLON	100
V – 1 - LESIONS ANATOMIQUES INTESTINALES	100
V – 2 - AFFECTIONS MEDICALES	101
VI – RECTUM ET ANUS	101
VI – 1 - SEQUELLES MINIMES A MOYENNES	101
VI – 2 - SEQUELLES IMPORTANTES	102
VII – PAROI ABDOMINALE	102
VII – 1 - SEQUELLES CHIRURGICALES ET TRAUMATIQUES	102
VIII – RATE	103
IX – FONCTIONS HEPATO-BILIAIRES	103
IX – 1 - TRAUMATISMES DU FOIE	103
IX – 2 - LITHIASSE BILIAIRE	103
IX – 3 - CIRRHOSES DU FOIE	104
IX – 4 - HEPATITES VIRALES	105
IX – 5 - HEPATITES MEDICAMENTEUSES	106
IX – 6 - HEPATITES AUTO-IMMUNES	106
X – PANCREAS	107
X – 1 - PANCREATITE CHRONIQUE	107
X – 2 - PANCREATITE AIGUË	107

CHAPITRE XII**108****DERMATOLOGIE****108****I – LES INFECTIONS DE LA PEAU ET DES TISSUS CELLULAIRES SOUS-CUTANES** **108**

I – 1 - DERMATOSES INFECTIEUSES 108

I – 2 - ONYXIS ET PERIONYXIS 109

II – LES DERMATOSES BULLEUSES **109**

II – 1 - PEMPHIGUS 109

II – 2 - PEMPHIGUS POST-MEDICAMENTEUX 109

II – 3 - AUTRES ACANTHOLYSES 109

II – 4 - PEMPHIGOÏDE BULLEUSE OU DERMATITE HERPETIFORME 110

III – DERMITES VESICULEUSES ET DERMITES DE CONTACT **110**

III – 1 - ECZEMA DE CONTACT VRAI 110

III – 2 - ECZEMA CHRONIQUE 110

III – 3 - LES PHOTOSENSIBILISATIONS 110

III – 4 - ALLERGIE PAR PHOTO-REMANENCE 110

III – 5 - DERMITES IRRITATIVES OU ORTHOERGQUES 111

III – 6 - LES DYSHIDROSES 111

III – 7 - TOXIDERMIES 111

III – 8 - URTICAIRES DE CONTACT, ŒDEME DE QUINCKE, ANAPHYLAXIE 111

III – 9 - ATOPIE 112

IV – LES LÉSIONS PAPULO-SQUAMEUSES **112**

IV – 1 - PSORIASIS 112

III – 2 - PARAPSORIASIS 112

III – 3 - LICHEN PLAN ET AUTRES AFFECTIONS PAPULO-SQUAMEUSES 112

III – 4 - ERYTHEME POLYMORPHE 113

III – 5 - ERYTHEME TOXIQUE 113

V – AFFECTIONS LIÉES À UNE IRRADIATION **113**

V – 1 - IRRADIATION SOLAIRE 113

V – 2 - RADIODERMITES 113

VI – MALADIES DES PHANÈRES ET DES ANNEXES DE LA PEAU **114**

VI – 1 - ATTEINTE DES ONGLES 114

VI – 2 - ALOPECIE TOTALE (PELADE DECALVANTE) 114

VI – 3 - PATHOLOGIES DU FOLLICULE PILO-SEBACE 114

VI – 4 - PORPHYRIE CUTANÉE TARDIVE 114

VII – TUMEURS CUTANÉES **114****VIII – AUTRES AFFECTIONS DE LA PEAU ET DU TISSU CELLULAIRE****SOUS CUTANÉ :** **114**

VIII – 1 - CICATRICES ET FIBROSES CUTANÉES 115

VIII – 2 - LUPUS ERYTHÉMATÉUX CHRONIQUE 115

VIII – 3 - LUPUS ERYTHÉMATÉUX DISSEMINÉ 115

VIII – 4 - SARCOÏDOSE 115

VIII – 5 - SCLÉRODERMIE 115

VIII – 6 - VASCULARITES, PANNICULITES, AFFECTIONS DE SYSTÈME 116

CHAPITRE XIII**117****APPAREIL LOCOMOTEUR****117**

(RHUMATOLOGIE – MALADIE DE SYSTEME) 117

I – MEMBRES SUPERIEURS	117
I – 1 - PERTE TOTALE	117
I – 2 - ANKYLOSE	117
I – 3 - RAIDEUR ARTICULAIRE	118
II – MEMBRES INFERIEURS	121
II – 1 - PERTE TOTALE	121
II – 2 - ANKYLOSE	122
II – 3 - RAIDEUR	122
II – 4 - INSTABILITE ARTICULAIRE	124
II – 5 - PROTHESE ARTICULAIRE	124
II – 6 - ROTULE	124
II – 7 - LESION MENISCALE	125
II – 8 - CAS PARTICULIER DU PIED	125
II – 9 - AUTRES ALGIES ARTICULAIRES	126
III – CRANE – RACHIS	126
III – 1 - CRANE - FACE	126
III – 2 - RACHIS	127
IV – TENDINOPATHIES	129
V – ARTHROPATHIES	130
V – 1 - ARTHROPATHIES MECANIQUES	130
V – 2 - ARTHROPATHIES INFLAMMATOIRES	131
V – 3 - ARTHROPATHIES DUES A DES MICRO-CRISTAUX	131
V – 4 - ARTHROPATHIES ASSOCIEES A DES INFECTIONS	131
VI – MALADIES DE SYSTEME (COLLAGENOSE, MALADIES AUTO-IMMUNES).	132

CHAPITRE XIV 135

APPAREIL GENITO-URINAIRE 135

I – PATHOLOGIES D’ORGANES	135
I – 1 - REIN	135
I – 2 - URETERE	136
I – 3 - VESSIE	136
I – 4 - PROSTATE	137
I – 5 - URETRE	137
I – 6 - BOURSES	137
I – 7 - VERGE	138
I – 8 - CHEZ LA FEMME	138
II – LES DERIVATIONS URINAIRES DEFINITIVES	138
II – 1 - NEPHROSTOMIES	138
II – 2 - DERIVATIONS URINAIRES EXTERNES	138
II – 3 - DERIVATIONS URINAIRES TRANS-SIGMOÏDIENNE	139
III – VESSIE NEUROLOGIQUE	139
IV – INCONTINENCE URINAIRE	139
V – INSUFFISANCE RENALE	139

Chapitre I

MALADIES INFECTIEUSES ET PARASITAIRES

PREAMBULE

Les maladies infectieuses et parasitaires se définissent par l'agent causal responsable qui peut être de nature bactérienne, virale, parasitaire, mycosique ou protéinique (prions).

- Cliniquement ces maladies se caractérisent en règle générale, soit par une forme septicémique avec atteinte(s) locale(s), soit par l'atteinte d'un ou plusieurs organes. Un certain nombre de ces affections peuvent être prévenues par des vaccinations ou des prophylaxies médicamenteuses appropriées.

- Les caractéristiques épidémiologiques (répartition géographique, réservoir d'agent pathogène, modes de la transmission à l'homme), la connaissance des modalités reconnues de prévention (par exemple chimioprophylaxie, vaccinations) constituent des éléments fondamentaux dans l'appréciation de l'imputabilité de ces affections.

La contamination professionnelle est possible, mais se limite à un certain nombre d'agents causaux.

LE PRONOSTIC DES MALADIES INFECTIEUSES ET PARASITAIRES

Il est éminemment variable et dépend :

- de l'agressivité propre de l'agent causal et du "terrain" physiologique du sujet réceptif.

Cela peut conditionner la forme clinique observée : forme septicémique, forme septicémique avec localisation(s) viscérale(s), forme focale.

- de la mise en oeuvre des mesures de prévention (habituellement préconisées par le Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France).

- de la qualité de la prise en charge du patient.

– Existence ou absence de iatrogénicité des techniques diagnostiques et des traitements anti-infectieux éventuellement préconisés ;

– Précocité, qualité et efficacité de la mise en oeuvre des diagnostics et traitements.

I – AFFECTIONS GUERISSANT HABITUELLEMENT SANS SEQUELLE (OU SEQUELLES EXCEPTIONNELLES)

I – 1 - MALADIES VIRALES

- Mononucléose infectieuse ;
- Varicelle ;
- Rougeole ;
- Rubéole ;
- Oreillons.

I – 2 - MYCOSES SUPERFICIELLES

I – 3 - MALADIES PARASITAIRES

I – 3 – 1- MALADIES DUES A DES PROTOZOAIRE :

- **Paludisme** quelle que soit l'espèce responsable ;
- **Leishmaniose viscérale** ;
- **Giardiase**.

I – 3 – 2- NEMATODOSES INTESTINALES :

- **Ascaridiase** ;
- **Ankylostomiase** ;
- **Anguillulose** ;
- **Oxyurose** ;
- **Trichocephalose** ;
- **Téniase**.

I – 4 - MALADIES INTESTINALES INFECTIEUSES

- **Choléra** ;
- **Diarrhée et gastro-entérite** autres que salmonellose, shigellose et amibiase ;
- **Amibiase hépatique**.

I – 5 - ANTHROPOZOONOSES BACTERIENNES

- **Leptospirose** ;
- **Peste** ;
- **Charbon** ;
- **Tularémie**.

I – 6 - AUTRES MALADIES BACTERIENNES

- **Diphtérie** ;
- **Coqueluche** ;
- **Erysipèle**.

II – AFFECTIONS AVEC SEQUELLES LIEES A UNE ATTEINTE SPECIFIQUE D'ORGANE

Il s'agit d'affections pouvant entraîner des séquelles fonctionnelles d'organes ou de fonction liées à la maladie elle même ou à la thérapeutique.

L'indemnisation se fera en fonction de l'organe atteint, en se reportant au chapitre de la spécialité concernée.

II – 1 - MALADIES VIRALES

- **Hépatites virales** : (voir chapitre « Appareil digestif »)
- **Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA)** :

Les manifestations cliniques dues au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) sont actuellement maîtrisées par la thérapeutique antirétrovirale. Certains patients peuvent cependant développer un syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) qui va se traduire par des tumeurs malignes ou des maladies infectieuses (dus à des protozoaires comme la toxoplasmose et la pneumocystose, à des virus comme le cytomégalovirus, à des mycoses profondes : candidose, cryptococcose, histoplasmoses, ou à des maladies bactériennes : tuberculose, mycobactérioses atypiques...). Tous les organes peuvent être atteints. Une thérapeutique spécifique est généralement mise en œuvre et permet souvent la guérison de l'épisode infectieux. Dans le cas contraire (exemple : rétinite à cytomégalovirus) des séquelles peuvent survenir (cécité).

- **Grippe** (complications neurologiques et cardiaques) ;
- **Infections à cytomégalovirus** (manifestations neurologiques, cardiaques, digestives) ;

- **Fièvres virales transmises par les arthropodes et fièvres virales hémorragiques** (dengue, fièvre jaune...) :

Séquelles liées essentiellement aux complications méningo encéphalitiques.

- **Infections virales du système nerveux central** (séquelles neurologiques) :

- **Poliomyélite aiguë** ;
- **Infection à virus lents** ;
- **Encéphalites virales** ;
- **Méningites virales**.

- **Infections virales caractérisées par des lésions cutané-muqueuses** :

- **Zona** (séquelles oculaires, cutanées, douloureuses).

II – 2 - MALADIES PARASITAIRES

II – 2 – 1 - MALADIES DUES A DES PROTOZOAIRE :

- **Leishmanioses cutanées** (cicatrices indélébiles) ;
- **Trypanosomiasés humaines africaines** (séquelles neurologiques) ;
- **Maladie de Chagas** (séquelles cardiaques).

II – 2 – 2 – HELMINTHIASES :

- **Schistomiase** (séquelles génito-urinaires et hépatospléniques) ;
- **Distomatoses** (complications hépatobiliaires, intestinales, pulmonaires)
- **Filarioses** :
 - **Filariose lymphatique** (éléphantiasis des membres, du scrotum, complications rénales) ;
 - **Loase** (complications cardiaques, rénales, neurologiques) ;
 - **Onchocercose** (cécité) ;
- **Cysticercose** (séquelles neurologiques) ;
- **Hydatidose** (localisations hépatiques, pulmonaires, cérébrales) ;
- **Trichinose** (complications neurologiques, cardiaques, rénales).

II – 3 - MALADIES INFECTIEUSES INTESTINALES

- **Fièvres typhoïdes , autres salmonelloses , shigelloses , amibiase** (complications à type de perforation digestive, de colite aiguë grave et leurs séquelles chirurgicales ; colopathie méta amibienne).

II – 4 - AUTRES MALADIES BACTERIENNES

- **Brucellose** (séquelles osseuses, neuroméningées ; « patraquerie » brucellienne) ;
- **Tuberculose** (séquelles respiratoires, urogénitales, neurologiques, ostéo-articulaires, cardiaques, intestinales) ;
- **Lèpre** (séquelles neurologiques, ostéo-articulaires, cutanées) ;
- **Autres yersinioes** (complications rhumatologiques) ;
- **Infections à streptocoques** (séquelles cardiaques, rénales) ;
- **Infections à staphylocoques** (localisations viscérales et leurs séquelles) ;
- **Rickettsioses** (séquelles vasculaires, cardiaques, nerveuses) ;
- **Borrélioses** (maladie de Lyme : séquelles articulaires et neurologiques) ;
- **Listériose** (séquelles neurologiques, oculaires) ;
- **Trachome** (séquelles oculaires).

III – AFFECTIONS AVEC SEQUELLES FONCTIONNELLES GENERALES

Dans certains cas, des séquelles fonctionnelles générales peuvent s'ajouter aux séquelles viscérales (ex : brucellose). En cas de guérison des séquelles viscérales, l'appréciation des séquelles générales est difficile, raison pour laquelle un avis spécialisé est nécessaire.

Il s'agit souvent de troubles somatoformes qui seront alors évalués selon les critères du chapitre "Troubles mentaux et du comportement".

IV – CAS PARTICULIER DE L'INFECTION PAR LE VIH

L'infection par le VIH peut se traduire par deux situations : celle du sujet " simple porteur de VIH ", dit " séropositif pour le VIH " et celle du sujet au stade de l'immunodéficience acquise.

IV – 1 - CAS DU " SIMPLE PORTEUR DE VIH "

En l'absence de lien avec le service, les progrès de la thérapeutique pour les sujets porteurs de VIH justifient de ne pas indemniser le simple portage dès lors qu'il n'existe ni conséquence fonctionnelle, ni incidence psychologique durable.

Pour être prise en compte au titre de l'invalidité résultant de l'exercice des fonctions, l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine doit être la conséquence d'un fait accidentel se produisant aux temps et lieux du travail et

contaminant eu égard aux circonstances dans lesquelles il survient (par exemple : piqûre avec une aiguille souillée, projection inopinée de sang ou de liquides biologiques contaminés sur une muqueuse ou sur une plaie). Pour que la séroconversion puisse être rattachée à l'accident, il est nécessaire qu'avant le huitième jour qui a suivi celui-ci une sérologie négative ait été constatée et qu'à intervalles et pendant un délai fixés par arrêté un suivi sérologique de la victime ait été réalisé.

La date de séroconversion peut être retenue comme date de consolidation initiale. L'évaluation de l'incapacité permanente tient compte des conséquences cliniques et psychologiques de la séroconversion :

20 à 40 %

IV – 2 - CAS DE L'IMMUNODEFICIENCE DUE AU VIH

En l'absence de lien avec le service, l'évaluation des conséquences se fera de la manière suivante :

- Parfois, l'atteinte d'un organe est prédominante (ex. : cécité par rétinite à CMV dans le SIDA) ; on se référera alors au chapitre de l'organe correspondant pour la détermination du taux d'invalidité.
- Très souvent, il existe un retentissement sur l'état général qui sera apprécié par voie d'avis spécialisé.

Dans le cas d'une contamination professionnelle accidentelle répondant aux conditions précitées au paragraphe "cas du simple porteur de VIH", le taux tiendra compte des conséquences cliniques et psychologiques et du taux sanguin de lymphocytes CD4 :

- si le taux de lymphocytes CD4 est compris entre 200 et 350 par mm^3 : **40 à 60 %**
- si le taux de lymphocytes CD4 est inférieur à 200 par mm^3 : **60 à 99 %**

Ce déficit immunitaire doit être affirmé par deux examens successifs pratiqués à un mois d'intervalle.

CHAPITRE II

TUMEURS BENIGNES ET MALIGNES

I – TUMEURS MALIGNES

En matière de pathologie tumorale maligne, le taux d'invalidité sera apprécié en tenant compte :

- des éléments de pronostic que sont la nature de l'organe atteint, du type histologique, de l'extension de la maladie (locorégionale et à distance) ;
- des séquelles immédiates et à long terme de la maladie et des traitements administrés : trachéotomie, stomies digestives ou urinaires, amputations... ;
- des séquelles qui peuvent survenir des années après le traitement : lymphoedème du membre supérieur des patientes traitées d'un cancer du sein, fibroses postradiques, leucémie secondaire à certaines chimiothérapies... ;

Pour prendre en compte ces différents paramètres, le médecin devra disposer au moins des éléments suivants : histologie, stade de la maladie, traitements réalisés (compte rendu chirurgical, traitement radiothérapique et médical : chimiothérapie, hormonothérapie, immunothérapie...).

Noter que les tumeurs malignes évolutives malgré le traitement justifient : 60 à 99 %

I – 1 - CANCERS ORL

(lèvre, cavité buccale, pharynx et larynx)

I - 1 –1 - CANCER DE LA CAVITE BUCCALE :

Classification des tumeurs (taille) :

- T1 : tumeur maligne inférieure à 2 cm ;
- T2 : tumeur maligne entre 2 et 4 cm ;
- T3 : tumeur maligne supérieure à 4 cm ;
- T4 : tumeur maligne envahissant les structures adjacentes.

I – 1 – 1- 1 - Tumeur maligne de la lèvre :

En l'absence de métastases : **5 à 10 %**

Evolution métastatique : **70 à 99 %**

I – 1 – 1- 2 - Tumeur maligne de la base de la langue :
(voir Oropharynx)

I – 1 – 1- 3 - Tumeur maligne de la langue, parties autres que la base :

Séquelles de la curiethérapie :

- mineures : 5 à 10 %
- majeures (douleur, nécrose) : 10 à 60 %

Séquelles de la chirurgie :

- amputation partielle avec gêne légère de la parole, de la mastication et de la déglutition : 5 à 30 %
- amputation partielle avec gêne importante : 30 à 70 %

I – 1 – 1- 4 - Tumeur maligne de la gencive :

5 à 30 %

I – 1 – 1- 5 - Tumeur maligne du plancher de la bouche :

- séquelles de curiethérapie mineures : 5 à 10 %
- séquelles de curiethérapie majeures (douleur, nécrose) : 10 à 60 %
- séquelles de chirurgie et trouble de la mastication : 10 à 60 %

I – 1 – 1- 6 -Tumeur maligne du palais :

- perte de substance avec large communication bucco-nasale non appareillable 55 à 99 %
- perte de substance partielle, appareillable, selon gêne fonctionnelle 10 à 60 %

I – 1 – 1- 7 -Tumeur maligne des autres parties de la bouche :
(muqueuse de la joue, vestibule de la bouche, région rétromolaire)

Taux d'invalidité selon les séquelles :

Exemple joue : selon la dystrophie résiduelle : 5 à 10 %

I – 1 – 1- 8 -Tumeur maligne de la parotide :

- parotidectomie avec paralysie faciale : 30 %
- parotidectomie sans paralysie faciale : 10 à 20 %

I – 1 – 1 - 9 -Tumeur maligne des glandes salivaires :

(glande sous-maxillaire, glande sublinguale)

Taux d'invalidité selon les séquelles :

- fistule salivaire : **20 %**
- séquelle d'irradiation (hyposialie, asialie) : **5 à 30 %**

I – 1 – 2 - CANCERS DE L'OROPHARYNX :

Même classification que pour les tumeurs de la cavité buccale :

T1 : tumeur maligne inférieure à 2 cm ;

T2 : tumeur maligne entre 2 et 4 cm ;

T3 : tumeur maligne supérieure à 4 cm ;

T4 : tumeur maligne envahissant les structures adjacentes.

I – 1 – 2 – 1 - Tumeur maligne de l'amygdale :

(fosse amygdalienne, pilier de l'amygdale (antérieur, postérieur))

Taux d'invalidité variant dans une grande fourchette selon l'importance de la chirurgie et les séquelles de l'irradiation :

5 à 60 %

I – 1 – 2 – 2 - Tumeur maligne de la base de la langue :

- séquelles dues à l'irradiation :

5 à 30 %

- séquelles dues à la chirurgie :

20 à 99 %

I – 1 – 2 – 3 - Tumeur maligne de l'oropharynx :

(sillon glosso-épiglottique, face antérieure de l'épiglotte, paroi latérale de l'oropharynx, paroi postérieure de l'oropharynx, fente branchiale)

- séquelles dues à l'irradiation :

5 à 30 %

- séquelles dues à la chirurgie :

20 à 99 %

I – 1 - 3 – CANCERS DU RHINOPHARYNX :

Classification des tumeurs :

T1 : tumeur limitée à une face du cavum ;

T2 : tumeur occupant plus d'une face du cavum ;

T3 : tumeur envahissant les fosses nasales et/ou l'oropharynx ;

T4 : tumeur envahissant le crâne et/ou les nerfs crâniens.

Séquelles (muqueuses et sensorielles) de l'irradiation :

5 à 30 %

I – 1 - 4 – CANCERS DE L’HYPOPHARYNX :

Classification des tumeurs :

T1 : tumeur limitée à une face ;

T2 : tumeur occupant plus d’une face sans fixation de l’hémi-pharynx ;

T3 : tumeur envahissant les structures adjacentes avec fixation de l’hémi-pharynx ;

T4 : tumeur envahissant l’os, le cartilage, les parties molles du cou.

I – 1 - 4 – 1 - Tumeur maligne du sinus piriforme :

- séquelles de radiothérapie seule ou associée à la chimiothérapie : **5 à 30 %**
- pharyngectomie partielle : **30 à 60 %**
- pharyngolaryngectomie (seule ou associée à la radiothérapie)
avec port en permanence ou non d’une canule : **55 à 99 %**

I – 1 - 4 – 2 - Tumeur maligne de l’hypopharynx :

(région rétro-cricoïdienne, repli ary-épiglottique versant hypopharyngé, paroi postérieure de l’hypopharynx)

- séquelles dues à l’irradiation : **5 à 30 %**
- séquelles dues à la chirurgie : **55 à 99 %**

I – 1 – 5 – CANCERS DES FOSSES NASALES ET SINUS DE LA FACE :

(dont sinus maxillaire, ethmoïdal, frontal, sphénoïdal)

Classification des tumeurs

T1 : tumeur limitée à la muqueuse sans atteinte osseuse

T2 : tumeur avec érosion de l’infrastructure incluant palais dur et méat moyen

T3 : tumeur envahissant une des structures adjacents suivantes : joue, paroi postérieure du maxillaire, plancher de l’orbite, sinus ethmoïdal

T4 : tumeur envahissant une des structures suivantes : lame cribreuse, ethmoïde postérieur ou sinus sphénoïdal, rhinopharynx, palais mou, fosse ptérygo-maxillaire ou temporale, base du crâne.

- séquelles de l’irradiation associée ou non à la chimiothérapie : **5 à 30 %**
- séquelles minimales du massif facial opéré sans
 - trouble de l’articulé,
 - trouble visuel,
 - trouble olfactif,
 - trouble auditif,
 - douleur :**0 à 5 %**

- séquelles importantes, en fonction de la possibilité d'appareillage :
 - vaste mutilation : **60 à 99 %**
 - mutilation partielle réparée avec peu de séquelle : **5 à 40 %**
 - mutilation partielle avec séquelles, notamment dentaire : **10 à 60 %**
 - massif facial irradié selon les séquelles muqueuses et sensorielles : **20 à 60 %**

I – 1 - 6 – CANCERS DU LARYNX :

(glotte, étage sus-glottique, étage sous-glottique, cartilage laryngé)

Classification des tumeurs :

T1 : tumeur limitée au site originel ;

T2 : tumeur étendue à la région voisine sans perte de mobilité des cordes vocales ;

T3 : tumeur limitée au larynx mais avec fixation d'une corde vocale ;

T4 : tumeur débordant du larynx et envahissant le cartilage, les parties molles du cou.

- corpectomie, laryngectomie partielle : **5 à 30 %**
- radiothérapie glottique, selon dyspnée et dysphonie : **5 à 20 %**
- laryngectomie totale, selon les possibilités vocales avec port ou non d'une canule en permanence : **55 à 99 %**

I – 2 - CANCERS DIGESTIFS

I – 2 – 1- CANCER DE L'ŒSOPHAGE :

70 à 99 %

I – 2 – 2- CANCER DE L'ESTOMAC :

Pour la fixation du taux il sera tenu compte essentiellement du stade de la maladie (de IA (pas d'atteinte ganglionnaire) à IV) mais également des difficultés à l'alimentation : nécessité de fractionner les repas, dumping syndrome.

- Stade IA : **20 à 40 %**
- Stades IB à IV : **40 à 99 %**
- Stade IV : **99 %**

Les lymphomes gastriques *constituent une entité particulière* :

Le taux d'invalidité sera fonction des séquelles :

- pas de gastrectomie : **30 %**
- gastrectomie avec ou sans signes cliniques : **50 à 70 %**

I – 2 – 3 - TUMEURS DU GRELE :

(duodénum, jéjunum, iléon (à l'exclusion de : valvule iléo-caecale), diverticule de Meckel)

L'avis d'un spécialiste est souhaitable car les pronostics et les séquelles des traitements peuvent varier de façon importante selon le type :

20 à 90 %

I – 2 – 4 - CANCER DU COLON :

(caecum (valvule iléo-caecale), appendice, colon ascendant, transverse, descendant, angles, colon sigmoïde, jonction rectosigmoïdienne)

Classification TMN

Stade I sans trouble du transit ou avec troubles mineurs :

0 à 20 %

Stade II et III : selon les troubles et le recul par rapport au diagnostic initial :

20 à 60 %

Stade IV : hormis le cas des patients dont les métastases ont fait l'objet d'une exérèse chirurgicale et n'ayant pas rechuté avec un recul minimum de 3 ans :

90 %

I – 2 – 5 - CANCER DU RECTUM :

Tenir compte de l'existence ou non d'une amputation abdominopérinéale :

- rétablissement de la continuité :

20 à 50 %

- amputation abdominopérinéale :

60 à 90 %

I – 2 – 6 - CANCER DE L'ANUS ET DU CANAL ANAL :

- continence satisfaisante :

20 à 50 %

- sans continence anale :

60 à 90 %

I – 2 – 7- TUMEURS MALIGNES HEPATIQUES ET VOIES BILIAIRES INTRAHEPATIQUES :

- Tumeur maligne primitive :

Selon le résultat de la chirurgie, parfois transplantation hépatique.

Avis du spécialiste nécessaire :

50 à 99 %

- Tumeurs hépatiques secondaires :

- **d'origine connue**, voir le cancer primitif :
- **d'origine inconnue :**

60 à 99 %

I – 2 – 8 - TUMEURS MALIGNES DE LA VESICULE BILIAIRE ET DES VOIES BILIAIRES :

(A l'exclusion des canaux biliaires intrahépatiques)

L'avis d'un spécialiste est souhaitable :

40 à 90 %

I – 2 – 9- TUMEUR DU PANCREAS :

- recul important et séquelles digestives ou diabète :
- maladie évoluée ou métastatique :

50 %

80 à 99 %

I – 3 - CANCERS DES ORGANES RESPIRATOIRES ET INTRATHORACIQUES

I – 3 – 1 - TUMEUR MALIGNE DE LA TRACHEE :

Selon l'importance de l'insuffisance respiratoire résiduelle après exérèse chirurgicale :

0 à 10 %

En l'absence de chirurgie, traitement par radiothérapie :

70 à 99 %

I – 3 – 2 - TUMEUR MALIGNE DES BRONCHES ET DU POUMON :

- Cancer bronchique à petites cellules

60 à 99 %

- Cancer bronchique non à petites cellules

- Cicatrice pariétale isolée sans conséquences fonctionnelles

0 %

- En cas de séquelles pleurales isolées

0 à 10 %

- En cas d'exérèse, selon l'importance de l'exérèse parenchymateuse :

- exérèse segmentaire aux conséquences fonctionnelles légères : 5 à 15 %
- exérèse lobaire ou bilobectomie droite: 20 à 40 %
- exérèse d'un poumon : 40 à 50 %

En cas d'insuffisance respiratoire chronique séquellaire, voir chapitre « Appareil respiratoire ».

I – 3 – 3 - TUMEUR MALIGNE DU THYMUS :

L'avis d'un oncologue est nécessaire : 10 à 99 %

I – 3 – 4 - TUMEUR MALIGNE DU CŒUR, DU MEDIASTIN ET DE LA PLEVRE :

L'avis d'un oncologue est nécessaire : 10 à 90 %

I – 4 - TUMEURS MALIGNES DES OS ET DU CARTILAGE ARTICULAIRE

L'avis d'un oncologue est nécessaire. Les séquelles fonctionnelles pourront être appréciées selon les critères du chapitre « Appareil locomoteur ».

I – 5 - TUMEURS MALIGNES DE LA PEAU

L'évaluation, pour ce qui est des localisations cancéreuses cutanées, devra tenir compte de la gravité, du potentiel évolutif, des séquelles cliniques selon la localisation et aussi de l'étendue des lésions.

I - 5 – 1 - MELANOME MALIN DE LA PEAU :

Le stade histologique initial doit être connu. L'avis d'un spécialiste est nécessaire.

Après guérison :

- mélanome opéré, selon la gêne fonctionnelle : 0 à 30 %
- séquelles des traitements médicaux (troubles thyroïdiens, décompensation d'un diabète...), selon la nature des troubles se référer à la spécialité concernée.

I – 5 – 2 - EPITHELIOMAS BASO-CELLULAIRES ET SPINO-CELLULAIRES :

(Origine professionnelle possible)

- Tumeurs avec évolution locale bien circonscrite, traitement radical et guérison : les séquelles fonctionnelles seront évaluées selon les critères du paragraphe Cicatrice au chapitre « Dermatologie ».

- Tumeurs avec une évolution locale lente, de type baso-cellulaire extensive et térébrante, ou spino-cellulaire en l'absence de métastase, nécessitant de multiples interventions : **30 à 50 %**

- Epithélioma spino-cellulaire avec métastases : **60 à 99 %**
Nécessité d'avis d'un oncologue ou d'un dermatologue.

I – 5 – 3 - AUTRES TUMEURS MALIGNES DE LA PEAU :

Les séquelles fonctionnelles des autres tumeurs malignes de la peau, seront évaluées par un spécialiste en fonction des critères histologiques et du potentiel évolutif.

I – 5 – 4 - SARCOME DE KAPOSI CUTANE :

Taux d'invalidité en fonction de l'étiologie :

- sarcome de kaposi méditerranéen : **30 à 70 %**
- sarcome accompagnant l'infection par le VIH : **70 à 99 %**

I – 5 – 5 - LYMPHOMES PERIPHERIQUES ET CUTANES A CELLULES T (MYCOSIS FUNGOÏDE) :

60 à 99 %

I – 6 - TUMEURS MALIGNES DU TISSU MESOTHELIAL ET DES TISSUS MOUS

I – 6 –1 – MESOTHELIOME :

(plèvre, péritoine, péricarde, autres sièges)

70 à 99 %

I – 6 – 2 - SARCOME DE KAPOSI :

Tumeur accompagnant de façon quasi constante le VIH : **70 à 99 %**

I – 6 – 3 - TUMEUR MALIGNE DES NERFS PERIPHERIQUES ET DU SYSTEME NERVEUX AUTONOME :

Nécessité d'avoir l'avis d'un neurologue ou d'un oncologue.

I – 6 – 4 - TUMEUR MALIGNE DU TISSU CONJONCTIF ET DES AUTRES TISSUS MOUS :

Pour toutes ces pathologies, un avis spécialisé sera demandé auprès d'un oncologue.

I – 7 - TUMEUR MALIGNE DU SEIN

- Après chirurgie :

- tumorectomie sans curage axillaire et sans irradiation du creux axillaire : **0 à 10 %**
- tumorectomie ou mastectomie, avec curage axillaire et/ou irradiation du creux axillaire entraînant un déficit fonctionnel permanent du membre supérieur par lymphoedème associé ou non à une raideur de l'épaule : **15 à 35 %**

Si la patiente présente un lymphoedème volumineux non réductible, notamment s'il s'agit du membre supérieur dominant, le taux doit être majoré en conséquence.

- Après radiothérapie : en cas de séquelles neurologiques, l'avis d'un neurologue est souhaitable : **10 à 65 %**

- Cancer du sein bilatéral :

En cas de lymphoedème bilatéral : **35 à 50 %**

- Cancer du sein d'évolution locale ou métastatique : **60 à 99 %**

I – 8 - TUMEURS MALIGNES DES ORGANES GENITAUX DE LA FEMME

I – 8 – 1 - TUMEUR MALIGNE DE LA VULVE :

(grande lèvre, petite lèvre, clitoris)

- vulvectomy partielle ou hémivulvectomy isolée, sans curage ganglionnaire inguinal : **0 à 15 %**
- hémivulvectomy avec curage ganglionnaire inguinal ou radiothérapie : **15 à 30 %**
- vulvectomy avec curage ganglionnaire bilatéral ou radiothérapie : **20 à 60 %**

La gêne occasionnée par la mutilation et le lymphoedème séquellaire des membres inférieurs est souvent conséquente. L'avis d'un oncologue ou d'un gynéco-obstétricien est nécessaire.

I – 8 – 1 - TUMEUR MALIGNE DU VAGIN :

- L'avis d'un oncologue est nécessaire : **10 à 60 %**

I – 8 – 2 - TUMEUR MALIGNE DU COL DE L'UTERUS :

(endocol et exocol)

- **Epithélioma in situ**, la guérison est assurée : **0 %**
- **Séquelles de radiothérapie** : possibilité de lésions cicatricielles scléreuses du pelvis à distance du traitement responsable d'une gêne douloureuse d'intensité variable, non guérissable malgré les traitements médicaux : **10 à 30 %**
- **Séquelles dues au traitement combiné**, radiothérapie et chirurgie constituées essentiellement par un lymphoedème des membres inférieurs uni ou bilatéral. Le taux d'invalidité sera fonction de son importance et surtout de ses répercussions sur les fonctions (marche notamment) : **15 à 40 %**
- **Formes évoluées** : **70 à 99 %**

I – 8 – 3 - TUMEUR MALIGNE DU CORPS DE L'UTERUS :

- Séquelles chirurgicales d'hystérectomie extrafasciale avec lymphadenectomie sans radiothérapie ou curiethérapie associée : **0 à 15 %**
- Séquelles après chirurgie et radiothérapie/curiethérapie : **15 à 40 %**
- Formes évoluées : **70 à 99 %**

I – 8 – 4 - TUMEUR MALIGNE DE L'OVAIRE :

Taux d'invalidité selon le stade de la FIGO

- pour les stades précoces (IA et IIA)	0 à 10 %
- pour les stades IB ou C et IIB ou C	20 à 50 %
- pour les stades III et IV	50 à 99 %

I – 8 – 5 - TUMEUR MALIGNE DU PLACENTA :

Tumeur exceptionnelle dont la guérison peut être obtenue avec conservation de la fonction reproductrice :

0 %

Dans les autres cas comme les choriocarcinomes traités par polychimiothérapie, l'avis d'un oncologue est nécessaire.

I – 9 - TUMEURS MALIGNES DES ORGANES GENITAUX DE L'HOMME
--

I – 9 – 1 - TUMEUR MALIGNE DE LA VERGE :

(prépuce, gland, corps de la verge)

Les séquelles sont fonction de l'importance de l'amputation réalisée : **15 à 30 %**

En cas de retentissement psychologique, l'avis d'un psychiatre est souhaitable.

I – 9 – 2 - TUMEUR MALIGNE DE LA PROSTATE :

30 à 80 %

I – 9 – 3 - TUMEUR MALIGNE DU TESTICULE :

- Séminome testiculaire :	10 à 30 %
- Tumeur germinale non séminome pur :	10 à 60 %
- Tumeur métastatique non contrôlée par le traitement :	70 à 99 %

I – 9 – 4 – AUTRES LOCALISATIONS DE TUMEURS MALIGNES DES ORGANES GENITAUX DE L'HOMME :

(épididyme, cordon spermatique, scrotum, tunique vaginale, vésicule séminale)

Il s'agit là de tumeurs rares pour lesquelles un avis spécialisé auprès d'un oncologue sera nécessaire.

I – 10 - TUMEURS MALIGNES DES VOIES URINAIRES

I – 10 – 1 - TUMEUR MALIGNE DU REIN :

(à l'exception du bassinnet)

L'avis d'un oncologue est nécessaire

- Séquelles de néphrectomie :
(algies, atteinte fonction rénale) voir aussi chapitre "Appareil génito-urinaire" **10 à 60 %**
- Selon le stade de la maladie : **20 à 99 %**

I – 10 – 2 - TUMEUR MALIGNE DU BASSINET, OU DE L'URETERE :

(Origine professionnelle possible) **30 à 80 %**

I – 10 – 3 - TUMEUR MALIGNE DE LA VESSIE :

(dont orifice urétéral, ouraque)

(Origine professionnelle possible)

Selon les séquelles urinaires : **30 à 99 %**

I – 10 – 4 - AUTRE TUMEUR MALIGNE DES ORGANES URINAIRES :

(uretère, glande urétrale)

L'avis d'un oncologue est nécessaire.

Tumeurs de l'urètre : **30 à 80 %**

I – 11- OPHTALMOLOGIE

I – 11 – 1 - TUMEUR MALIGNE DE L'ŒIL ET DE SES ANNEXES :

Les séquelles ophtalmologiques sont évaluées selon les critères du chapitre "Ophtalmologie".

I – 12 - CANCERS DU SYSTEME NERVEUX CENTRAL

I – 12 – 1- TUMEUR DES MENINGES :

Un avis spécialisé auprès d'un neurologue ou d'un oncologue sera demandé : **60 à 99 %**

I – 12 – 2- TUMEUR DU CERVEAU :

Les tumeurs cérébrales de l'adulte peuvent être classées en deux catégories :

- les tumeurs agressives: les glioblastomes et les astrocytomes infiltrants ;
- les tumeurs de bon pronostic si l'exérèse en est réalisée : astrocytome kystique bien circonscrit, pour lesquelles le taux d'invalidité va correspondre aux séquelles de la chirurgie ;
- un cas particulier est celui des lymphomes primitifs du SNC qui font rechercher un syndrome d'immunodépression (SIDA).

Certaines tumeurs sont histologiquement bénignes (méningiomes, épendyome cérébral) mais leur topographie peut en rendre l'exérèse impossible et leur augmentation de taille entraîner des déficits neurologiques très importants. **50 à 99 %**

Le taux pourra être inférieur dans le cas de tumeur de bon pronostic (astrocytome kystique bien circonscrit par exemple). L'avis d'un oncologue ou d'un neurochirurgien est souhaitable.

I – 12 – 3- TUMEUR MALIGNE DE LA MOELLE EPINIERE, DES NERFS CRANIENS ET D'AUTRES PARTIES DU SYSTEME NERVEUX CENTRAL :

L'avis d'un oncologue ou d'un neurochirurgien est nécessaire : **20 à 90 %**

I – 13 - TUMEURS MALIGNES DES GLANDES ENDOCRINES

I – 13 - 1- TUMEUR DE LA THYROIDE :

- thyroïdectomie, radiothérapie métabolique, opothérapie : **10 à 40 %**
- thyroïdectomie plus radiothérapie externe, radiothérapie métabolique, opothérapie substitutive : **20 à 50 %**
- cancer médullaire : **20 à 99 %**
- carcinome anaplasique : **60 à 99 %**

I – 13 - 2- TUMEUR DE LA SURRENALE :

(cortex de la surrénale, médullosurrénale)

L'avis d'un oncologue ou d'un endocrinologue est nécessaire : **10 à 40 %**En cas de non exérèse chirurgicale : **60 à 99 %****I – 13 - 3- AUTRES TUMEURS DES GLANDES ENDOCRINES :**

(parathyroïde, hypophyse, tractus craniopharyngien, épiphyse, corpuscule carotidien, glomus aortique et autres paraganglions, autre glande endocrine ou atteinte pluriglandulaire) ;

Il s'agit de tumeurs rares pour lesquelles l'avis d'un endocrinologue ou d'un oncologue est nécessaire.

I – 14 - TUMEURS MALIGNES SECONDAIRES ET NON PRECISES

Il s'agit là d'un ensemble de tumeurs malignes :

- soit de tumeurs malignes des ganglions lymphatiques secondaires et non précisées ;
- soit de tumeurs secondaires des organes respiratoires et digestifs,
- soit de tumeurs malignes secondaires d'autres sièges.

La situation est celle d'un patient porteur d'une tumeur maligne métastatique dont le primitif n'est pas retrouvé : **70 à 99 %****I – 15 - TUMEURS MALIGNES PRIMITIVES OU PRESUMÉES PRIMITIVES DES TISSUS LYMPHOÏDES, HÉMATOPOÏÉTIQUES ET APPARENTES**

Voir chapitre "Hématologie".

I – 16 - TUMEURS MALIGNES DE SIÈGES MULTIPLES INDÉPENDANTS (PRIMITIFS)

Ce sont des tumeurs entrant dans le cadre complexe :

- des tableaux liés à une mutation génétique identifiée ou non (maladie de Lynch, maladie de Von Hippel Lindeau...) :
- de pathologies tumorales multiples : **60 à 99 %**

II - TUMEURS IN SITU ET TUMEURS BENIGNES

II – 1 - TUMEURS IN SITU

Les tumeurs in situ ne sont généralement pas source d'invalidité, qu'il s'agisse des tumeurs in situ au niveau de la cavité buccale, œsophage ou estomac, des organes digestifs, de l'oreille moyenne et de l'appareil respiratoire, du mélanome, de la peau, du sein, du col de l'utérus, d'organes génitaux, etc... : **0 %**

II – 2 - TUMEURS BENIGNES

Selon la localisation (sein, ovaire, vessie, polype des sinus et des fosses nasales, papillomatose laryngée ou encore polype isolé de la vessie et papillomatose vésicale non dégénérée, etc...).

Les séquelles sont celles résultant du traitement : **0 à 10 %**

Certaines tumeurs bénignes, en particulier au niveau du système nerveux central, compte tenu de leur localisation particulière, de leur extension locale et du traitement, peuvent justifier un taux plus élevé.

Se reporter si nécessaire au chapitre correspondant à la spécialité concernée.

CHAPITRE III HEMATOLOGIE

I – LES ANEMIES

- ANEMIES APLASTIQUES OU APLASIE MEDULLAIRE :

Selon la réponse au traitement et l'importance de la cytopénie : **30 à 99 %**

**- ANEMIES HEMOLYTIQUES PAROXYSMIQUES NOCTURNES OU
SYNDROME DE MARCHIAFAVA-MICHELI :**

Selon l'importance des épisodes hémolytiques de l'anémie et du nombre des transfusions sanguines : **30 à 70 %**

**- ANEMIES HEMOLYTIQUES PAR ANOMALIE HEREDITAIRE DE LA
MEMBRANE ERYTHROCYTAIRE : LA MICROSPHEROCYTOSE
HEREDITAIRE OU MALADIE DE MINKOWSKI ET CHAUFFARD**

Selon l'importance de l'anémie et des traitements nécessaires (transfusion et/ou splénectomie) : **0 à 30 %**

**- ANEMIES HEMOLYTIQUES EXTRA-CORPUSCULAIRES NON
IMMUNOLOGIQUES :**

Selon l'importance et la réversibilité de l'anémie : **0 à 30 %**

- ANEMIES HEMOLYTIQUES IMMUNOLOGIQUES AUTO-IMMUNES :

Selon l'importance de l'anémie, la réponse au traitement, la nécessité d'une thérapeutique transfusionnelle et le passage ou non à la chronicité : **0 à 30 %**

**- ANEMIES HEMOLYTIQUES IMMUNOLOGIQUES INDUITES PAR
DES MEDICAMENTS :**

Selon la réversibilité de l'anémie après arrêt de la prise du médicament, la molécule thérapeutique et de sa prise obligatoire pour traiter l'affection et l'importance de l'anémie : **0 à 20 %**

- ANEMIES HYPOCHROMES HYPOSIDEREMIQUES :

Selon l'importance de l'anémie et sa réversibilité par un traitement martial : **0 à 30 %**

- ANEMIES MEGALOBLASTIQUES OU MACROCYTAIRES :

Selon l'importance de l'anémie, la réversibilité de l'affection sous traitement, les complications associées (neurologiques, digestives...) : **0 à 30 %**

- ANEMIES ET ERYTHROBLASTOPENIES :

- Pour les formes constitutionnelles : **70 à 99 %**

- Pour les formes acquises et réversibles sauf si une pathologie maligne est associée : **0 à 30 %**

- ANEMIES ET HEMOGLOBINOPATHIES :

- THALASSEMIES :

- **Hétérozygote** :

0 à 5 %

- **Homozygote** :

30 à 70 %

Si greffe de moelle avec complications immunologiques sévères ou complications transfusionnelles graves :

99 %

- DREPANOCYTOSES :

- **Hétérozygote** :

0 à 5 %

- **Homozygote** : selon la fréquence des crises vaso-occlusives, de leurs complications et du degré de l'anémie ; ce taux peut être majoré si une greffe de moelle avec complications immunologiques est réalisée ou s'il existe des complications transfusionnelles sévères :

30 à 70 %

- ANEMIES ET ENZYMOPATHIES :

Selon l'importance des crises hémolytiques et de l'anémie :

0 à 30 %

- ANEMIES ET PORPHYRIES :

- **MALADIE DE GÜNTHER** :

30 à 70 %

- **PROTOPORPHYRIE** : Selon l'importance de la photosensibilité et son handicap :

0 à 30 %

- ANEMIES HEMOLYTIQUES IMMUNOLOGIQUES PAR INCOMPATIBILITE FOETO-MATERNELLE :

- Formes mineures :

0 %

- Formes sévères avec séquelles graves notamment neurologiques :

70 à 99 %

- ANEMIES ET DYSEERYTHROPOIESES CONGENITALES :

Selon l'importance de l'anémie :

0 à 30 %

II – LES SYNDROMES MYELOPROLIFERATIFS

- POLYGLOBULIE ESSENTIELLE (MALADIE DE VAQUEZ) :

- Pour les formes mineures :

0 à 30 %

- Pour les formes sévères avec complications viscérales et avec nécessité d'un traitement par chimiothérapie et P32 ou équivalent :

30 à 70 %

- THROMBOCYTEMIE ESSENTIELLE :

Selon l'importance de la thrombocytemie et de ses complications :

0 à 30 %

Il n'est pas tenu compte d'éventuelles pathologies malignes associées.

- MYELOFIBROSE PRIMITIVE (SPLENOMEGALIE MYELOÏDE) :

Selon l'importance de l'anémie et du stade de la fibrose : **30 à 70 %**
 La présence de complications peut se traduire par une majoration du taux : **70 à 99 %**

- LEUCEMIE MYELOÏDE CHRONIQUE :

Selon l'âge du patient et la phase évolutive de la maladie : **70 à 99 %**

- LEUCEMIE MYELO-MONOCYTAIRE CHRONIQUE :

Selon l'âge du patient et le stade évolutif de la maladie : **70 à 99 %**

- LEUCEMIE A EOSINOPHILES :

Selon les groupes de gravité de l'affection : **70 à 99 %**

III – PATHOLOGIES DU SYSTEME LYMPHOÏDE ET SYNDROMES IMMUNOPROLIFERATIFS

- MYELOME MULTIPLE :

Selon l'âge du patient, la présence ou non de complications et l'importance de la masse tumorale : **30 à 70 %**

- MACROGLOBULINEMIE DE WALDENSTROM :

Selon l'âge du patient et la présence ou non de complications cliniques de la maladie : **30 à 70 %**

- HISTIOCYTOSE MALIGNE :

99 %

- SPLENOMEGALIES :

Selon l'étiologie et l'évolutivité de l'affection en cause : **0 à 30 %**

- HYPERLYMPHOCYTOSES

- formes résolutives et notamment infectieuses : **0 %**
- formes associées à des pathologies systémiques, se rapporter à ces dernières.

- MONONUCLEOSE INFECTIEUSE :

Sauf complications : **0 %**

- LES ADENOPATHIES :

En fonction du caractère de l'adénopathie (étiologie, histologie, caractère réversible...).

Le taux sera celui de l'affection causale. Avis du spécialiste nécessaire.

- LEUCEMIE AIGUË LYMPHOBLASTIQUE :

Selon l'âge du patient, la gravité de la maladie et la réponse au traitement : **70 à 99 %**

- LEUCEMIE AIGUË MYELOÏDE :

Selon l'âge du patient, l'origine de la maladie et les résultats du traitement : **70 à 99 %**

- LEUCEMIE LYMPHOÏDE CHRONIQUE A CELLULES B :

Selon l'âge du patient et le degré d'infiltration des tissus hématopoïétiques : **30 à 70 %**

- LEUCEMIE LYMPHOÏDE CHRONIQUE A PROLYMPHOCYTES :

Selon l'âge du patient et la classification de la maladie : **30 à 70 %**

- LEUCEMIE A TRICHOLEUCOCYTES :

Selon l'âge du patient et l'importance de la pancytopénie : **70 à 99 %**

- MALADIE DE HODGKIN :

Selon le niveau d'évolution clinique de la maladie, l'âge du patient et la réponse au traitement : **30 à 70 %**

- LYMPHOMES MALINS NON HODGKINIENS – LYMPHOMES MALINS NON HODGKINIENS A FORME GANGLIONNAIRE :

Dans ce cadre, on peut citer :

- **LYMPHOMES MALINS NON HODGKINIENS DE HAUTE MALIGNITE :**
 - Lymphomes de Burkitt,
 - Lymphomes lymphoblastiques,
- **LYMPHOMES MALINS NON HODGKINIENS A PRESENTATION EXTRA-NODALE ;**
- **LYMPHOMES MALINS NON HODGKINIENS DIGESTIFS ;**
- **LYMPHOMES MALINS NON HODGKINIENS TETE ET COU ;**
- **LYMPHOMES MALINS NON HODGKINIENS PULMONAIRES ;**
- **LYMPHOMES MALINS NON HODGKINIENS DES GONADES ;**
- **LYMPHOMES MALINS NON HODGKINIENS OSSEUX ;**
- **LYMPHOMES MALINS NON HODGKINIENS CEREBROMENINGES ;**
- **LYMPHOMES MALINS NON HODGKINIENS CUTANES :**
 - Mycosis fongoïde et syndrome de Sézary,
 - HTLV1,
- **LYMPHOMES MALINS NON HODGKINIENS T PERIPHERIQUES.**

Le taux proposé doit tenir compte de l'évolution et du pronostic extrêmement variable. Avis d'un hématologue ou d'un oncologue souhaitable : **20 à 99 %**

- HYPERLEUCOCYTOSES ET POLYNUCLEOSES, HYPEREOSINOPHILIES, NEUTROPENIES :

Taux en relation avec l'étiologie. L'avis d'un spécialiste est nécessaire.

IV – PATHOLOGIES DE L'HEMOSTASE

- THROMBOPENIES CONSTITUTIONNELLES :

Selon l'importance de la symptomatologie et des complications cliniques : **30 à 99 %**

- THROMBOPATHIES CONSTITUTIONNELLES :

Selon l'importance de la symptomatologie et des complications cliniques : **30 à 70 %**

- PATHOLOGIES ACQUISES DE L'HEMOSTASE PRIMAIRE :

Selon l'origine de la pathologie :

- Vaisseau : **0 à 20 %**
- Plaquettes : **0 à 20 %**
- Cofacteurs plasmatiques : **0 à 10 %**

- PATHOLOGIES CONSTITUTIONNELLES DE LA COAGULATION – L'HEMOPHILIE :

Selon les complications de la maladie proprement dite et sans tenir compte des éventuelles complications thérapeutiques et transfusionnelles : **30 à 70 %**

- PURPURAS THROMBOPENIQUES IMMUNOLOGIQUES :

- Formes aiguës curables : **0 %**
- Formes avec thrombopénie résiduelle à évaluer selon l'importance de cette dernière :
 - < 10 000 plaquettes/mm³: **70 %**
 - 10 000 – 50 000/mm³: **30 à 70 %**
 - > 50 000/mm³: **30 %**

- PURPURAS THROMBOPENIQUES NON IMMUNOLOGIQUES :

- Formes périphériques :
 - par hyperdestruction plaquettaire : **0 à 70 %**
 - par anomalie de répartition : **0 à 30 %**
 - pseudo-Willebrand : **0 à 30 %**
- Formes centrales :
 - amégacaryocytose et aplasie : **30 à 70 %**
 - infiltration médullaire : **30 à 70 %**

- LES PURPURAS VASCULAIRES :

Selon les éventuelles pathologies associées : **0 à 30 %**

CHAPITRE IV ENDOCRINOLOGIE

I – MALADIES ENDOCRINIENNES

I – 1 - PATHOLOGIES THYROIDIENNES

I – 1 - 1 – DYSTROPHIES :

- Goitres et nodules

Ne justifient pas de taux, sauf s'il existe des signes compressifs locaux et si l'indication opératoire n'a pas été retenue. La collaboration de l'O.R.L. est alors souhaitée afin de préciser le taux qui dépassera rarement 5 %.

Si ces dystrophies évoluent dans un contexte hormonal anormal, il conviendra de le revoir après traitement préalable de l'hyper ou de l'hypothyroïdie.

- Les autres dystrophies thyroïdiennes :

- la **thyroïdite de QUERVAIN** qui habituellement guérit sans séquelles,
- la **thyroïdite de HASHIMOTO** qui peut prendre des aspects divers, soit d'une dystrophie, soit d'un dysfonctionnement .

- Les thyroïdectomies :

Elle justifient un taux s'il existe :

- une insuffisance thyroïdienne ;
- une paralysie récurrentielle cause de dysphonie ;
- et/ou une hypoparathyroïdie.

(cf paragraphes correspondants).

- Les cancers de la thyroïde :

Voir chapitre « Tumeurs bénignes et malignes ».

Une hypothyroïdie secondaire à la thérapeutique justifie un taux (cf. paragraphe correspondant).

I – 1 - 2 – HYPERFONCTIONNEMENTS :

Maladie de Basedow, adénomes toxiques, goitre multinodulaire toxique et autres hyperthyroïdies.

Le taux ne sera fixée qu'après traitement de l'hyperthyroïdie : **5 à 40 %**

Une insuffisance thyroïdienne consécutive au traitement justifie un taux (se reporter au paragraphe concerné).

Des complications cardiaques et/ou ophtalmologiques impliquent la collaboration des spécialistes concernés.

I – 1 -3 – INSUFFISANCE THYROIDIENNES :

Un traitement hormonal substitutif et une surveillance clinique et biologique (dosage de TSHus), contraignants justifient : **5 à 10 %**

I – 2 - PATHOLOGIES PARATHYROIDIENNES

I –2 –1 – HYPERPARATHYROIDIES :

- Si l'intervention chirurgicale n'est pas réalisable, les conséquences de l'hyperparathyroïdie en rapport avec calcémie et calciurie excessives (H.T.A., lithiases rénales calciques, insuffisance rénale, fatigabilité,...) peuvent justifier : **10 à 20 %**
Taux éventuellement plus élevé après avis d'un néphrologue.

- Si l'intervention chirurgicale a été réalisée, les conséquences sont inexistantes, sauf s'il est constaté exceptionnellement une insuffisance parathyroïdienne ou s'il persiste un retentissement fonctionnel rénal (l'avis d'un néphrologue est alors souhaitable).

I - 2 – 2- HYPOPARATHYROIDIES :

Le plus souvent secondaire à une parathyroïdectomie.

Elles sont responsables d'hypocalcémie, et s'expriment par des manifestations tétaniques. Elles peuvent se compliquer de convulsions, de crampes musculaires, de fatigue...

Un surdosage vitamino-calcique peut entraîner une insuffisance rénale aiguë, d'où la nécessité de contrôles fréquents biologiques sanguins et urinaires phosphocalciques.

Sachant les difficultés d'équilibrer un déficit parathyroïdien quasi constamment iatrogène (après thyroïdectomie) : **10 à 30 %**

I – 3 - LES PATHOLOGIES SURRENALIENNES

I – 3 – 1 - LA MALADIE DE CUSHING :

Un traitement médical et/ou chirurgical adapté peut permettre une guérison. Souvent une insuffisance surrénalienne secondaire justifie un traitement compensateur adapté avec surveillance clinique et biologique contraignante : **10 à 20 %**

I – 3 - 2- LES INSUFFISANCES SURRENALIENNES : MALADIE D'ADDISON :

Justifient un traitement substitutif adapté avec surveillance clinique et biologique contraignante la vie durant : **15 à 20 %**

I – 3 – 3 - AUTRES PATHOLOGIES SURRENALIENNES :

- syndrome de CONN,
- phéochromocytomes.

Guérison après intervention chirurgicale.

En cas de séquelles consécutives à l'HTA antérieure, la collaboration du cardiologue et/ou du néphrologue est justifiée.

I – 4 - LES INSUFFISANCES GONADIQUES :

I – 4 - 1 - STERILITE OU HYPOFERTILITE :

Il est nécessaire de recueillir un avis spécialisé surtout en cas d'imputabilité au service.

I – 4 - 2 – HYPOGONADISME :

Il peut s'agir :

- d'un hypogonadisme iatrogène par castration,
- d'un syndrome de KLINEFELTER chez l'homme,
- d'un syndrome de TURNER chez la femme,
- ou d'autres maladies endocriniennes.

Il justifie un traitement compensateur adapté avec surveillance clinique et biologique contraignante :

10 %

Ce taux peut être réduit chez le sujet âgé ou majoré si une ostéoporose consécutive à la carence hormonale était constatée après réalisation d'une ostéodensitométrie. L'avis d'un rhumatologue est souhaitable.

I – 4 - 3 - LES HYPERANDROGENIES :

Elles justifient une enquête étiologique qui orientera vers une affection gonadique ou surrénalienne. Un traitement adapté le plus souvent hormonal réduira l'excès de sécrétions hormonales. Il justifie une surveillance clinique et biologique.

- formes mineures : hirsutismes inesthétiques nécessitant un traitement anti androgène prolongé :

5 %

- forme sévère par bloc enzymatique surrénalien qui devra bénéficier d'un traitement hormonal corticoïde :

10 à 15 %

Des taux plus importants concernent le syndrome de perte de sel (taux proposés pour les insuffisances surrénaliennes).

I – 5 - LES INSUFFISANCES HYPOPHYSAIRES

I – 5 - 1 - LES HYPOPITUITARISMES ANTERIEURS :

Il justifie après exploration des différents axes endocriniens, un traitement compensateur adapté aux déficits.

Ces déficits sont thyroïdiens et/ou surrénaliens et/ou gonadiques.

Le déficit en hormones de croissance est responsable d'un nanisme.

Le traitement substitutif et la surveillance clinique et biologique sont contraignants.

Le taux dépend de la multiplicité des déficits :

10 à 40 %

I – 5 - 2 - LES HYPOPITUITARISMES POSTERIEURS

– Le diabète insipide :

Syndrome polyurodyspique, en rapport avec un processus posthypophysaire qui justifie une investigation tumorale intracrâniennes dont l'appréciation est faite en collaboration avec le neurologue. Un traitement médicamenteux adapté doit permettre la neutralisation du trouble.

La contrainte de ce traitement permanent justifie :

- si le trouble est bien contrôlé par le traitement : **5 à 15 %**
- si le trouble est mal contrôlé par le traitement : **15 à 20 %**

– La potomanie :

Cette pathologie s'exprime par un tableau clinique comparable.

Un tel trouble du comportement (évalué en collaboration avec le psychiatre) :

0 à 5 %

I – 6 - LES ADENOMES HYPOPHYSAIRES :

Le taux dépend d'une part du syndrome tumoral déjà opéré ou non opéré, d'autre part du retentissement endocrinien de la formation, dont il convient d'évaluer les conséquences de l'hyperfonctionnement et /ou celles des déficits engendrés par les thérapeutiques déjà réalisées.

Si le processus pathologique n'a pas encore subi de traitement, la consolidation et le taux ne peuvent être proposés.

Après traitement, la consolidation est acquise. Le taux dépend :

- Du syndrome tumoral résiduel, des séquelles neurologiques et/ou oculaires (atteinte du nerf optique : amputation du champ visuel). Dans ce cas la collaboration du neurologue et/ou de l'ophtalmologiste est souhaitable ;
- De l'endocrinopathie, soit hypersécrante, soit déficitaire. Les évaluations tiennent compte du caractère
 - non sécrétant de l'adénome
 - ou sécrétant et dans ce cas de la nature de la tumeur.

- ACROMEGALIE : **20 à 50 %**

S'il existe un diabète et/ou une HTA et/ou une ostéopathie, l'avis du spécialiste concerné sera demandé.

Le taux pourra être supérieur en cas de cécité et de perte d'autonomie.

- PROLACTINOME :

- Guérison fréquemment obtenue : **0 %**

- L'existence de séquelles endocriniennes plus spécifiquement gonadiques sera appréciée au chapitre « Appareil génito-urinaire ».

- Volumineux adénome avec conséquences tumorales neurologiques : **5 à 20 %**
Un taux d'invalidité plus élevé peut être justifié.

I – 7 - PATHOLOGIES ENDOCRINIENNES MULTIPLES ASSOCIEES

L'endocrinologue doit faire l'inventaire des différentes atteintes. Un taux ne peut être proposé que si l'état semble stabilisé. Les taux sont parfois importants. Ils dépendent de la multiplicité des atteintes endocriniennes et de leurs conséquences.

II – MALADIES METABOLIQUES – NUTRITION

II – 1 - LES DIABETES TYPES 1 ET 2

Qu'il s'agisse du diabète maigre du sujet jeune ou insulino-dépendant ou type 1 ; ou du diabète gras de la maturité, ou non insulino-dépendant ou type 2, les taux ne diffèrent pas de façon importante. D'autant plus que le diabétique de type 2 est souvent insulino-traité.

Il est surtout important de connaître :

- Les retentissements divers de la maladie sur les différents appareils : cardiovasculaire, oculaire, neurologique, néphrologique... ;
- La qualité de l'équilibre glycémique évalué à partir de l'hémoglobine glycosylée.

La contrainte thérapeutique plus ou moins lourde justifie de majorer le taux, de même que l'instabilité de l'équilibre glycémique.

II - 1 – 1 - DIABETES DE TOUS TYPES SANS AUCUN RETENTISSEMENT VISCERAL ET STABLES :

- Equilibrés par régime seul et traitement oral : **0 à 8 %**

- Equilibrés par un traitement insulinique plus contraignant : **15 à 25 %**
- Si le diabète est instable entraînant des hypoglycémies fréquentes : **20 à 30 %**

II - 1 – 2 - DIABETES COMPLIQUES :

- d'insuffisance rénale ;
- de rétinopathie ;
- de néphropathie ;
- de maladie cardio-vasculaire soit coronarite, soit artérite.

justifient la collaboration des médecins spécialistes concernés.

Des troubles neurologiques (polynévrite) ou podologiques (mal perforant plantaire invalidant) seront laissés à l'appréciation du diabétologue avec l'aide éventuelle d'un neurologue ou d'un rhumatologue.

Le taux sera alors évalué en fonction des complications organiques qui seront appréciées suivant les critères des spécialités concernées.

II – 2 - LES MALADIES METABOLIQUES DIVERSES

II – 2 – 1 - DYSLIPIDEMIE – HYPERCHOLESTEROLEMIE :

Ce sont des facteurs de risque de maladies cardio-vasculaires, mais non des maladies susceptibles par elles-mêmes de justifier un taux d'invalidité.

Si l'atteinte cardio-vasculaire est déjà constituée, le taux doit être évalué par le cardiologue.

II – 2 – 2- HYPERURICEMIE ET/OU GOUTTE :

Les risques encourus sont surtout néphro-urologiques et rhumatologiques. L'évaluation du taux d'invalidité appartient aux spécialités concernées.

II – 2 – 3 – HEMOCHROMATOSE :

Il s'agit d'une maladie en rapport avec une surcharge de fer de l'organisme, à multiples localisations, souvent responsable d'un diabète, d'une cirrhose hépatique, d'un hypogonadisme...

Le taux sera fixé en fonction des complications engendrées, notamment hépatiques (voir chapitre « Appareil digestif »).

II – 3 - OBESITES

Les obésités sont appréciées par l'indice de masse corporelle (poids en kg/taille² en mètre)

L'indemnisation d'une obésité ne se justifie que par les complications organiques qu'elle entraîne (l'indice de masse corporelle de telles obésités est alors souvent très supérieur à 35).

Le taux sera alors fixé en fonction des critères de la ou des spécialités correspondantes aux complications organiques :

- en cas d'arthropathie, chapitre "Appareil locomoteur" ;
- en cas d'insuffisance cardiaque ou veineuse, chapitre "Appareil cardio-vasculaire" ;
- en cas de troubles psychologiques réactionnels, chapitre "Troubles mentaux et du comportement" ;
- etc...

CHAPITRE V

TROUBLES MENTAUX ET DU COMPORTEMENT

I – ETATS DEMENTIELS

Ils sont définis par une atteinte globale des fonctions cognitives et symboliques (raisonnement, mémoire, langage, gnosies,...). On observe également une désorganisation progressive des comportements et des conduites des plus socialisées aux plus élémentaires et une altération du contrôle émotionnel.

On peut relever des symptômes associés, troubles du sommeil, apathie, agitation, symptômes hallucinatoires et/ou délirants, agressivité, violences verbales et/ou gestuelles, qui réduisent encore davantage l'autonomie :

60 à 99 %

II – TROUBLES LIES A L'UTILISATION DE SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES (ALCOOL, OPIACES, COCAÏNE, STIMULANTS, ETC.) ET AUTRES CONDUITES ADDICTIVES

Seules les conséquences de l'intoxication chronique ou des intoxications aiguës récurrentes, autrement dit les complications psychiatriques, sont à prendre en compte en termes de troubles mentaux. Il convient de les identifier selon les critères des sections concernées.

III – TROUBLES PSYCHOTIQUES CHRONIQUES (SCHIZOPHRENIQUES ET NON SCHIZOPHRENIQUES)

III – 1 - SCHIZOPHRENIES

La grande variété des expressions symptomatiques et des modalités évolutives, nécessite d'apprécier :

- L'état mental habituel (paranoïde, « déficitaire », pseudo-névrotique...) et son retentissement sur la relation à la réalité et sur le fonctionnement relationnel ainsi que sur le fonctionnement cognitif. Certaines formes, dites « résiduelles », peuvent se limiter à des symptômes « négatifs » où dominent le ralentissement, l'hypoactivité, le manque d'initiative et la pauvreté de la communication ;

- Les éventuels épisodes aigus « poussées ou bouffées processuelles), leur forme (paranoïde, catatonique, thymique [trouble schizoaffectif]), leur intensité, leur durée et leur fréquence :

40 à 90 %

III – 2 - DELIRES CHRONIQUES NON SCHIZOPHRENIQUES (TROUBLES DELIRANTS PERSISTANTS)

On regroupe ici les délires systématisés paranoïaques, les psychoses hallucinatoires chroniques et les paraphrénies.

La thématique, l'extension du délire et/ou du syndrome hallucinatoire, l'existence ou non de troubles du comportement, retiennent davantage sur la relation à la réalité et sur le fonctionnement relationnel que les épisodes de réactivation symptomatique :

30 à 80 %

IV – TROUBLES DE L'HUMEUR

Il s'agit de l'expression permanente du trouble, presque toujours sous la forme dépressive, soit de la récurrence d'expressions aiguës, dépressives ou maniaques, réalisant un tableau de trouble bipolaire ou dépressif récurrent.

IV – 1 - NEVROSE A COMPOSANTE DEPRESSIVE

Il s'agit d'un état dépressif chronique. La permanence de la sémiologie dépressive, malgré des fluctuations, ne permet pas d'individualiser des épisodes séparés par des intervalles libres.

L'intensité du sentiment dépressif, de la charge anxieuse, la sensation de fatigue, l'altération de la capacité d'initiative, les troubles du sommeil, les difficultés intellectuelles, la capacité à maintenir des activités sociales et à assumer les activités de la vie quotidienne, permettent d'apprécier le retentissement fonctionnel du trouble.

10 à 30 %

IV – 2 - MANIE CHRONIQUE

La persistance d'un état maniaque au delà d'une année est exceptionnelle et doit faire discuter son caractère symptomatique d'un trouble psychotique sous-jacent, schizophrénique notamment. Le taux d'invalidité est à apprécier en fonction de la relation à la réalité et du fonctionnement relationnel.

20 à 50 %

IV – 3 - TROUBLES BIPOLAIRES

Ils correspondent à la classique psychose maniaco-dépressive (P.M.D.).

Il convient d'apprécier, d'une part, le type (dépressif ou maniaque), l'intensité, la durée et la fréquence des épisodes aigus, la présence de troubles du comportement et/ou de symptômes psychotiques, d'autre part, l'état mental intercritique, en termes notamment de durée, de tonalité thymique et de symptômes résiduels. **10 à 50 %**

IV – 4 - TROUBLES DEPRESSIFS RECURRENENTS

Voir névrose à composante dépressive.

V – TROUBLES NEVROTIQUES

Il convient de différencier clairement, en ce qui concerne les troubles phobiques, anxieux et obsessionnels, les troubles névrotiques individualisés et les symptômes névrotiques, ou d'allure névrotique, repérables au sein du tableau d'un autre troubles, dépressif par exemple. Seuls les premiers sont à prendre en compte dans la présente section. Les seconds sont inclus dans le trouble principal qui est évalué globalement.

L'évaluation du taux d'incapacité est fondée sur l'intensité du trouble et son retentissement fonctionnel.

V – 1 - TROUBLES PHOBIQUES

- phobies sociales ;
- phobies spécifiques.

0 à 30 %

V – 2 - TROUBLES ANXIEUX

- crises d'angoisse avec attente anxieuse (névrose d'angoisse) ;
- anxiété généralisée.

0 à 30 %

V – 3 - TROUBLES OBSESSIONNELS

- manifestations obsessionnelles (incluant les phobies d'impulsion) ;
- manifestations compulsives ;
- troubles complexes associant les deux (névrose obsessionnelle).

10 à 50 %

V – 4 - MANIFESTATIONS DE CONVERSION, TROUBLES HYSTERIQUES

- troubles de la mémoire et/ou de la conscience: amnésie, stupeur, état crépusculaire, transe, syndrome de Ganser ;
- troubles du comportement : fugue, agitation ;
- troubles sensoriels et sensitifs : cécité, surdité, anesthésies ;
- troubles moteurs : paralysies, crises convulsives.

0 à 40 %

V – 5 - NEVROSE TRAUMATIQUE (SYNDROME PSYCHOTRAUMATIQUE, PSYCHOSYNDROME TRAUMATIQUE, ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE [P.T.S.D.]

Le trouble apparaît après un événement souvent dramatique, dont le sujet a été victime, avec ou sans atteinte corporelle, ou bien témoin ou encore dans lequel il peut être intervenu comme professionnel (sauveteur, policier, etc.); cet événement peut parfois passer inaperçu. L'intervalle libre, ou période de latence, entre l'événement et l'apparition du trouble peut atteindre six mois, voire plusieurs années. Le trouble, d'évolution souvent favorable, peut durer plusieurs années et, parfois, connaître une évolution chronique.

Il associe :

- des symptômes spécifiques : syndrome de répétition (rêves récurrents de l'événement, réminiscences et flash-back dans la journée, ruminations du souvenir de l'événement), état permanent d'alerte et réaction de sursaut ;
- des symptômes non spécifiques : troubles névrotiques (cf. supra), modifications du caractère et du style relationnel.

Les symptômes non spécifiques sont d'évolution nettement moins favorables et, pour une large part, fondent le pronostic et, par suite, l'incapacité. Ils sont donc particulièrement à prendre en compte lors d'une évaluation pour invalidité (rarement supérieure à 15 %).

5 à 30 %

V – 6 - TROUBLES SOMATOFORMES

Voir névrose ou psychose.

VI – TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES (PATHOLOGIE DE L'ENFANCE OU DE L'ADOLESCENCE)

Un taux peut être attribué uniquement en fonction d'un trouble psychiatrique sous-jacent et/ou de complications organiques qui seront évaluées selon les critères propres à chaque spécialité concernée.

VII – RETARD MENTAL (CONGENITAL OU ACQUIS DES LA PETITE ENFANCE)

Il s'agit d'un arrêt du développement mental portant essentiellement sur les fonctions cognitives. On appréciera une éventuelle aggravation du retard mental, soit en raison d'une affection psychiatrique sous-jacente, soit en raison d'une affection somatique.

Se reporter selon l'atteinte, au chapitre concerné du barème.

10 à 99 %

CHAPITRE VI SYSTEME NERVEUX

I – ATTEINTES MOTRICES, SENSITIVES, CEREBELLEUSES D'ORIGINE CENTRALE

I – 1 - SEQUELLES MOTRICES ET SENSITIVES D'ORIGINE CEREBRALE

I – 1 – 1- HEMIPLEGIE :

Conservation d'une activité réduite, avec marche possible, absence de troubles sphinctériens, langage peu ou pas perturbé, persistance d'une certaine autonomie ;

- côté dominant :	60 à 80 %
- côté non dominant :	50 à 70 %

Impotence complète, avec troubles sphinctériens, avec ou sans aphasie : **90 à 99 %**

I – 1 – 2- ATTEINTE ISOLEE D'UN MEMBRE (MONOPLÉGIE) :

I - 1 – 2 – 1 -Atteinte isolée d'un membre inférieur :

- syndrome pyramidal modéré permettant des trajets prolongés :	10 %
- marche possible mais difficile en terrain accidenté pour monter des marches, long trajet pénible :	10 à 30 %
- marche très difficile même en terrain plat ou impossible :	40 %

I – 1 – 2 – 2 -Atteinte isolée d'un membre supérieur :

	côté dominant	côté non dominant
- préhension possible avec gêne de la dextérité digitale :	10 à 25 %	8 à 20 %
- préhension possible sans aucune dextérité digitale :	25 à 50 %	20 à 45 %
- mouvements du membre supérieur très difficiles :	50 à 75 %	45 à 65 %
- mouvements du membre supérieur impossibles :	85 %	75 %

I – 1 – 3 - ATTEINTE CEREBRALE BILATERALE :

- marche possible, suivant le degré d'impotence et d'incapacité à utiliser les membres supérieurs : **30 à 90 %**
- marche impossible, état grabataire : **99 %**

I – 1 – 4 - PARAPLEGIE D'ORIGINE CEREBRALE :

Se rapporter au paragraphe correspondant des paraplégies d'origine médullaire.

I – 1 – 5 -TROUBLES ASSOCIES :

Les atteintes des fonctions supérieures éventuellement associées aux séquelles sensitivo-motrices sont répertoriées dans les paragraphes suivants.

En cas d'atteinte sensitive, l'importance des troubles sensitifs est à prendre en compte dans l'appréciation définitive du taux retenu pour l'atteinte hémiplegique.

L'atteinte sensitive hémicorporelle isolée est plus rare. L'appréciation du taux d'invalidité doit être fonction de la gêne occasionnée par les troubles sensitifs.

En cas d'atteintes douloureuses notamment d'atteinte thalamique, en dehors d'une éventuelle atteinte motrice :

- douleurs à type de brûlures permanentes unilatérales plus ou moins étendues, exagérées par un frottement et les émotions : **20 à 60 %**
- avec impotence totale d'un membre : **80 %**

I – 1 – 6 - HEMIANOPSIE LATERALE, HOMONYME :

- hémianopsie latérale homonyme (hémisphère dominant) isolée ou associée : **20 %**
- hémianopsie latérale homonyme (hémisphère mineur) avec anosognosie : **40 %**

1 – 1 – 7 - SYNDROME PSEUDO-BULBAIRE AVEC DYSARTHRIE ET TROUBLES DE LA DEGLUTITION :

- En fonction de l'importance des troubles de la déglutition : **15 à 60 %**

I – 2 - SEQUELLES MOTRICES ET/OU SENSITIVES D'ATTEINTE MEDULLAIRE

- **Paraparésie** permettant :
 - une autonomie extérieure, en fonction de l'importance des troubles sphinctériens associés : **30 à 60 %**
 - la marche et une autonomie domestique, en fonction du handicap moteur et de l'importance des troubles sphinctériens : **50 à 70 %**
- **Paraplégie complète** : **75 %**
- **Quadriparésie** :
 - séquellaire permettant une autonomie extérieure plus ou moins associée à des troubles sphinctériens : **30 à 70 %**
 - incomplète permettant la marche et une certaine autonomie domestique, en fonction du handicap et de la dépendance : **70 à 90 %**
- **Tétraplégie complète** : **99 %**

I - 2 – 1 - ATTEINTE ISOLEE D'UN MEMBRE SUPERIEUR :

	côté dominant	côté non dominant
- atteinte à prédominance proximale de la ceinture scapulaire et du bras sans retentissement sur la fonction de la main :	20 à 40 %	20 à 35 %
- atteinte à prédominance distale intéressant la fonction de la main ou de l'avant-bras :	30 à 70 %	30 à 60 %
- atteinte complète avec impotence totale d'un membre supérieur :	90 %	80 %

I - 2 – 2 - ATTEINTE ISOLEE D'UN MEMBRE INFERIEUR :

- atteinte à prédominance proximale de la ceinture pelvienne sans retentissement sur la fonction du pied :	40 à 60 %
- atteinte des muscles de la cuisse :	20 à 40 %
- atteinte à prédominance distale intéressant la fonction du pied et de la jambe :	20 à 50 %
- atteinte complète avec impotence absolue d'un membre inférieur :	75 %

En cas de bilatéralité des lésions, l'appréciation du handicap rejoint l'appréciation du handicap concernant les séquelles des tétraplégies et paraplégies.

En cas d'appareillage, **la réduction du taux de handicap ne peut dépasser 15 % du taux initialement prévu sans l'appareillage.**

I - 2 – 3 - TROUBLES SENSITIFS :

En cas de troubles sensitifs isolés, l'appréciation du handicap doit tenir compte de l'importance de la gêne et notamment du retentissement des troubles sensitifs sur la fonction du membre.

En cas de syndrome douloureux, l'appréciation du taux peut être évalué à partir de l'évaluation des séquelles de douleurs thalamiques détaillées plus haut.

I - 2 – 4 - TROUBLES SPHINCTERIENS ET GENITAUX :

Les séquelles génito-sphinctériennes sont incluses dans l'appréciation globale des séquelles d'une atteinte médullaire quel que soit son niveau lorsqu'il existe une atteinte sensitivo-motrice associée.

Lorsque les troubles sphinctériens sont au premier plan par rapport aux séquelles sensitivo-motrices, il convient d'évaluer les troubles de la façon suivante :

- coprostase rebelle : **10 %**
- incontinence anale incomplète : **10 à 25 %**
- incontinence anale complète : **70 %**
- association à des troubles génitaux, (abolition ou diminution des érections),
nécessité de l'avis d'un spécialiste.

Pour les rétentions et incontinences urinaires : voir «Système génito-urinaire».

I - 2 – 5 - SYNDROME DE LA QUEUE DE CHEVAL ET SYNDROME DE BROWN SEQUARD :

Le syndrome de la queue de cheval s'apprécie de la même façon qu'une atteinte paraparétique en évaluant l'importance des troubles moteurs ainsi que celle des troubles sensitifs et des troubles génito-sphinctériens associés. Le taux peut aller de 30 % (séquelles sensitivo-motrices discrètes et troubles sphinctériens discrets) à 75 % (impotence totale et troubles sphinctériens majeurs) : **30 à 75 %**

I - 2 – 6 - SYRINGOMYELIE :

- forme fruste ou très lente avec troubles fonctionnels modérés ou pas de déficit, troubles sensitifs sans douleurs intenses : **20 à 40 %**
- forme plus progressive avec amyotrophie limitée et phénomènes spasmodiques et douloureux : **40 à 60 %**
- forme amyotrophique grave avec déficit important, troubles sensitifs accentués, atteinte bulbaire, douleurs importantes : **60 à 99 %**

I – 3 - SYNDROMES CEREBELLEUX

Les séquelles cérébelleuses de traumatisme crânien sont en général rares à l'état pur et s'associent en général à des signes sensitivo-moteurs et notamment à des séquelles pyramidales :

- atteinte bilatérale légère avec marche peu perturbée avec quelques maladresses des mouvements : **30 à 50 %**
- atteinte bilatérale mais incomplète, permettant une marche imparfaite et des mouvements maladroits : **60 à 80 %**
- atteinte cérébelleuse globale avec troubles de la statique entraînant l'impossibilité de la marche et troubles cinétiques avec dysmétrie, hypermétrie, incoordination bilatérale, adiadicocinésie, tremblements rendant toute activité impossible et dysarthrie : **99 %**

I – 3 - 1 - ATTEINTE UNILATERALE ET SUIVANT L'IMPORTANCE DE LA MALADRESSE :

	côté dominant	côté non dominant
- impotence discrète :	10 à 25 %	10 à 20 %
- impotence moyenne :	30 à 70 %	20 à 65 %
- impotence totale :	80 %	75 %

I – 3 - 2 – DYSARTHRIE :

Lorsqu'elle est isolée ou au premier plan :

- légère : **5 à 15 %**
- gênante, la parole est possible, la compréhension difficile : **15 à 50 %**
- importante, élocution très difficile, parole peu ou pas compréhensible : **50 à 60 %**

I – 4 - TROUBLES DU TONUS ET TREMBLEMENTS

	côté dominant	côté non dominant
- tremblements volitionnels d'attitude post-traumatique :	30 à 60 %	10 à 40 %
- attitude dystonique survenant sur un déficit d'un membre ou hémicorporelle lors de la marche : selon l'importance de l'attitude dystonique et de son retentissement fonctionnel :		10 à 50 %

- torticollis spasmodique post-traumatique :

10 à 20 %

I – 5 - SEQUELLES NEURO-COGNITIVES ET NEURO-PSYCHIATRIQUES

I – 5 – 1- TROUBLES DE MEMOIRE D'ORIGINE LESIONNELLE : (à distinguer du syndrome post-commotionnel)

Selon l'atteinte des troubles mnésiques pouvant aller de simple oubli ne gênant pas l'activité quotidienne et/ou professionnelle à un syndrome amnésique massif empêchant toute fixation mnésique.

Après avoir éliminé une démence, le taux sera apprécié de manière documentée à l'aide d'échelles de mesures :

10 à 70 %

I – 5 – 2 - TROUBLES DU LANGAGE :

- difficultés phasiques modérées à type de manque du mot : **10 à 20 %**
- troubles de l'expression orale sans atteinte de la compréhension du langage : **30 à 70 %**
- aphasie avec troubles de l'expression et de la compréhension du langage : **60 à 99 %**

Ces taux s'appliquent en cas d'aphasie isolée. En cas d'atteinte sensitivo-motrice associée, l'appréciation des troubles du langage sera intégrée à l'appréciation globale du handicap sensitivo-moteur.

I – 5 - 3 - SYNDROME FRONTAL :

30 à 70 %

I – 5 - 4 - ALTERATION DES CAPACITES INTELLECTUELLES ET SYNDROME DEMENTIEL :

50 à 99 %

I – 5 - 5 - PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE POST-TRAUMATIQUE :

En s'étant assuré de l'intégrité de l'état mental antérieur à l'accident, en dehors de toute atteinte neurologique, voir chapitre « Troubles mentaux et du comportement ».

I – 5 - 6 - NEVROSE POST-TRAUMATIQUE :

Voir chapitre « Troubles mentaux et du comportement ».

II – ATTEINTES DU SYSTEME NERVEUX PERIPHERIQUE

Le taux d'incapacité s'apprécie sur l'importance du déficit moteur, de l'amyotrophie ainsi que sur l'importance des troubles sensitifs associés et notamment des éventuelles douleurs séquellaires.

L'appréciation du déficit moteur doit se faire sur une échelle de 0 à 5 :

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

Les troubles névritiques, les phénomènes douloureux, les troubles trophiques justifient une majoration des taux proposés au regard du seul déficit moteur.

En cas d'atteinte simultanée de plusieurs nerfs d'un même membre, il y a lieu d'additionner les taux, le taux global ne pouvant en aucun cas dépasser le taux fixé pour la paralysie de ce membre.

II – 1 - ATTEINTE DES MEMBRES SUPERIEURS

	côté dominant	côté non dominant
- Paralysie totale du membre supérieur :	70 à 80 %	60 à 70 %
- Paralysie radiculaire supérieure (Duchenne-Erb) comprenant deltoïde, biceps, brachial antérieur, coracobrachial, long supinateur :	45 à 55 %	35 à 45 %
- Paralysie radiculaire inférieure (type Klumple) 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 35 %	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 :		
- au bras (paralysie des muscles antibrachiaux) :	45 à 55 %	35 à 45 %
- au poignet (paralysie de l'éminence thénar, anesthésie) :	15 à 25 %	5 à 15 %
- Paralysie du nerf cubital :		
- au bras (muscles antibrachiaux et muscles de la main) :	25 à 35 %	15 à 25 %
- 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 :		
- lésion au dessus de la branche du triceps :	45 à 55 %	35 à 45 %
- 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 %
- Syndrome de paralysie du sympathique cervical (Claude Bernard-Horner) myosis enophtalmie, rétrécissement de la fente palpébrale, majoration de :		5 à 10 %
- Syndrome d'excitation du sympathique cervical (Pourfour-du-Petit) mydriase-exophtalmie, majoration de :		5 à 10 %

II – 2 - ATTEINTE DES MEMBRES INFÉRIEURS

- Paralysie totale d'un membre inférieur :	50 à 70 %
- 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 %

II – 3 - PHÉNOMÈNES SENSITIFS, DOULOUREUX ET TROPHIQUES

- troubles trophiques cutanés avec ulcération persistante, majoration de : **5 à 20 %**
- atteinte sensitive isolée dans un territoire nerveux :
selon l'importance du déficit sensitif et la fonction du territoire intéressé : **5 à 15 %**
- phénomènes douloureux séquellaires :
pouvant constituer une majoration d'un déficit sensitif et/ou moteur associé : **10 à 20 %**

II – 4 - NEVRALGIES SCIATIQUES ET NEVRALGIES CERVICO-BRACHIALES

II – 4 – 1- NEVRALGIES SCIATIQUES :

- névralgie sciatique légère sans signe déficitaire objectif : **5 à 10 %**
- névralgie sciatique avec signes déficitaires modérés sans gêne fonctionnelle importante : **10 à 20 %**
- névralgie sciatique d'intensité moyenne avec signes déficitaires réflexes, sensitivo-moteurs évidents avec gêne à la marche et retentissement sur les capacités professionnelles : **20 à 40 %**
- névralgies sciatiques avec douleurs importantes, limitant les possibilités fonctionnelles, nécessitant souvent le séjour au lit, avec douleurs importantes : **40 à 55 %**

Les névralgies sciatiques aiguës ne constituent pas un état séquellaire et n'ont pas à être indemnisées.

II – 4 – 2- NEVRALGIES CERVICO-BRACHIALES :

- | | côté
dominant | côté non
dominant |
|--|------------------|----------------------|
| - névralgies avec douleurs modérées simples sans déficit neurologique objectif : | 10 à 20 % | 5 à 10 % |
| - névralgies avec douleurs d'intensité moyenne et signes déficitaires objectifs, sensitivo-moteurs, réflexes, impotence du membre : | 35 à 50 % | 25 à 40 % |
| - névralgies cervico-brachiales avec douleurs intenses, retentissement sur l'état général, impotence totale du membre, retentissement sur le sommeil : | 55 à 80 % | 45 à 70 % |

III – ATTEINTES DU SYSTEME NERVEUX VEGETATIF ET ALGODYSTROPHIE

Ces troubles associent des phénomènes douloureux et des perturbations vasomotrices et sympathiques :

- douleurs mineures, modérées ou moyennes, sans troubles trophiques importants, sans troubles neurologiques associés et sans impotence, quel que soit le membre atteint (supérieur ou inférieur) : **10 à 20 %**
- atteintes sévères avec douleurs importantes, impotence, troubles trophiques, sans trouble neurologique objectif, selon l'importance, que ce soit aux membres supérieurs ou inférieurs : **30 à 50 %**
- forme avec troubles neurologiques associés quelle que soit l'intensité du syndrome algodystrophique : voir les paragraphes correspondants des déficits moteurs et sensitifs, ainsi que les taux de majoration que peuvent justifier les phénomènes douloureux et trophiques associés (paragraphe II-3).

IV – ATTEINTES DES NERFS CRÂNIENS

- **NERF OLFACTIF** : voir chapitre « ORL-Stomatologie », paragraphe : troubles de l'olfaction.
- **NERF OPTIQUE** : voir chapitre « Ophtalmologie ».
- **NERF MOTEUR OCULAIRE COMMUN** : voir chapitre « Ophtalmologie ».
- **NERF PATHETIQUE** : voir chapitre « Ophtalmologie »
- **NERF TRIJUMEAU** :
 - **Séquelles sensibles** :
 - * Anesthésie simple sans douleur d'une branche périphérique : **5 à 10 %**
 - * Névralgies intenses et persistantes avec anesthésie du territoire considéré et répercussions sur les activités fonctionnelles : **10 à 60 %**
 - **Séquelles déficitaires motrices** :
 - * Atteinte unilatérale : **5 %**
 - * Atteinte bilatérale : **20 à 30 %**
- **NERF MOTEUR OCULAIRE EXTERNE** : voir chapitre « Ophtalmologie ».
- **NERF FACIAL** : voir chapitre « ORL-Stomatologie ».

- **NERF AUDITIF** : voir chapitre « ORL-Stomatologie ».

- **NERF GLOSSOPHARYNGIEN** :

En fonction de la gêne à la déglutition, à l'élocution et de la gêne respiratoire éventuelle :

- **Paralysie unilatérale** : 5 à 10 %
- **Paralysie bilatérale** : 10 à 15 %

- **NERF VAGUE** :

Voir les domaines correspondants digestifs, respiratoires, cardio-vasculaires et ORL.

- **NERF SPINAL** :

L'atteinte du nerf spinal externe avec atrophie du trapèze et du sterno-cléidomastoïdien, chute de l'épaule, déviation du bord spinal du scapulum, faiblesse de la main unilatérale :

5 à 25 %

- **NERF DU GRAND HYPOGLOSSE** :

- hémiatrophie et réaction de dégénérescence unilatérale de la langue : 10 %
- atteinte bilatérale : 50 à 60 %

En cas d'atteinte simultanée de plusieurs nerfs crâniens, les taux seront évalués en considérant l'importance des troubles fonctionnels globaux.

V – ATTEINTES LIEES A CERTAINS SYNDROMES NEUROLOGIQUES

V – 1 - SYNDROME POST-COMMOTIONNEL

Encore appelé syndrome subjectif associant céphalées, sensations vertigineuses, sensations d'instabilité, difficultés de concentration intellectuelle, troubles de la mémoire, irritabilité sans déficit objectif significatif aux tests neuro-psychologiques :

2 à 8 %

V – 2 - EPILEPSIE

V – 2 – 1 - EPILEPSIE GENERALISEE ET EPILEPSIE PARTIELLE COMPLEXE (AVEC RUPTURE DE CONSCIENCE) :

Le médecin chargé de l'évaluation s'assurera de la réalité des accès et les fera décrire de façon très détaillée (brièveté, chute, perte de connaissance, amnésie, confusion postcritique).

- **Epilepsie légère**, contrôlée par le traitement et compatible avec l'activité professionnelle habituelle : **10 à 15 %**
- **Epilepsie mal contrôlée par le traitement** avec crises fréquentes et éventuellement, troubles du comportement associés, nécessitant des précautions spéciales au travail (dans ce cas, la nécessité d'un changement de profession doit être particulièrement mis en relief) : **30 à 70 %**
- **Epilepsie incontrôlée** avec crises fréquentes nécessitant la surveillance du sujet et rendant impossible toute activité : **70 à 99 %**

V – 2 – 2 - EPILEPSIE PARTIELLE SIMPLE :

- **Manifestations focalisées ou psycho-motrices isolées sans rupture de la conscience :**
- **Epilepsie somato-motrice** (type Bravais-Jackson) selon l'étendue des segments des membres concernés et la fréquence des crises : **10 à 40 %**
- **Autres manifestations sensorielles ou psychiques** en fonction de l'importance et de la fréquence des crises : **10 à 40 %**
- **Crises limitées à quelques groupes musculaires :** **10 à 30 %**
- **Crises affectant des groupes assez étendus :** **10 à 40 %**
- **Epilepsie psychomotrice** (automatisme inconscient d'origine temporale) : **10 à 60 %**
- **Autres épilepsies focalisées (frontale, occipitale, pariétale) :**
 - **Epilepsie frontale :**
Crises motrices, avec élévation du bras et éventuellement arrêt du langage : **10 à 40 %**
 - **Epilepsie occipitale :**
Sensations visuelles lumineuses figurées macro ou microscopiques : **10 à 40 %**
 - **Epilepsie pariétale :**
Vertiges rotatoires et adversion : **10 à 40 %**

V – 3 - SYNDROMES PARKINSONIENS
--

Quelle que soit sa cause :

- **Syndrome parkinsonien léger**, réagissant bien au traitement : **10 à 20 %**
- **Syndrome parkinsonien marqué** avec gêne appréciable : **20 à 40 %**
- **Syndrome parkinsonien important** avec gêne nette, capacités fonctionnelles réduites à une autonomie domestique, efficacité incomplète du traitement, effets secondaires du traitement (mouvements anormaux, blocages) : **40 à 90 %**
- **Etat grabataire** : **99 %**

V – 4 - SYNDROME RACHIDIEN POST-TRAUMATIQUE CERVICO-CEPHALIQUE ET SYNDROME DOULOUREUX RACHIDIEN LOMBAIRE POST-TRAUMATIQUE SANS LESIONS OSSEUSES ASSOCIEES

- **Symptomatologie douloureuse isolée** : **5 à 10 %**
- En cas d'association à un syndrome post-commotionnel : le taux maximum retenu pour ces deux syndromes ne dépassera pas **15 %**.

CHAPITRE VII OPHTALMOLOGIE

I – ALTERATIONS DE LA FONCTION VISUELLE

I – 1 - BAISSÉ DE L'ACUITE VISUELLE

I – 1 – 1 - ACUITE VISUELLE

Déterminée œil par œil à l'aide des optotypes habituels : échelle de Monoyer ou équivalents à 5 mètres de loin et échelle de Parinaud de près à 40 cm.

En cas de discordance entre la vision alléguée et les signes cliniques constatés, cette mesure peut être complétée par des épreuves de contrôle (test de Thibaudet, étude des potentiels évoqués visuels).

Elle s'apprécie après correction ; un trouble de la réfraction pouvant être entièrement corrigé par un "moyen optique" ne sera pas considéré comme une déficience visuelle.

I - 1 - 2 - DIMINUTION DE L'ACUITE VISUELLE

Le **tableau I** établit le pourcentage d'incapacité en fonction de l'acuité visuelle de loin mesurée en dixièmes pour chacun des deux yeux, après correction.

tableau I

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

Le **tableau II** établit le pourcentage d'incapacité en fonction de la vision de près après correction de la presbytie. Habituellement proportionnelles à la vision de loin, de grosses dissociations nécessiteront l'adoption d'une moyenne arithmétique entre les deux incapacités.

tableau II

	P1,5	P2	P3	P4	P5	P6	P8	P10	P14	P20	<P20	0
P1,5	0	0	2	3	6	8	10	13	16	20	23	25
P2	0	0	4	5	8	10	14	16	18	22	25	28
P3	2	4	8	9	12	16	20	22	25	28	32	35
P4	3	5	9	11	15	20	25	27	30	36	40	42
P5	6	8	12	15	20	26	30	33	36	42	46	50
P6	8	10	16	20	26	30	32	37	42	46	50	55
P8	10	14	20	25	30	32	40	46	52	58	62	65
P10	13	16	22	27	33	37	46	50	58	64	67	70
P14	16	18	25	30	36	42	52	58	65	70	72	76
P20	20	22	28	36	42	46	58	64	70	75	78	80
<P20	23	25	32	40	46	50	62	67	72	78	80	82
0	25	28	35	42	50	55	65	70	76	80	82	85

I - 1 - 3- PERTE DE VISION D'UN OEIL (ETAT DE BORGNE) :

- perte de la vision d'un œil : **25 %**

- en cas d'énucléation ou d'éviscération avec mise en place d'une prothèse (perte anatomique) : **28 %**

Mobilité et qualité de l'appareillage seront évaluées par un spécialiste qui appréciera l'éventualité d'une majoration de ce taux.

I - 1 - 4- CECITE :

- cécité totale (acuité visuelle nulle avec mauvaises projections lumineuses) : **85 %**

- quasi cécité ou malvoyance profonde : **75 à 80 %**

Ce taux découle de la baisse d'acuité visuelle (tableau I et II) et de l'atteinte du champ visuel (**tableau III**).

I – 2 - ATTEINTES DU CHAMP VISUEL

I - 2 –1 - CHAMP VISUEL :

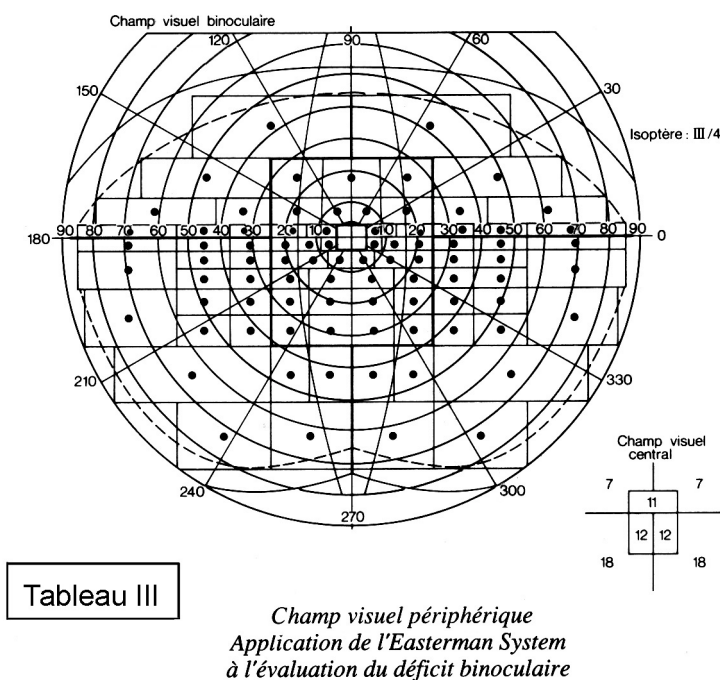
L'examen est pratiqué à l'aide de la coupole de Goldmann.

L'étude du champ visuel de chaque œil et l'utilisation de champs visuels automatisés préciseront l'importance des déficits.

L'étude du champ visuel périphérique binoculaire est considérée comme la plus fonctionnelle. Le champ visuel binoculaire correspond à l'espace perçu par les deux yeux immobiles fixant droit devant. Il s'étend sur 120 degrés, encadré de part et d'autre d'un croissant de perception monoculaire de 30°.

Le champ visuel binoculaire est apprécié à la coupole de Goldmann avec le test III/4 sans dissociation des deux yeux.

Le calcul du taux médical d'invalidité est effectué à l'aide de la carte de pondération d'Esternan (**tableau III**). Elle divise le champ visuel en 85 rectangles de surface inégale. Chaque rectangle non vu correspond à 1 % du taux médical d'incapacité.



Pour calculer le score, il suffit de superposer la carte d'Esternan au relevé du champ visuel binoculaire et de compter les rectangles non vus.

I – 2 – 2 – HEMIANOPSIES :

L'hémianopsie entraîne une gêne importante bien supérieure à la perte de la vision d'un seul œil : la personne perd en réalité la moitié de son champ visuel, ce qui n'est pas le cas du borgne.

I – 2 – 2 – 1- Hémianopsie latérale homonyme avec épargne maculaire :

- hémianopsie latérale homonyme complète jusqu'à :	42 %
- hémianopsie bitemporale jusqu'à :	85 %
- hémianopsie altitudinale :	
- supérieure :	25 %
- inférieure :	60 %
- quadranopsie :	
- supérieure :	12 %
- inférieure :	30 %

I – 2 – 2 – 2- Hémianopsie latérale homonyme sans épargne maculaire :

Si l'atteinte de la vision centrale est incomplète, il convient d'ajouter l'incapacité liée à la baisse d'acuité visuelle à la capacité restante posthémianopsique.

Exemple : un patient présente une hémianopsie latérale homonyme complète avec baisse d'acuité visuelle à 3/10 d'un œil et 1/10 de l'autre. Le tableau I donne un taux de 40 %. Le tableau III donne un taux de 42 % pour l'hémianopsie soit une capacité restante posthémianopsique de 43 %. La baisse de vision impute donc la capacité posthémianopsique de $43 \times 40/85$ soit 20 %. Il faut ajouter à l'incapacité liée à l'hémianopsie (42 %) l'incapacité entraînée par la baisse de vision sur la capacité restante (20 %), soit un taux global de 62 %.

I – 2 – 3 - DEFICITS NON SYSTEMATISES

Suivant le taux affecté par le tableau III.

I – 2 – 4 - RETRECISSEMENTS CONCENTRIQUES

Evaluation toujours très difficile du fait de facteurs externes.

Utiliser de multiples épreuves à confronter à la clinique, à l'imagerie et à l'examen neurologique.

Les taux sont affectés par le tableau III.

- rétrécissement concentrique de 60° à 30° :	0 à 5 %
- rétrécissement concentrique de 30° à 20°:	16 %
- rétrécissement concentrique de 20° à 10°:	32 %
- rétrécissement concentrique inférieur à 10°:	70 à 80 %

I - 2 – 5 - CHAMP VISUEL CENTRAL :

- **Scotome central** absolu avec perte de la vision centrale : il faut utiliser le barème d'acuité visuelle (tableau I et II).

- **Scotomes paracentraux et juxtacentraux** : suivant leur étendue qui peut être également précisée par la grille d'Amsler : **5 à 20 %**

I – 3 - TROUBLES DE L'OCULOMOTRICITE

I – 3 - 1- HETEROPHORIES :

Sensation de diplopie transitoire, flou visuel apparaissant aux efforts prolongés avec céphalées frontales obligeant à une interruption momentanée d'activité. Celle-ci peut être améliorée par un traitement orthoptique convenable. L'état séquellaire doit être apprécié après la fin des tentatives thérapeutiques.

- décompensation non réductible d'une hétérophorie antérieure : **1 à 5 %**
 - hétérophorie persistante plus de 6 mois après la fin du traitement : **5 %**

I – 3 – 2 – DIPLOPIE :

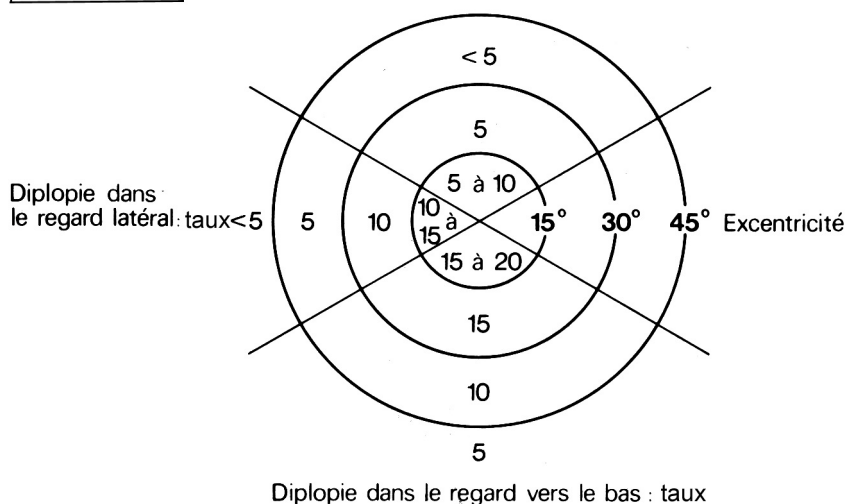
Dans le cadre d'une paralysie oculomotrice, l'évaluation du déficit ne doit pas intervenir avant un délai de 12 à 18 mois au delà duquel la lésion peut être considérée comme fixée.

Dans le cadre des séquelles orbitaires (fracture du plancher) un délai de 6 mois paraît suffisant.

Le taux d'invalidité est fonction du secteur concerné, de l'excentricité du champ de diplopie par rapport à la position primaire du regard et du résultat fonctionnel obtenu avec une correction prismatique. Il peut être apprécié selon le **tableau IV**.

Tableau IV

Diplopie dans le regard vers le haut : taux



- diplopie dans la partie supérieure du champ : 3 à 10 %
- diplopie dans la partie inférieure du champ : 5 à 20 %
- diplopie dans la partie latérale du champ : 3 à 15 %
- diplopie dans toutes les positions du regard obligeant à occlure un œil : 23 %

I – 3 – 3 - PARALYSIES DE FONCTION :

- paralysie vers le haut : 3 à 05 %
- paralysie vers le bas : 10 à 15 %
- paralysie latérale : 8 à 12 %
- paralysie de la convergence : 5 à 10 %

I – 3 – 4 - PARALYSIES DE LA MOTRICITE INTRINSEQUE :

- paralysie bilatérale de l'accommodation chez un sujet jeune : 10 %
- paralysie unilatérale de l'accommodation chez un sujet jeune : 5 %
- mydriase aréflexique : 5 %
- aniridie : 10 %
- syndrome de Claude Bernard Horner complet : 5 %

I – 4 - TROUBLES DU SENS CHROMATIQUE

Les anomalies de la vision des couleurs peuvent être congénitales ou acquises. Ce sont des symptômes de lésion de l'appareil neuro-sensoriel et sont évalués dans l'appréciation de l'invalidité due à ces lésions.

II – SEQUELLES DES LESIONS CRISTALLINIENNES

II – 1 - APHAKIE UNILATERALE

L'œil aphake (privé de son cristallin) ne peut retrouver une vision utile qu'à l'aide d'un système optique. Il a perdu l'accommodation, est confronté à des troubles de la vision binoculaire et à une incapacité de fusion.

Le taux de base est déterminé par le chiffre théorique d'acuité visuelle.

Si l'équipement est réalisé par des lunettes ou lentilles :

- avec acuité de l'œil opéré inférieure à celle de l'œil sain, **majoration de : 10 %**
- avec acuité de l'œil opéré supérieure à celle de l'œil sain, **majoration de : 15 %**

II – 2 - APHAKIE BILATERALE

Si l'équipement est réalisé par des lunettes ou lentilles le taux de base déterminé par le chiffre théorique d'acuité visuelle devra être **majoré de : 20 %**

II – 3 - PSEUDOPHAKIE

La compensation optique est assurée par un cristallin artificiel.

Le taux de base déterminé par le chiffre théorique d'acuité visuelle sera majoré de 3 à 8 % en fonction de l'âge (8 % chez un sujet de moins de 25 ans, 5 % chez un sujet de moins de 45 ans). Il tient compte de la perte d'accommodation et des autres séquelles associées.

III – ANNEXES DE L'OEIL

III – 1 - LARMOIEMENT

Par oblitérations des voies lacrymales :

- unilatéral : **5 %**
- bilatérale : **10 %**

III – 2 - ALACRYMIE

Définitive : 5 %

III – 3 - PAUPIERES

- Cicatrices avec gêne fonctionnelle (lagophtalmie, symblépharon) : 0 à 5 %
- Ectropion, Entropion avec gêne fonctionnelle : 0 à 5 %
- Ptosis : suivant le déficit campimétrique : 5 à 15 %
- Blépharospasme : 0 à 10 %

III – 4 - SYNDROMES SENSITIFS

Manifestations hyperalgiques et dysesthésiques au niveau des terminaisons nerveuses orbitaires : 3 à 5 %

III – 5 - PHOTOPHOBIE

En relation avec une lésion du globe oculaire ou de la voie neurosensorielle : 0 à 5 %

IV – SEQUELLES OCULAIRES ASSOCIEES

L'association de séquelles sensorielles ou oculomotrices est possible. L'évaluation du taux global de réduction fonctionnelle n'obéit pas à une simple addition.

L'association de multiples séquelles sur un seul œil ne peut entraîner un taux supérieur à 25 %. L'association de multiples séquelles sur les deux yeux ne peut entraîner un taux supérieur à 85 %.

Après évaluation du taux résultant du déficit le plus important, le taux de la deuxième infirmité sera calculé sur la capacité visuelle restante.

CHAPITRE VIII

ORL STOMATOLOGIE

I – ATTEINTE NASALE ET SINUSIENNE

I – 1 - MUTILATIONS, PERTE DE SUBSTANCES DE LA PYRAMIDE NASALE

Les séquelles fonctionnelles seront appréciées par un spécialiste ORL, et le taux fixé en conséquence.

I – 2 - RHINITE

Rhinite chronique, rhinite chronique fétide (ozène), rhinite croûteuse, rhinite vasomotrice, hypertrophie des cornets.

Les troubles peuvent être une gêne respiratoire pouvant retentir sur l'effort, une limitation de l'odorat, une irritation postérieure, une odeur fétide en cas d'ozène.

- | | |
|---------------------------------|----------------|
| - Lésions unilatérales : | 0 à 3 % |
| - Lésions bilatérales : | 3 à 5 % |

I – 3 - TROUBLES DE LA VENTILATION NASALE

- | | |
|---|-----------------|
| - Trouble de la ventilation unilatéral : | 0 à 4 % |
| - Trouble de la ventilation bilatéral : | 4 à 10 % |

I – 4 - PERFORATION DE LA CLOISON NASALE

Le taux sera évalué en fonction des troubles de la ventilation nasale.

I – 5 - SINUSITES

Il faut entendre par sinusite une infection des cavités sinusales se manifestant par une suppuration constatée à la rhinoscopie ou à la ponction et non pas par une simple obscurité des sinus.

- Sinusite maxillaire chronique unilatérale ou bilatérale : 0 à 10 %
- Sinusite chronique fronto-ethmoïdale unilatérale ou bilatérale ou pansinusite : 5 à 15 %
- Sinusite sphénoïdale unilatérale ou bilatérale : 5 à 15 %

I – 6 - CRANIO-HYDRORRHEE

Le taux sera fixé en fonction des séquelles neurologiques après traitement chirurgical (voir chapitre « Système nerveux » pour l'évaluation).

II – TROUBLES DE L'OLFACTION

Hyposmie, anosmie et dysosmie (cacosmie) appréciée par olfactométrie 2 à 10 %

III – ATTEINTE DE L'APPAREIL AUDITIF

III – 1 - MUTILATIONS, PERTE DE SUBSTANCES, DEFORMATION CICATRICIELLE DU PAVILLON

Le taux sera apprécié par un spécialiste en fonction des perturbations de localisation sonore.

III – 2 - STENOSE DU CONDUIT AUDITIF EXTERNE

La perturbation de l'acuité auditive sera appréciée en fonction du tableau des déficiences auditives.

Majoration possible de 1 à 3 % de ce taux en fonction des autres séquelles fonctionnelles possibles comme les rétentions épidermiques avec poussées de surinfection.

III – 3 - OTORRHEE, OTITE CHRONIQUE, OTITE CHRONIQUE SUPPUREE

En fonction de la fréquence, de la durée, du caractère fétide des poussées de réchauffement :

0 à 10 %

Si les lésions se traduisent par une hypoacousie de transmission, la détermination du taux se fera également en se reportant au tableau des déficiences auditives en tenant compte des possibilités chirurgicales et prothétiques.

Cas particulier des fistules péri-lymphatiques, voir troubles de l'équilibration.

III – 4 - ACOUPHENES

Ils peuvent provenir de lésions de l'oreille moyenne ou de l'oreille interne. L'objectivation du dysfonctionnement de l'oreille moyenne par une impédancemétrie et de l'oreille interne avec mise en évidence du recrutement ainsi que l'acouphénométrie permettent de préciser l'existence des acouphènes. On doit tenir compte de leur fréquence, de leur intensité et surtout de leur retentissement sur la vie sociale, l'endormissement et le psychisme.

Acouphènes isolés :

1 à 5 %

En cas de retentissement psychique important, l'avis d'un psychiatre est nécessaire pour fixer le taux.

III – 5 - DEFICIENCE DE L'AUDITION

Le calcul de la perte moyenne s'effectue en décibels selon les recommandations du Bureau international d'audiophonologie. Il prend pour base l'audiogramme tonal réalisé en cabine insonorisée avec audiogramme calibré. Le déficit en décibels est estimé à partir des fréquences 500, 1000, 2000, 4000 Hz à l'aide de la formule :

$$\frac{500 + 1000 + 2000 + 4000}{4}$$

La courbe aérienne sera utilisée dans le cadre des surdités de perception. Le médecin pourra utiliser la courbe osseuse en cas de surdité de transmission, prenant en compte les possibilités chirurgicales ou prothétiques. Il pourra par ailleurs avoir recours à l'audiométrie vocale pour préciser les possibilités de recrutement.

		Moins bonne oreille					
Meilleure oreille		20 à 39 dB	40 à 49 dB	50 à 59 dB	60 à 69 dB	70 à 79 dB	80 dB et +
	moins de 20 dB	0	3	7	11	15	15
	20 à 39 dB	3	7	11	15	18	22
	40 à 49 dB		11	18	22	26	30
	50 à 59 dB			26	30	37	40
	60 à 69 dB				37	45	50
	70 à 79 dB					50	55
	80 dB et au-dessus						60

IV – LES TROUBLES DE L'EQUILIBRATION

- **Troubles légers** : simple inconfort pour le patient, qui peut tout faire excepté les actes qui mettent en cause sa sécurité et celle des tiers, l'autonomie pour les déplacements est totale.

l'examen est normal ou sub-normal. Normalité de l'ensemble des explorations audio-vestibulaires, normalité des épreuves labyrinthiques mais avec une petite atteinte cochléaire à titre de scotome sur les aiguës attestant d'une légère commotion labyrinthique :

0 à 5 %

- **Troubles modérés** : le patient peut à peu près tout faire ; lui sont interdits les actes qui mettent en cause sa sécurité et celle des tiers, certaines activités sportives, la conduite de certains véhicules, mais l'autonomie dans la vie courante et les déplacements sont totaux.

Les examens vestibulaires objectivent soit :

- **un syndrome périphérique unilatéral déficitaire ou destructif**, avec compensation. Selon la qualité de la compensation :
- **un vertige positionnel paroxystique bénin** avec positivité persistante de l'épreuve de Dix Hall Pike :

5 à 15 %

5 à 10 %

Cas particulier de la **fistule labyrinthique** confirmée entraînant des troubles de l'équilibration :

5 à 10 %

- **Troubles moyens** : le patient peut se mettre debout et déambuler de ses propres moyens mais il y a maladresse et parfois chute. L'autonomie reste bonne malgré la gêne y compris pour les déplacements à l'extérieur du domicile.

Suivant les épreuves vestibulaires objectivant une **inexcitabilité unilatérale ou bilatérale sans compensation** :

15 à 30 %

- **Troubles importants** : le patient ne peut se tenir debout et déambuler, des appuis divers sont indispensables. Néanmoins, il peut accomplir seul et sans aide, les actes essentiels de la vie courante mais ne peut se déplacer hors de chez lui. Les examens montrent des anomalies importantes soit périphériques soit centrale, dans ce dernier cas l'avis d'un neurologue et si nécessaire d'un ophtalmologue pourront être utiles :

30 à 60 %

- **Troubles majeurs** : La situation debout autonome est perdue. Le patient est confiné chez lui. L'avis d'un neurologue est nécessaire auquel pourra s'associer un ophtalmologue.

V – SEQUELLES NEURO-VASCULAIRES FACIALES

V – 1 - SEQUELLES MOTRICES

- PARALYSIE FACIALE :

Les séquelles fonctionnelles seront appréciées par un bilan complémentaire avec recherche du réflexe stapédien, électromyogramme et une électro-neuronographie :

- **Paralysie faciale unilatérale partielle** : 0 à 5 %
- **Paralysie faciale unilatérale totale** : 5 à 10 %
- **Diplégie faciale** : 5 à 15 %
- **Hémispasme facial** : 0 à 5 %

Ce dernier taux est à rajouter aux précédents en cas d'association.

L'existence de complications ophtalmologiques doit faire l'objet d'une appréciation complémentaire.

- PARALYSIE DE LA LANGUE :

- **Paralysie incomplète de la langue** : 5 à 15 %
- **Paralysie complète de la langue** : 30 à 40 %

- PARALYSIE DU VOILE DU PALAIS :

Les séquelles seront évaluées en fonction des troubles de la déglutition et de la phonation engendrés.

V – 2 - SEQUELLES SENSITIVES

- **TERRITOIRE DU NERF SOUS-ORBITAIRE** : 1 à 5 %
- **TERRITOIRE DU NERF ALVEOLAIRE INFÉRIEUR** : 1 à 5 %
- **TERRITOIRE DU NERF LINGUAL** : 1 à 5 %
- **ALGIE VASCULAIRE DE LA FACE** :
de nature vaso-motrice et non neurologique : 2 à 5 %

- TERRITOIRE DES NERFS ALVEOLAIRES INFÉRIEUR ET SUPÉRIEUR :

5 à 10 %

- NEURALGIE DU TRIJUMEAU : Voir chapitre « Système nerveux ».

VI – TROUBLES DE LA FONCTION PHONATOIRE

- TROUBLES DE LA VOIX :

- voix parfaitement compréhensible et audible même en atmosphère bruyante et au téléphone et avec les étrangers, n'entraînant ni hésitation ni fatigue avec débit verbal aisé : **0 à 5 %**
- voix compréhensible, gêne en atmosphère bruyante ou au téléphone et dans le contexte avec l'étranger : **5 à 15 %**
- voix faible et déformée. Une partie seulement du discours est comprise. La communication est lente, hésitante et discontinue. Elle est difficile ou très difficile en atmosphère bruyante, au téléphone ou avec les étrangers : **15 à 30 %**
- voix totalement inaudible ou totalement incompréhensible : **30 %**

- TROUBLES CONSECUTIFS A UNE PARALYSIE RECURRENTIELLE BILATERALE :

- **Paralysie en fermeture** (paralysie des dilatateurs) : **0 à 5 %**
taux à rajouter à celui de l'évaluation du syndrome obstructif respiratoire engendré.
- **Paralysie en ouverture :** **10 à 15 %**

- TROUBLES CONSECUTIFS A UNE TRACHEOTOMIE :

L'indemnisation de la trachéotomie tient compte de cette séquelle, suivant la tolérance, l'inconfort et l'acquisition d'une voix oesophagienne : **30 à 40 %**

- TROUBLES EN RELATION AVEC UNE ATTEINTE DE LA FONCTION RESPIRATOIRE :

L'indemnisation de l'atteinte respiratoire causale tient compte de la conséquence sur la fonction phonatoire.

- TROUBLES D'ORIGINE NEUROLOGIQUE :

Les aphasies et les dysarthries : Voir chapitre "Système nerveux".

VII – LES TROUBLES DE LA DEGLUTITION

La dysphagie représente le symptôme principal, mais il peut s'associer avec l'existence de fausses routes à la déglutition, de reflux nasal, de troubles de l'état général voire une modification de la voix :

- dysphagie difficile à authentifier sur le plan clinique. Le patient peut ingérer les aliments durs : **0 à 5 %**
- dysphagie peu importante. L'ingestion d'aliments est possible mais se fait avec difficulté. Le sujet doit s'alimenter au moyen d'aliments mous : **5 à 15 %**
- dysphagie plus importante. Le sujet ne peut s'alimenter qu'avec une nourriture semi-liquide, l'état général est perturbé avec perte de poids : **15 à 30 %**
- dysphagie majeure. Le sujet ne peut ingérer que des aliments liquides. Retentissement sur l'état général avec perte de poids supérieure ou égale à 20 % : **30 à 70 %**

Une gastrostomie peut être envisagée, mais n'entraîne pas de majoration du taux.

La détermination de ces différents taux fera appel à des examens montrant des anomalies de sténoses pharyngées ou de rétrécissement œsophagien. Si les troubles de la déglutition sont consécutifs à une atteinte des nerfs crâniens (IX à XII), l'avis d'un neurologue sera demandé.

VIII – SEQUELLES MASTICATOIRES

- **Dysfonctionnement de l'appareil mandicteur** (DCM), ex-SADAM ou Syndrome de Costen : **0 à 5 %**
- **Perte partielle de substance osseuse, au niveau d'une arcade dentaire :**
 - permettant un appareillage prothétique satisfaisant : **0 à 5 %**
 - non appareillable : **5 à 15 %**
- **Limitation de l'ouverture buccale :**
 - de 30 à 40 mm : **0 à 5 %**
 - de 20 à 30 mm : **5 à 10 %**

- de 10 à 20 mm : **10 à 20 %**
- inférieur à 10 mm, selon le type d'alimentation encore possible : **20 à 30 %**
- **Consolidation vicieuse mandibulaire, avec :**
 - trouble léger de l'articulé dentaire, appareillable : **5 à 10 %**
 - trouble grave de l'articulé dentaire, non appareillable : **10 à 15 %**
- **Luxation temporo-mandibulaire :**
 - récidivante : **5 à 10 %**
 - irréductible, avec ouverture permanente de la bouche : **10 à 30 %**
- **Perte de substance de la voûte palatine :**
 - spécifique et appareillable : **5 à 10 %**
 - associée à une perte de substance du voile du palais : **15 à 30 %**
- **Perte de substance et pseudarthrose mandibulaires, non appareillables**
prothétiquement, selon le siège et le degré de mobilité : **5 à 40 %**
- **Mobilité persistante, au niveau des maxillaires supérieurs :**
 - d'un fragment plus ou moins étendu, mais appareillable
fonctionnellement : **10 à 30 %**
 - de la totalité d'un d'entre eux, ou des deux, mais non appareillable : **30 à 40 %**
- **Constriction permanente des maxillaires, ou ankylose des deux articulations**
temporo-mandibulaires : **35 à 40 %**

IX – SEQUELLES DENTAIRES

Le dommage dentaire sera évalué *séparément*, et s'ajoutera aux autres taux éventuels d'incapacité fonctionnelle.

- PERTE DENTAIRE

- **Perte d'une incisive :** **1 %**
- **Perte d'une canine ou d'une molaire :** **1,50 %**
- **Perte d'une prémolaire :** **1,25 %**
- **Cas particuliers :**
 - Perte d'une dent de sagesse, fonctionnelle sur le plan masticatoire : **1 %**
 - Perte d'une dent « précieuse », isolée sur une arcade, ou pilier de prothèse : **2 %**

Après appareillage prothétique, les taux ci-dessus seront réduits, de moitié s'il s'agit d'une solution amovible, et des *deux tiers* en cas de solution fixée.

- **DEVITALISATION D'UNE DENT CONSERVEE :** **0,5 %**

- **IMPLANT D'UNE DENT PERDUE :**
 Par assimilation, le remplacement unitaire sera estimé comme correspondant à la conservation fonctionnelle de cette dent, mais dévitalisée : **0,5 %**

- **EDENTATION COMPLETE BI-MAXILLAIRE :**
 - pouvant être appareillée, taux maximal : **30 %**
 - pouvant bénéficier d'un appareillage satisfaisant, taux maximal : **15 %**

X – SEQUELLES INTERESSANT LES PARTIES MOLLES ET LA LANGUE

L'indemnisation des cicatrices cutanées sera faite en fonction des critères énoncés au chapitre « Dermatologie ».

- **Enfoncement du malaire :** **5 à 10 %**

- **Perte partielle de substance labiale**, persistante après reprise chirurgicale : **5 à 15 %**
- **Perte totale d'une ou des deux lèvres :** **15 à 30 %**

- **Amputation partielle de la langue :** **5 à 20 %**
- **Amputation étendue de la langue**, avec majoration des troubles en rapport : **20 à 50 %**
- **Amputation totale de la langue**, selon la suppléance : **20 à 60 %**

- **Fistule salivaire** définitive à la peau : **15 à 20 %**

XI – SEQUELLES PLURIFONCTIONNELLES

- **Perte d'un seul maxillaire supérieur :**
 - avec conservation de l'autre, ainsi que de la mandibule : **30 à 40 %**
 - avec communication bucco-nasale et perte de substance partielle, plus ou moins étendue, à la mandibule : **40 à 50 %**
 - avec perte de la totalité de la mandibule : **50 à 70 %**

- **Perte totale de la mandibule :** **40 à 60 %**

- **Perte des deux maxillaires supérieurs**, associée à celle de la voûte palatine et du squelette nasal : **50 à 80 %**

CHAPITRE IX

APPAREIL CARDIO-CIRCULATOIRE

PREAMBULE

1°) L'évaluation du handicap résultant de l'atteinte des fonctions cardiaques dépend de l'établissement du diagnostic de la pathologie cardiaque handicapante qui repose sur :

- a) - essentiellement deux critères fonctionnels dont il faudra rechercher la relation directe, totale et certaine avec la pathologie cardiaque :
 - la douleur thoracique ;
 - la dyspnée.
- b) - l'examen clinique qui dépistera une possible valvulopathie ou des signes d'insuffisance cardiaque, des anomalies tensionnelles.
- c) - les examens complémentaires qui reposent généralement sur les données des :
 - ECG conventionnel éventuellement associé à l'ECG selon la méthode de Holter,
 - écho-Doppler cardiaque,
 - ECG d'effort éventuellement couplé à la tomo-scintigraphie.
- d) - les éléments du dossier médical appartenant à l'intéressé .

2°) L'évaluation du handicap résultant de l'atteinte des fonctions cardiaques dépend également d'un certain nombre d'autres facteurs tels que :

- l'évolution spontanée des atteintes cardiovasculaires en général vers l'aggravation,
- l'activité exercée par la victime et les conséquences professionnelles résultant de l'incapacité physique,
- les améliorations thérapeutiques (angioplastie et chirurgie) et/ou les contraintes de la charge thérapeutique,
- la présence d'une éventuelle affection préexistante aggravée par un traumatisme.

3°) Les abréviations et sigles :

NYHA = classification fonctionnelle de la New-York Heart Association

FE = fraction d'éjection en écho cardio Doppler

HTAP = hypertension artérielle pulmonaire

IC = insuffisance cardiaque

ECG = électrocardiogramme

VD = ventricule droit

VG = ventricule gauche

Vmax = vitesse maximale du flux Doppler

PAPS = pression systolique des artères pulmonaires

ITV = intégrale temps vitesse du flux Doppler

HTA = hypertension artérielle

I – INSUFFISANCE CARDIAQUE

L'insuffisance cardiaque doit être évaluée en globalité avec description des critères droits et/ou gauches au cas par cas :

On distingue 4 catégories dans l'insuffisance cardiaque qui sont par ordre d'aggravation : IC légère, IC moyenne, IC importante et IC grave .

Il faut faire appel à une échelle de l'approche fonctionnelle reconnue sur le plan mondial :

La classification fonctionnelle de la New-York Heart Association (**NYHA**) :

- classe I = cardiopathie sans limitation de l'activité physique. L'activité habituelle n'engendre ni fatigue, ni palpitation, ni dyspnée, ni angor.
- classe II = Limitation modérée de l'activité physique. Absence de symptômes au repos . L'activité physique habituelle provoque fatigue, palpitations, dyspnée ou angor.
- classe III = Limitation marquée de l'activité physique. Absence de symptomatologie de repos . Une activité physique minimum peut provoquer fatigue, dyspnée ou angor.
- classe IV = La moindre activité physique s'accompagne de symptômes. Ils peuvent être présents au repos. Ils sont exagérés par le moindre effort.

I – 1 - INSUFFISANCE CARDIAQUE LEGERE

Signes fonctionnels : classe I de la NYHA.

Examens complémentaires : Signe écho cardio : FE > à 50 % (en l'absence de sténose valvulaire significative, d'HTAP ou de sténoses significatives des coronaires) avec hypertrophie ventriculaire symétrique ou asymétrique très légère.

Charge thérapeutique : nécessité ou non d'une thérapie quotidienne et surveillance discontinuée.

0 à 10 %

I – 2 - INSUFFISANCE CARDIAQUE MOYENNE

Signes fonctionnels : classe II de la NYHA.

Examens complémentaires : radiographie subnormale ou cardiomégalie légère à modérée. ECG : troubles mineurs de la repolarisation et signes électriques d'hypertrophie avec à l'ECG d'effort, sous-décalage de ST de 1mm à partir du 3^{ème} palier. Echo cardio avec FE > 40 % et < 50 %.

Charge thérapeutique : traitement impératif avec possibilité d'une bithérapie et un suivi régulier.

10 à 30 %

I – 3 - INSUFFISANCE CARDIAQUE IMPORTANTE

Signes fonctionnels : classe III de la NYHA avec possibilité de poussées aiguës réclamant une hospitalisation. Seuls les efforts modérés sont possibles ; ils correspondent à ceux de la vie courante et permettent la montée de 1 étage ou moins.

Examens complémentaires : radiographie thoracique : stade I et II de cardiomégalie. ECG : troubles de la repolarisation toujours présents et hypertrophie électrique toujours présente, ECG d'effort sous-décalage de ST de 1 mm dès le 2^{ème} palier avec angor ou sous décalage de ST de 3 mm. Echo cardio avec FE < 50 % et > 35 % ou vers 40 %.

Charge thérapeutique : traitement impératif, parfois multiple.

30 à 50 %

I – 4 - INSUFFISANCE CARDIAQUE GRAVE

Signes fonctionnels : classe IV de la NYHA avec récurrence des crises d'asystolie et hospitalisations nombreuses. Les actes essentiels de la vie courante peuvent être accomplis sans aide, mais à un rythme ralenti.

Examens complémentaires : radiographie thoracique : stades III et IV. ECG : troubles de la repolarisation auriculaire et ventriculaire avec signes électriques de dilatation cavitaires. ECG d'effort : sous-décalage de 3 mm dès le 1^{er} palier. Echo cardio avec FE < 35 %.

Charge thérapeutique : traitement multiple et régime sévère obligatoires.

60 à 80 %

II – ATTEINTES PERICARDIQUES :

Qu'elles soient suites de péricardite ou de blessure du péricarde, elles doivent être évaluées selon l'atteinte de la fonction cardiaque globale qu'elles provoquent ; à côté de l'invalidité propre, il faudra tenir compte des 4 degrés d'insuffisance cardiaque précédemment décrits qui pourront être induits.

II – 1 - ATTEINTES PERICARDIQUES LEGERES :

Signes fonctionnels : stade I de la NYHA.

Examens complémentaires : ECG : anomalies électriques isolées persistantes.

Charge thérapeutique : absence de traitement.

10 à 20 %

II – 2 - ATTEINTES PERICARDIQUES MOYENNES

Signes fonctionnels : Stade I à II de la NYHA, soit ceux de l'IC légère à moyenne.

Examens complémentaires : ECG : anomalies électriques persistantes ou contemporaines de la crise. Echo cardio avec péricardite récidivante ou péricardite calcifiée chronique sans syndrome de constriction.

Charge thérapeutique : recommandations d'hygiène de vie avec traitement à chaque rechute absolument nécessaire et repos obligatoire, et parfois hospitalisation.

20 à 50 %

II – 3 - ATTEINTES PERICARDIQUES GRAVES

Signes fonctionnels : Stade III à IV de la NYHA, soit ceux de l'IC importante à grave. Aide partielle souvent nécessaire dans la réalisation des actes essentiels de la vie courante.

Examens complémentaires : anomalies électriques présentes en permanence à l'ECG et écho cardio avec péricardite liquidienne chronique, ou péricardite chronique calcifiée avec syndrome d'adiastolie, ou séquelles chirurgicales, ou mésothéliome péricardique.

Charge thérapeutique : traitement permanent pouvant avoir des incidences secondaires à prendre en considération.

50 à 90 %

III – ATTEINTES MYOCARDIQUES

III – 1 - ISCHEMIE CARDIAQUE

III-1 – 1 - ISCHEMIE CARDIAQUE LEGERE :

Signes fonctionnels : classe I de la NYHA avec absence d'insuffisance cardiaque.

Examens complémentaires : ECG : anomalies ischémiques électriques isolées sur une ou deux dérivations ; ondes T symétriques et très hautes en précordiales gauches ; antécédents d'infarctus du myocarde limité et reperméabilisé avec succès par thrombolyse. ECG d'effort non perturbé.

Charge thérapeutique : recherche de facteurs de risques avec suivi épisodique. Absence de traitement ou traitement des facteurs de risque.

0 à 10 %

III-1 –2 - ISCHEMIE CARDIAQUE MOYENNE :**Signes fonctionnels :** classe II de la NYHA.**Examens complémentaires :** ECG : altérations électriques sur plusieurs dérivations, modérées et stables au repos dans le cas d'angor chronique modéré, avec ECG d'effort perturbé avec des sous-décalages de 1 mm au troisième palier avec angor, ou sous-décalage de 3 mm au troisième palier, malgré le traitement. Echo cardio avec FE > 50 % ou FE > à 40 %. Ou bien existence de séquelles électriques d'infarctus du myocarde bien limitées avec ou sans douleur angineuse. Absence de trouble du rythme.**Charge thérapeutique :** nécessité d'un traitement associé à des recommandations d'habitus de vie et à un suivi régulier.

10 à 30 %

III-1 – 3 - ISCHEMIE CARDIAQUE IMPORTANTE :**Signes fonctionnels :** classe II et III faible de la NYHA avec apparition d'un certain degré d'IC : légère à moyenne.**Examens complémentaires :** comparables aux précédents associés à l'apparition de troubles du rythme.**Charge thérapeutique :** traitement plus important avec suivi régulier et recommandations d'habitus de vie.

30 à 50 %

III-1 – 4 - ISCHEMIE CARDIAQUE GRAVE :**Signes fonctionnels :** classe IV de la NYHA avec IC importante à grave. Assistance partielle ou totale possible pour accomplir les actes essentiels de la vie courante.**Examens complémentaires :** infarctus du myocarde ancien étendu avec lésion vasculaire de proximité, troubles du rythme et ectasie pariétale ; ECG d'effort avec anomalies électriques et/ou cliniques apparaissant dès le 1^{er} palier ; écho confirmative.**Charge thérapeutique :** traitement médicamenteux intensif, souvent en hospitalisation.

Peuvent être classés dans cette catégorie l'angor sévère non opérable et répondant mal au traitement ; cardiopathie ischémique relevant d'un traitement médicamenteux intensif en attente d'un traitement chirurgical ou instrumental.

60 à 80 %

III – 2 - ATTEINTES PRIMITIVES DU MYOCARDE

Ce sont les cardiomyopathies sans cause apparente : obstructives ou dilatées .
Importance des données écho, cardio et ECG.

III- 2 – 1 - ATTEINTES PRIMITIVES DU MYOCARDE LEGERES :

Signes fonctionnels : classe I de la NYHA et absence d'IC.

Examens complémentaires : ECG : signes électriques isolés de troubles de la repolarisation ; anomalies électriques de type surcharge . Rapport cardio-thoracique : stade I et/ou II faible . Echo cardio avec FE > 50 % mais avec discrètes altérations pariétales.

Charge thérapeutique : pas ou peu de traitement.

0 à 10 %

III- 2 – 2 - ATTEINTES PRIMITIVES DU MYOCARDE MOYENNES :

Signes fonctionnels : classe II de la NYHA avec apparition d'un certain degré d'IC : légère, réversible sous traitement.

Examens complémentaires : ECG : troubles électriques francs de la repolarisation ventriculaire et auriculaire. Rapport cardio-thoracique : stade II à III faible. Echo cardio avec cardiomégalie modérée et FE < à 50 % et > à 40 %.

Charge thérapeutique : nécessité d'un traitement avec stabilité sous traitement.

10 à 30 %

III- 2 – 3 - ATTEINTES PRIMITIVES DU MYOCARDE IMPORTANTES :

Signes fonctionnels : classe III fort de la NYHA avec IC : moyenne à assez importante.

Examens complémentaires : altération franche de l'ECG conventionnel. Rapport cardio-thoracique : stade III. Echo cardio avec cardiomégalie franche et FE < à 40 % et > à 30 %.

Charge thérapeutique : nécessité d'un traitement et d'un suivi très régulier.

30 à 50 %

III- 2 – 4 - ATTEINTES PRIMITIVES DU MYOCARDE GRAVES :

Signes fonctionnels : classe IV de la NYHA avec IC : importante à grave. Une aide partielle ou complète peut être nécessaire pour accomplir les actes essentiels de la vie courante.

Examens complémentaires : altérations majeures de l'ECG conventionnel. Existence de troubles du rythme et de troubles valvulaires. Rapport cardiothoracique : stade III et IV. Echo cardio avec FE < à 30 %.

Charge thérapeutique : nécessité d'un traitement polymédicamenteux continu accompagné d'hospitalisations.

60 à 80 %

III – 3 - TROUBLES DU RYTHME CARDIAQUE :

Les techniques d'électro-physiologie permettent de mieux comprendre et de traiter ces troubles mais des complications sont néanmoins possibles.

Il faut tenir compte de la guérison possible par fulguration endocavitaire de certains troubles du rythme cardiaque supraventriculaires comme certains BOUVERET .

III - 3 – 1 - TROUBLES DU RYTHME CARDIAQUE LEGERS :

Signes fonctionnels : classe I de la NYHA avec absence d'IC.

Examens complémentaires : ECG conventionnel avec troubles de la conduction intraventriculaire (bloc de branche) ou auriculoventriculaire du 1^{er} degré, stables. Echo cardio avec FE > à 50 % et ECG d'effort sans déficit. Patient appareillé par stimulateur intracorporel bien équilibré et stable.

Charge thérapeutique: pas de traitement ou traitement prophylactique.

0 à 10 %

III - 3 – 2 - TROUBLES DU RYTHME CARDIAQUE MOYENS :

Signes fonctionnels : classe II de la NYHA avec absence d'IC.

Examens complémentaires : hyperexcitabilité auriculaire ou ventriculaire très fréquente nécessitant un traitement prophylactique ; arythmies ventriculaires ou auriculaires complexes nécessitant un traitement ; tachycardies supraventriculaires nécessitant un traitement prophylactique ; Echo cardio avec FE < à 50 % et > à 40 % . Patient appareillé par stimulateur intracorporel.

Charge thérapeutique : respect de certaines règles hygiéno-diététiques avec traitement prophylactique ou continu et surveillance médicale.

10 à 30 %

III - 3 – 3 - TROUBLES DU RYTHME CARDIAQUE IMPORTANTS :

Signes fonctionnels : classe III de la NYHA avec apparition d'un certain degré d'IC : léger à moyen.

Examens complémentaires : comparables aux cas précédents avec une écho cardio montrant une FE < à 40 % et > à 30 %.

Charge thérapeutique : comparable aux cas précédents.

30 à 50 %

III - 3 – 4 - TROUBLES DU RYTHME CARDIAQUE GRAVES :

Signes fonctionnels : classe IV de la NYHA avec IC moyenne à grave.

Examens complémentaires : tachycardie ventriculaire récidivante malgré le traitement. Echo cardio avec FE < à 30 %.

Charge thérapeutique : traitement continu associé à un traitement prophylactique et de nombreuses hospitalisations.

60 à 80 %

IV – ATTEINTES ENDOCARDIQUES : LES VALVULOPATHIES

Les séquelles de lésions valvulaires, quelles qu'en soient leurs causes et leurs possibilités ou non d'un traitement chirurgical, doivent être évaluées en fonction des troubles fonctionnels engendrés et du degré d'insuffisance cardiaque provoqué. L'échocardiographie-Doppler représente un examen complémentaire primordial dans l'évaluation de cette pathologie.

IV – 1 - SEQUELLES LEGERES :

Signes fonctionnels : classe I de la NYHA avec absence d'IC. Simple souffle séquellaire d'intensité I, II et III.

Examens complémentaires : ECG : absence de trouble électrique. Image cardiaque normale à la radio. Echo cardio avec FE > à 50 %

Charge thérapeutique : pas de traitement ; prévention de l'endocardite oslérienne ; un suivi annuel.

0 à 10 %

IV – 2 - SEQUELLES MOYENNES :

Signes fonctionnels : classe II de la NYHA avec absence d'IC ou IC légère

Examens complémentaires : valvulopathie avérée avec régurgitation légère sur l'échelle angiographique de Grossman avec possibilité de petite cardiomégalie. ECG : peu ou pas de signes électriques. Echo cardio Doppler avec FE < à 50 % mais > à 40 % .

Valvulopathies opérées avec de bons résultats.

Charge thérapeutique : peu ou pas de traitement médical, essentiellement traitement de l'IC avec prévention de l'endocardite oslérienne.

10 à 30 %

IV – 3 - SEQUELLES IMPORTANTES :

Signes fonctionnels : classe III de la NYHA avec IC de degré moyen à important

Examens complémentaires : valvulopathie avérée avec régurgitation moyenne sur l'échelle angiographique de Grossman et écho cardio Doppler avec FE < à 40 % et > à 30 % .

Valvulopathies avérées avec traitement médical.

Charge thérapeutique : traitement médical continu et suivi médical régulier.

30 à 50 %

IV – 4 - SEQUELLES GRAVES :

Signes fonctionnels : classe IV de la NYHA avec IC de degré important à grave

Examens complémentaires : valvulopathies avérées avec une régurgitation sévère sur l'échelle angiographique de Grossman ; écho cardio Doppler avec FE < à 30 % ; ECG : signes électriques de l'IC sévère ; cardiomégalie ; troubles du rythme ; migrations emboliques éventuelles.

Valvulopathies avec retentissement cardiaque sévère.

Valvulopathies opérées avec des résultats médiocres.

Valvulopathies inopérables et mal supportées.

Valvulopathies en instance de chirurgie .

Charge thérapeutique : traitement médicamenteux continu avec hospitalisations fréquentes et contraintes chirurgicales fréquentes.

60 à 80 %

V – HYPERTENSION ARTERIELLE :

L'HTA est un facteur de risque autant qu'une maladie. Le problème de l'hypertension artérielle réside dans ses complications à terme neuro-vasculaires et hémodynamiques. L'indemnisation sera distincte en fonction de l'état hypertensif propre et des retentissements viscéraux de l'HTA ; ces derniers, seront alors évalués pour leur propre compte au niveau des chapitres respectifs auxquels ils appartiennent dans le barème d'invalidité.

Une HTA avec élévation isolée des chiffres tensionnels, sans atteinte viscérale mais avec nécessité d'un traitement médical continu :

0 à 8 %

VI – ATTEINTES VASCULAIRES PERIPHERIQUES

L'évaluation de l'invalidité provoquée par une atteinte vasculaire périphérique se fera toujours par évaluation de la gêne fonctionnelle que cette dernière engendre. L'imputabilité au travail de l'atteinte vasculaire doit être chaque fois discutée.

VI – 1 – ATTEINTES ARTERIELLES :

VI-1-1 – AORTE :

Anévrismes:

L'indemnisation sera évaluée suivant les signes fonctionnels, l'hypertension artérielle éventuellement associée, et les séquelles postopératoires.

VI- 1 - 2 – VAISSEAUX ARTERIELS DU COU :

Le taux dépendra essentiellement de l'importance des séquelles neurologiques (voir chapitre « Système nerveux »).

VI- 1 - 3 – VAISSEAUX ARTERIELS DES MEMBRES :

VI – 1 – 3 – 1 - Insuffisance artérielle légère :

Signes fonctionnels : Stade I ou IIa de Leriche et Fontaine (absence de claudication intermittente ou présence avec un périmètre de marche > 250m).

Examens complémentaires : écho Doppler artériel : sténose modérée (50 à 70 %) et peu étendue ; pression artérielle > 50mm de mercure à la cheville.

10 à 20 %

VI – 1 – 3 – 2 - Insuffisance artérielle moyenne :

Signes fonctionnels : Stade IIb de Leriche et Fontaine (claudication intermittente avec un périmètre de marche < 250m).

Examens complémentaires : écho Doppler artériel avec sténose > à 70 % ; pression artérielle > 50 mm de mercure à la cheville.

20 à 40 %

VI – 1 – 3 – 3 - Insuffisance artérielle importante :

Signes fonctionnels : stades III de Leriche et Fontaine (claudication intermittente avec un périmètre de marche < 250m et présence de douleurs du membre inférieur même au repos) avec troubles trophiques présents en dehors d'ulcérations.

Examens complémentaires : écho Doppler avec sténose serrée > à 90 % ; pression artérielle > à 50 mm de mercure à la cheville.

40 à 60 %

VI – 1 – 3 – 4 - Insuffisance artérielle grave :

Signes fonctionnels : stade IV de Leriche et Fontaine (claudication intermittente avec un périmètre de marche très réduit à quelques mètres, douleurs violentes du membre inférieur même au repos) avec troubles trophiques cutanés importants avec gangrène et retentissement sur l'état général ; possibilité de séquelles dues à une amputation.

Examens complémentaires : écho Doppler artériel : sténose très serrée, voir oblitération avec pression artérielle à la cheville < à 50 mm de mercure.

60 à 80 %

VI – 2 - ATTEINTES VEINEUSES

La classification CEAP (Clinique-Etiologique-Anatomique-Physiopathologique) permet de distinguer 6 degrés de l'IVC = insuffisance veineuse chronique :

- les 1^{er} et 2^{ème} degrés correspondent à l'apparition d'un certain degré de dilatation des veines superficielles et varices (en relation avec l'hyperpression du compartiment musculaire) ; ces deux premiers degrés ne donnent pas lieu à une évaluation d'invalidité ;
- le 3^{ème} degré note l'apparition de l'œdème ;
- les 4^{ème}, 5^{ème}, et 6^{ème} degrés montrent des stades progressifs de reflux, avec tous les stades de la maladie variqueuse jusqu'à l'ulcère.

VI – 2 – 1 - INSUFFISANCE VEINEUSE LEGERE :

Signes fonctionnels : oedèmes modérés avec simple lourdeur du membre et fatigabilité légère à modérée, quelques varices ; classe III de la CEAP.

Charge thérapeutique : nécessité de traitement discontinu, de recommandations d'hygiène de vie et intérêt d'une compression continue contre le flux sortant des veines perforantes de grade I.

0 à 10 %

VI – 2 – 2 - INSUFFISANCE VEINEUSE MOYENNE :

Signes fonctionnels : classes III et IV de la CEAP ; œdèmes importants avec apparition de troubles trophiques.

Charge thérapeutique : nécessité d'un traitement continu avec recommandations d'hygiène de vie et port de bas de compression de grade II.

10 à 20 %

VI – 2 – 3 - INSUFFISANCE VEINEUSE IMPORTANTE :

Selon le degré de dégradation de l'état général qui souvent s'y associe :

Signes fonctionnels : classes V et VI de la CEAP ; troubles trophiques très importants avec fatigabilité très marquée et d'apparition rapide et antécédants de phlébite.

Charge thérapeutique : traitement continu et parfois nécessité d'anticoagulant associé au port de bas de grade III ; accès à la chirurgie curative ou préventive. L'avis d'un dermatologue peut être souhaitable.

20 à 60 %

VI – 3 - ATTEINTES ANGIO-NEUROTIQUES (ACROSYNDROMES)

Origine professionnelle possible.

Les explorations fonctionnelles et électriques seront nécessaires pour évaluer ce type d'atteintes.

Les formes cliniques peuvent être de gravité variable, le taux sera apprécié en fonction du retentissement fonctionnel :

Une évolution plus invalidante justifie une évaluation par un spécialiste.

5 à 10 %

CHAPITRE X

APPAREIL RESPIRATOIRE

PREAMBULE

Les pathologies respiratoires présentent une symptomatologie qui peut être difficile à apprécier de façon objective par le seul examen clinique habituel. La dyspnée, maître symptôme, se distingue selon les données de l'interrogatoire, en 5 stades d'importance croissante :

Stade 1 : Dyspnée à l'effort physique important ;

Stade 2 : Dyspnée à la marche en montée à allure normale ;

Stade 3 : Obligation de s'arrêter à la marche sur le plat avec quelqu'un d'autre marchant à allure normale ;

Stade 4 : Arrêt lors de la marche à plat à son propre rythme ;

Stade 5 : Dyspnée aux efforts minimes de la vie courante (habillage, coiffure....).

Pour mieux évaluer le déficit respiratoire fonctionnel, il faudra se placer à distance des épisodes de surinfection, en visant l'état de stabilité et faire appel à des examens paracliniques :

- L'exploration fonctionnelle respiratoire qui comportera une spirométrie avec courbe des débits-volumes et mesure de la capacité résiduelle fonctionnelle permettant de déterminer la capacité pulmonaire totale (CPT).

A noter que les débits pulmonaires et volumes pulmonaires ≥ 80 % de la théorique sont considérés comme normaux. Néanmoins, ces normes sont indicatives lorsqu'on ne dispose pas de valeurs de références pour un sujet donné. En effet on peut constater un VEMS à 85 % de la valeur théorique alors que le même sujet pouvait avoir quelques années auparavant une valeur de 90 % ou une valeur de 130 %.

- Une mesure de la capacité de transfert du monoxyde de carbone, normée par rapport au volume alvéolaire (DLCO/VA).

- Si possible la détermination des pressions partielles artérielles d'oxygène ($P_a O_2$) et de gaz carbonique au repos ou à défaut par détermination sur prélèvement capillaire. Mais ce dernier est susceptible de nombreuses fluctuations artéfactuelles liées à la qualité du prélèvement.

L'importance de la dyspnée et des signes fonctionnels associés, comme la toux chronique (plus ou moins productive) et les douleurs thoraciques, permettent généralement de placer le taux proposé plus précisément à l'intérieur de la fourchette préalablement déterminée par les examens objectifs précités, ou bien le majorer.

De même à l'intérieur de chaque tranche de déficit, le taux proposé pourra tenir compte d'un éventuel test de marche de 6 minutes.

Une épreuve d'effort peut être proposée en cas de discordance entre les plaintes alléguées et les résultats des explorations fonctionnelles respiratoires.

I – INSUFFISANCES RESPIRATOIRES CHRONIQUES

(origine professionnelle possible)

I – 1 - DEFICIT FONCTIONNEL MINIME :

- altération isolée des échanges alvéolaires avec rapport $DLCO/VA \geq 70$ et < 80 % des valeurs théoriques,
- ou
- syndrome obstructif mineur avec rapport Volume Expiratoire Maximum Seconde/Capacité Vitale (VEMS/CV) inférieur à 80 % alors que VEMS CV sont eux mêmes supérieurs ou égaux à 80 % de la valeur théorique :

0 à 10 %

I – 2 - INSUFFISANCE RESPIRATOIRE MODEREE :

- soit syndrome restrictif avec $CPT \geq 70$ et < 80 % des valeurs théoriques.
- soit syndrome obstructif (diminution du rapport VEMS/CV) avec $VEMS \geq 70$ et < 80 % des valeurs théoriques.
- soit $DLCO/VA \geq 60$ et < 70 % ou hypoxémie d'effort.

10 à 20 %

I – 3 - INSUFFISANCE RESPIRATOIRE MOYENNE :

- syndrome restrictif avec $CPT \geq 60$ et < 70 %
- soit syndrome obstructif avec $VEMS \geq 60$ et < 70 %
- soit $DLCO/VA < 60$ % de la théorique avec gazométrie de repos normale ou peu altérée ($P_a O_2$ de repos > 70 Torr (9,3 KPa))

20 à 35 %

I – 4 - INSUFFISANCE RESPIRATOIRE GRAVE :

Soit :

- syndrome restrictif avec $CPT \geq 50$ et < 60 % de la théorique
- syndrome obstructif avec $VEMS \geq 50$ et < 60 %
- hypoxémie avec $P_a O_2$ de repos ≥ 60 et < 70 Torr (8 à 9,3 Kpa)

35 à 60 %

I – 5 - INSUFFISANCE RESPIRATOIRE SEVERE :

L'un des critères suivants :

- syndrome restrictif avec $CPT < 50$ %

- syndrome obstructif avec VEMS < 50 %
- hypoxémie P_aO_2 de repos < 60 Torr ou 8 Kpa ou justifiant une oxygénothérapie quotidienne
- insuffisance respiratoire chronique justifiant une ventilation assistée à domicile

60 à 99 %

II – SEQUELLES POST-TRAUMATIQUES THORACIQUES

- Les séquelles douloureuses isolées :

0 à 10 %

- Les séquelles osseuses pures seront évaluées selon les critères du chapitre « Appareil locomoteur ».

- Les plaies et contusions pulmonaires, paralysie diaphragmatique, rupture trachéo-bronchique, hémothorax, seront évaluées selon les critères de déficit de la fonction respiratoire précédemment définie.

Une majoration du taux du déficit fonctionnel respiratoire sera possible en cas d'association à des douleurs.

- Hernie diaphragmatique non opérée avec troubles fonctionnels modérés :

10 à 15 %

III – SEQUELLES CHIRURGICALES

- Thoracotomie et cicatrices pariétales avec existence de douleurs ou de gêne séquellaires lors des mouvements respiratoires profonds notamment à l'effort :

0 à 5 %

- Thoracoplastie : Evaluation en fonction du déficit fonctionnel en rapport avec les résections costales et les déformations séquellaires.
Majoration de 0 à 10 % en fonction des douleurs.

- Exérèses chirurgicales :

- exérèse segmentaire avec troubles fonctionnels légers :

5 à 15 %

- lobectomie ou bi lobectomie droite :

20 à 40 %

- pneumonectomie :

40 à 60 %

Si l'étiologie n'entraîne pas d'autres séquelles et si le poumon controlatéral est sain.

IV – PATHOLOGIES TUMORALES BRONCHO-PULMONAIRES

(origine professionnelle possible)

Les séquelles seront appréciées en fonction du déficit fonctionnel résiduel et des séquelles attachées à l'étiologie (voir chapitre « Tumeurs bénignes et malignes »)

V – ATTEINTES TRACHEE ET BRONCHES

V – 1 - TRACHEOTOMIE PERMANENTE

30 à 40 %

V – 2 - STENOSE TRACHEALE

Taux en fonction de l'insuffisance respiratoire avec **majoration de :** 0 à 10 %

V – 3 - BRONCHECTASIE – DILATATION DES BRONCHES

- sans insuffisance respiratoire avec bronchorrhée : 5 à 10 %

- avec insuffisance respiratoire : fonction du déficit fonctionnel majoré de 0 à 10 % selon l'importance de la bronchorrhée et de la fréquence des épisodes infectieux.

V – 4 - BRONCHITE CHRONIQUE

- sans insuffisance respiratoire :
en fonction de la fréquence des épisodes infectieux et de leurs conséquences (toux et bronchorrhée).

Toux productive plus de 3 mois/an : 5 à 10 %

- avec syndrome obstructif (avec ou sans emphysème associé) :

Taux en fonction de l'insuffisance respiratoire **majoré de :** 0 à 10 %

V – 5 - EMPHYSEME PRIMITIF

Taux en rapport avec le déficit fonctionnel engendré.

La simple constatation radiologique sans signe fonctionnel associé n'entraîne pas d'invalidité.

V – 6 - ASTHME

(origine professionnelle possible) :

Cette pathologie sera évaluée en tenant compte essentiellement, de la fréquence et de la gravité des crises, des contraintes thérapeutiques, du degré d'obstruction bronchique intercrise et de l'importance de l'hyperactivité bronchique.

Néanmoins l'évaluation du handicap permanent de cette affection est rendue difficile en raison de son caractère fluctuant dans le temps, et de l'absence de relation stricte entre la fonction intercrise et la gravité potentielle de la maladie asthmatique.

Si la maladie asthmatique nécessite un traitement continu avec tout particulièrement une dépendance thérapeutique en corticoïdes *per os* (même au stade d'asthme avec troubles moyens), ou des hospitalisations répétées, des séjours récurrents en réanimation, **une majoration du taux de 10 à 30 % peut être justifiée.**

V – 6 - 1 – AVEC ABSENCE DE SYNDROME OBSTRUCTIF INTERCRISE (VEMS basal > 80 %) :

Le VEMS basal correspond au VEMS mesuré en période de stabilité clinique, en l'absence de prise médicamenteuse proche (exemples : au moins 4 heures après la prise de β 2-mimétiques à courte durée d'action, 8 heures après la prise d'atropinique inhalés, 12 heures après la prise de β 2-mimétiques à longue durée d'action, 48 heures après la prise de théophyllines orales, etc...).

Asthme avec crises rares bien contrôlées (quelques crises/an ne nécessitant pas de traitement continu permanent) :

0 à 5 %

V – 6 - 2 – ASTHME MODERE BIEN CONTROLE :

Quelques crises/trimestre sans syndrome obstructif intercrise

- avec hyperactivité bronchique modérée :
(Ex. PD 20 métacholine ou équivalent > 500 μ g) **5 à 10 %**
- avec hyperactivité bronchique importante
(Ex. PD 20 métacholine ou équivalent < 500 μ g) : **10 à 15 %**
- avec traitement continu : **10 à 15 %**

V – 6 - 3 – ASTHME AVEC TROUBLES MOYENS :

- crises fréquentes malgré le traitement de fond, plusieurs par mois, sans syndrome obstructif intercrise

- ou
- syndrome obstructif intercrise modéré (VEMS basal ≥ 70 et < 80 %) **15 à 25 %**

V – 6 - 4 – ASTHME IMPORTANT AVEC SYNDROME OBSTRUCTIF VERIFIE ET VEMS BASAL < 70 % DE LA VALEUR THEORIQUE :

Il existe généralement des crises fréquentes et une gêne permanente appréciée en :

$$\text{VEMS moyen} = \frac{(\text{VEMS basal} + \text{VEMS post-broncho-dilatateurs})}{2}$$

- VEMS moyen : > 80 % théorique **20 à 25 %**
- VEMS moyen : ≥ 60 et < 80 % **25 à 35 %**
- VEMS moyen : ≥ 50 et < 60 % **35 à 45 %**
- VEMS moyen : ≥ 40 et < 50 % **45 à 60 %**
- VEMS moyen : < 40 % **60 à 90 %**

A ce stade il faudra éventuellement tenir compte des complications iatrogéniques et des contraintes thérapeutiques souvent conséquentes qui justifient alors de majorer alors le taux.

VI – ATTEINTES PULMONAIRES

(origine professionnelle possible)

VI – 1 - SARCOÏDOSE

Sans retentissement sur la fonction respiratoire et sans atteinte extrapulmonaire : **0 à 5 %**

Les séquelles respiratoires seront appréciées selon les critères de l'insuffisance respiratoire et les séquelles extrapulmonaires seront évaluées en fonction des séquelles des organes atteints.

VI – 2 - ASBESTOSE

(origine professionnelle possible)

- taux en fonction de l'insuffisance respiratoire ou des symptômes.

- en l'absence de ceux-ci, existence d'une fibrose radiologiquement établie : **0 à 10 %**

VI – 3 - AUTRES AFFECTIONS PULMONAIRES

Les séquelles de pathologies infectieuses, notamment tuberculeuses, les fibroses interstitielles diffuses, les histiocytoses, alvéolites extrinsèques, pneumoconioses et autres pathologies pulmonaires toxiques ou iatrogènes, professionnelles, seront évaluées en fonction des symptômes et surtout de l'insuffisance respiratoire résiduelle.

VII – ATTEINTES PLEURALES

(origine professionnelle possible)

VII – 1 - SEQUELLES DE PLEURESIE

En l'absence de signe d'insuffisance respiratoire en fonction des douleurs résiduelles : **0 à 10 %**

VII – 2 - PNEUMOTHORAX RECIDIVANT TRAITE MEDICALEMENT OU CHIRURGICALEMENT

En fonction des séquelles douloureuses : **0 à 10 %**
Ce taux s'ajoutera à celui d'une insuffisance respiratoire résiduelle éventuelle.

VII – 3 - FIBROSE PLEURALE

(origine professionnelle possible) :

- **Plaques pleurales** calcifiées ou non : **5 %**
- **Fibrose de la plèvre viscérale** : **5 à 10 %**

CHAPITRE XI APPAREIL DIGESTIF

I – TUMEURS

- Les **tumeurs bénignes** ne génèrent habituellement pas par elles-mêmes de séquelles fonctionnelles. Celles-ci résultent du traitement, en principe chirurgical, mais sauf complications exceptionnelles, ces séquelles fonctionnelles post-thérapeutiques n'ont que des conséquences minimales : **0 à 10 %**

- Les **collections pseudo-tumorales ou kystiques** sont souvent d'origine infectieuse ou parasitaire. Les séquelles, lorsqu'elles existent, sont le plus souvent les conséquences de complications loco-régionales que le traitement (ponction, chirurgie) peut faire disparaître. Elles seront appréciées par un spécialiste.

- Les **tumeurs malignes** peuvent avoir un pronostic fonctionnel favorable ou au contraire défavorable suivant le type histologique, la localisation et le stade précoce ou tardif de leur traitement. Se reporter chapitre « Tumeurs bénignes et malignes ».

II – BOUCHE ET PHARYNX

Se reporter au chapitre « O.R.L. – Stomatologie ».

III – ŒSOPHAGE

III – 1 - PATHOLOGIE FONCTIONNELLE

III – 1 – 1 - TROUBLE MOTEUR (DYSKINESIE) - REFLUX GASTRO-OESOPHAGIEN (ŒSOPHAGITE) :

En l'absence de complications sévères type sténose : **0 à 5 %**

III – 1 – 1 - MEGAOESOPHAGE FONCTIONNEL (OU ACHALASIE):

Après traitement médical (dilatation) ou chirurgical : **5 à 30 %**

III – 2 - LÉSIONS TRAUMATIQUES

- Leurs conséquences résultent de traumatismes thoraciques en général sévères avec possibles lésions cardio-pulmonaires et abdominales. Leurs séquelles dans ce cas doivent s'apprécier dans un contexte de globalité.

- L'atteinte traumatique isolée de l'œsophage évolutive ou non est une infirmité individualisable que l'on appréciera en fonction de l'intensité des symptômes :

- douleurs ;
- fièvre ;
- dysphagie ;
- reflux ;
- vomissements...

Selon l'intensité des symptômes et le retentissement sur l'état général :

5 à 15 %

III – 3 - CAS PARTICULIER DES LÉSIONS CAUSTIQUES

- douleurs au passage du bol alimentaire ;
- sténose de retentissement variable sur l'état général...

Selon l'importance des séquelles :

10 à 40 %

Le taux de 40 % se justifie en cas de sténose serrée (suite à une lésion traumatique ou caustique) exigeant des dilatations répétées ou la mise en place d'une prothèse.

III – 4 - STÉNOSES BENIGNES NON CAUSTIQUES ET NON TRAUMATIQUES

Elles sont en général d'origine peptique. Elles répondent bien au traitement médical (antisécréteur) maintenu parfois au long cours. Elles nécessitent dans certains cas des dilatations, et exceptionnellement un traitement chirurgical :

5 à 15 %

III – 5 - LES LÉSIONS ŒSOPHAGIENNES AUTRES

Lésions accompagnant notamment une affection gastrique ou secondaire à un traitement radique. Elle sont à replacer dans le contexte de l'affection principale.

IV – ESTOMAC – DUODENUM

IV – 1 - LES LÉSIONS TRAUMATIQUES

Elles s'accompagnent le plus souvent d'autres lésions viscérales et doivent être replacées dans leur contexte.

IV – 2 - AUTRES AFFECTIONS

Affections ulcéreuses, tumeurs bénignes, etc... Ce n'est pas la lésion anatomique qui conditionne le taux, mais les troubles fonctionnels (douleurs, troubles du transit...), le retentissement sur l'état général, les modalités du traitement médical ou chirurgical, les perturbations biologiques qui doivent être prises en compte.

- pas de séquelles opératoires, maintien du poids sans régime ni traitement : **0 à 5 %**
- troubles légers contrôlés par le régime, sous traitement, perte de poids modérée : **5 à 15 %**
- troubles mal contrôlés par le régime, handicapants, avec anémie, troubles de l'absorption, perturbations biologiques modérées : **15 à 30 %**
- troubles importants très handicapants, avec perte de poids notable, troubles biologiques et anémie : **40 à 80 %**

Mais cette atteinte gastro-duodénale peut s'inscrire dans le cadre d'une affection principale qui doit alors être seule prise en compte.

V – INTESTIN GRELE, COLON

V – 1 - LÉSIONS ANATOMIQUES INTESTINALES

Les lésions anatomiques intestinales, y compris les atteintes traumatiques doivent être reclassées dans leur contexte, mais peuvent concerner exclusivement cette localisation étant à l'origine de séquelles fonctionnelles.

Sont à prendre en compte : les douleurs, les troubles du transit, le retentissement sur l'état général, les altérations morphologiques, radiologiques ou endoscopiques, biologiques...

- troubles mineurs : **0 à 5 %**
- troubles légers du transit contrôlés par régime ou traitement sans perte notable de poids : **5 à 15 %**

- troubles mal contrôlés par le régime ou le traitement avec amaigrissement peu marqué, troubles biologiques, troubles de l'absorption : **15 à 30 %**
- troubles importants : amaigrissement, transit très perturbé avec retentissement sur l'état général, perturbations biologiques et anémie malgré le régime et le traitement : **30 à 50 %**
- **Séquelles digestives d'un grêle court** : **30 à 80 %**

V – 2 - AFFECTIONS MEDICALES

Les affections médicales dominées par les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (**jéjuno-iléite, maladie de Crohn, rectocolite hémorragique**, etc...), révélées ou aggravées sont appréciées de la même façon.

La maladie de Crohn peut avoir une atteinte multifocale digestive (de l'œsophage à l'anus). Son évolution chronique dans ce cas, peut entraîner des complications sévères et très invalidantes pouvant justifier un taux supérieur à 60 % : **15 à 80 %**

La reconnaissance d'une aggravation peut faire supposer l'existence d'un état antérieur qui doit être chiffré, sauf s'il s'agit d'un état quiescent n'entraînant aucune gêne fonctionnelle.

VI – RECTUM ET ANUS

On peut distinguer quant à leur étiologie :

- des lésions anatomiques et en particulier d'origine traumatique (quelle que soit la cause : obstétricale, chirurgicale, traumatique vraie...) ;
- des lésions radiques ;
- des lésions fonctionnelles : incontinence, constipation distale, douleurs ano-périnéales et proctalgies...

VI – 1 - SEQUELLES MINIMES A MOYENNES

Le taux sera fonction de l'intensité des symptômes (diarrhée, incontinence, douleurs...) et de leur retentissement social, professionnel, psychologique, sexuel : **5 à 30 %**

VI – 2 - SEQUELLES IMPORTANTES

En cas d'altération profonde de l'état général avec amaigrissement sans amélioration thérapeutique, d'infection chronicisée, de fistules rebelles au traitement ou récidivantes (fistules complexes, Maladie de CROHN, Maladie de VERNEUIL....) pouvant parfois justifier une colostomie (voir une iléostomie) temporaire ou définitive :

30 à 80 %

VII – PAROI ABDOMINALE

VII – 1 - SEQUELLES CHIRURGICALES ET TRAUMATIQUES

VII – 1 –1 - SEQUELLES PARIETALES :

- **Hernie d'effort** : curable chirurgicalement, elle ne laisse généralement pas de séquelle. En cas de persistance d'une gêne fonctionnelle, celle-ci sera appréciée par un spécialiste.

- **Cicatrice** plus ou moins douloureuse, hypertrophique, scléreuse, rétractile (brides cutanées)... Selon la gêne quotidienne entraînée : **0 à 10 %**

- **Éventration** selon la taille et la réductibilité, l'existence d'une hypoesthésie en « raquettes » de la paroi : **0 à 15 %**

- **Grande éventration** supérieure à quinze centimètre non opérable : **20 %**

- **Colostomie** , avec ou sans amputation abdomino-périnéale :
En excluant les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, une colostomie bien appareillée entraîne rarement des séquelles fonctionnelles importantes : **15 à 30 %**

- **Iléostomie** :
Les signes fonctionnels (diarrhée, malabsorption, amaigrissement) peuvent être plus marqués que la colostomie : **15 à 50 %**

- **Gastrostomie et entérostomie** :
L'indication dépend de la maladie causale et vise à améliorer l'état nutritionnel et donc l'état général.
Elle est le plus souvent palliative.
Dans un contexte curatif et définitif, les séquelles fonctionnelles (diarrhée....), en dehors des complications, sont peu importantes : **15 à 30 %**

- **Séquelles viscérales** :
Liées aux brides et adhérences postopératoires ...
Selon l'intensité et le retentissement des troubles du transit, des douleurs abdominales, des ballonnements : **0 à 30 %**

VIII – RATE

Voir chapitre "Hématologie"

Splénectomie :

- simple sans complication quelconque , 0 %
- selon l'étiologie et/ou avec complication, l'avis d'un spécialiste est nécessaire.

IX – FONCTIONS HEPATO-BILIAIRES

IX – 1 - TRAUMATISMES DU FOIE

Leur retentissement est très variable en fonction de leur étendue et de leur localisation dans le foie :

- pas d'atteinte fonctionnelle et biologique : 0 %

En cas de cicatrice de la paroi entraînant une gêne fonctionnelle au demeurant modérée, un **taux** jusqu'à 10 % peut se justifier (voir supra).
- atteinte fonctionnelle ou biologique : 5 à 20 %

IX – 2 - LITHIASSE BILIAIRE

- **La lithiasse vésiculaire simple** reste une maladie bénigne le plus souvent, dont le traitement chirurgical donne un résultat très satisfaisant : 0 %

Il est exceptionnel qu'elle donne des signes fonctionnels digestifs séquellaires : 0 à 15 %

- **La lithiasse biliaire extrahépatique** (avec ou sans lithiasse vésiculaire) est une maladie bénigne dont le traitement médico-chirurgical donne en général un résultat satisfaisant sans séquelles.

Dans de rares cas (récidive angiocholite), elle peut donner des séquelles digestives bénignes :

0 à 15 %

- **La lithiasse biliaire intrahépatique** souvent asymptomatique. En cas de complications (angiochololite, abcès...), le traitement est difficile.
 Selon le retentissement clinique, biologique : 0 à 30 %

- **La cholangite sclérosante primitive** est une maladie chronique évolutive pouvant aboutir à une transplantation : 15 à 80 %

IX – 3 - CIRRHOSES DU FOIE

Elle doivent être qualifiées sur le plan clinique :

- cirrhoses post-hépatiques,
- cirrhoses alcooliques,
- cirrhoses biliaires primitives ou secondaires,
- autres cirrhoses post-infectieuses, parasitaires, mycotiques,
- cirrhose de surcharge (hémochromatose, Wilson...),
- Etc...

Elles se caractérisent par une atteinte diffuse parfois réversible du foie dont la fonction plus ou moins altérée doit être recherchée ainsi que les conséquences sur l'état général.

Les atteintes sont fonction de l'étiologie et du stade évolutif (troubles neurologiques, ictère, ascite, albuminémie, taux de prothrombine...).

Intérêt de se référer à une classification :

- . soit celle de Child (Stade A, B, ou C)....
- . soit celle de Child -Pugh (score de 1 à 15).

En fonction de tous ces critères, les taux sont les suivants :

	CHILD-PUGH	CHILD	Taux
Classe 1	5 à 6	A	0 à 10 %
Classe 2	7 à 9	B	20 à 40 %
Classe 3	10 à 15	C	60 à 99 %

Les malades sont classés en trois catégories :

- classe 1 : bonnes fonctions hépatiques ;
- classe 2 : altération modérée de la fonction hépatique ;
- classe 3 : insuffisance hépatique avancée.

Ces classes prennent en compte des paramètres cliniques et biologiques pris en référence.

IX – 4 - HEPATITES VIRALES

IX – 4 - 1 – HEPATITES VIRALES AIGUËS :

Qu'elles soient dues aux virus A, B ou E : **0 %**

Les formes « prolongées » guérissent également sans séquelle.

Les formes fulminantes entraînent la mort dans 80 % des cas. Celles qui guérissent ne présentent en général pas de séquelle.

Si cette forme clinique a nécessité une transplantation hépatique : **50 %**

IX – 4 – 2 – HEPATITES VIRALES CHRONIQUES :

Qu'elles soient dues au virus B (avec ou sans association au virus Delta) ou au virus C, elles ont pour risque commun la possibilité d'évolution vers la cirrhose au bout d'un délai variable (de moins de 10 à 40 ans).

- **A ce stade de cirrhose**, les taux sont ceux précisés au paragraphe « cirrhose » :

	Taux
- stade A de Child :	0 à 10 %
- stade B de Child :	20 à 40 %
- stade C de Child :	60 à 99 %

- **En cas de carcinome hépatocellulaire compliquant la cirrhose :** **50 à 99 %**

- **Au stade d'hépatite chronique**, l'évaluation s'appuiera sur trois ordres de constatations :

1°) Les constatations sérologiques et histologiques qui permettront d'apprécier l'importance du risque d'évolution vers la cirrhose et sa vitesse d'évolution. Les critères à prendre en compte seront :

- pour **l'hépatite chronique B** :

- essentiellement le taux sérique de DNA viral ;
- l'existence d'un antigène Hbe.

0 à 10 %

- pour **l'hépatite chronique C** :

- l'importance de la charge virale en ARNC ;
- le génotype du virus.

0 à 10 %

*** pour les deux affections :**

les données du score Métavir appréciées par la biopsie hépatique :

- score égal ou inférieur à A1F1 : **0 à 5 %**
- score supérieur à A1F1 mais avec F inférieur à F4 : **5 à 10 %**

- score AxF4, l'évaluation est celle de la cirrhose.

2°) Les constatations cliniques avec l'appréciation de manifestations fonctionnelles :

- aucune :	0 %
- asthénie :	0 à 5 %
- arthromyalgies :	5 à 10 %
- neuropathie périphérique :	5 à 15 %
- manifestations de vascularite :	10 à 50 %

3°) la possibilité et le résultat d'un traitement médical.

Ce critère nécessite que l'évaluation soit faite au moins six mois après l'arrêt du traitement (que ce dernier ait duré 6, 12, ou 18 mois). La réponse soutenue au traitement est définie par la normalisation de la biologie (ALAT) et la non détection de l'ARNC sérique.

On sera ainsi amené à évaluer les taux dans 4 circonstances :

- 1 - il n'y a pas eu de traitement ;
- 2 - devant une réponse soutenue au traitement ;
- 3 - devant un patient répondeur au traitement, mais rechutes ;
- 4 - devant un patient non répondeur au traitement.

IX – 5 - HEPATITES MEDICAMENTEUSES

IX – 5 - 1 – HEPATITES MEDICAMENTEUSES AÏGUES :

Elle se manifestent en général par des anomalies biologiques isolées. Elles régressent à l'arrêt du médicament causal :

0 %

IX – 5 - 2 – HEPATITES MEDICAMENTEUSES CHRONIQUES :

Elles sont exceptionnelles.

Comme pour les hépatites virales le taux variera en fonction de l'histologie et des signes cliniques.

IX – 6 - HEPATITES AUTO-IMMUNES

1 – avec symptomatologie clinique et biologique minimales, sans syndrome inflammatoire et ne nécessitant pas de corticothérapie :

0 à 5 %

2 – nécessitant une corticothérapie :

10 à 25 %

3 – au stade de cirrhose, voir le paragraphe « cirrhose du foie ».

X – PANCREAS

X – 1 - PANCREATITE CHRONIQUE

Elle est d'étiologie alcoolique dans 85 % des cas.

L'évaluation du taux reposera sur l'intensité des signes fonctionnels, qu'ils soient dus à la pancréatite elle-même ou à ses éventuelles complications (faux kystes, fistules) : 15 à 50 %

- douleurs abdominales ;
- diarrhée ;
- ictère ;
- altération de l'état général ;
- amaigrissement.

Un diabète survient tardivement dans 80 % des cas (voir alors chapitre « Endocrinologie »).

Les pancréatites chroniques d'autres causes, hypercalcémie par hyperparathyroïdie, obstacle chronique sur le canal de Wirsung ou l'ampoule de Vater (traumatisme, lithiase enclavée), devront être évaluées après le traitement spécifique de cette cause.

X – 2 - PANCREATITE AIGÜE

Elle est due à la lithiase biliaire dans 50 % des cas.

L'alcool, considéré comme deuxième cause, provoque le plus souvent une complication révélatrice ou évolutive de la pancréatite chronique (voir paragraphe précédent).

Les autres causes (mécaniques, métaboliques, médicamenteuses, virales ou parasitaires) sont beaucoup plus rares.

Quoi qu'il en soit, ces pancréatites aiguës sont de 2 types :

1 – œdémateuses, bénignes et guérissant sans séquelle après traitement de leur cause : 0 %

2 – nécrosantes pouvant entraîner la mort ou laissant quelques séquelles fonctionnelles par le biais de complications (faux kystes, abcès, fistules) : 0 à 20 %

CHAPITRE XII DERMATOLOGIE

L'évaluation du taux lors des états séquellaires cutanés sera fonction de la superficie touchée et de certaines localisations notamment pour les zones fonctionnellement importantes péri-articulaires ou péri-orificielles. Mais il faudra tenir compte dans certaines pathologies de la fréquence des poussées et des contraintes thérapeutiques.

La règle en vigueur pour estimer la surface corporelle atteinte peut être celle des 9 % retenus dans les brûlures (9 % pour la tête, le cuir chevelu, 9 % pour chaque membre supérieur, 2 fois 9 % pour un membre inférieur, 2 fois 9 % pour chaque face antérieure et face postérieure du tronc, et une fois 9 % pour le périnée).

I – LES INFECTIONS DE LA PEAU ET DES TISSUS CELLULAIRES SOUS-CUTANES

(origine professionnelle possible) :

I – 1 - DERMATOSES INFECTIEUSES

Les dermatoses d'origines infectieuses guérissent avec un traitement adapté sans séquelles le plus souvent :

0 %

Elles peuvent être invalidantes lorsqu'elles sont chroniques et surviennent alors le plus souvent sur un terrain fragile (diabète, immuno-déficiences). Leur indemnisation est alors appréciée dans le cadre plus global de l'affection causale du terrain.

Pourront être indemnisés :

- des états cicatriciels (voir paragraphe cicatrice) ;
- des séquelles de complications locorégionales (ostéites, phlegmon des gaines, atteintes ligamentaires, arthropathies ankylosantes), notamment pour certains panaris, des abcès cutanés. Le taux sera fixé alors en fonction du déficit fonctionnel du segment atteint (voir chapitre "appareil locomoteur") ;
- des séquelles et complications de maladies virales : herpès, zona, varicelle, en fonctions des états cicatriciels, des douleurs résiduelles éventuelles ou de complications générales ;
- des séquelles de thrombophlébite associée pouvant être passée inaperçue, voir d'éléphantiasis séquellaire, comme dans l'érysipèle, l'érysipéloïde (Maladie de Rouget du porc), les phlegmons et lymphangites aiguës :

0 à 20 %

- des séquelles d'érysipèle récidivant avec lymphoedème de plus en plus marqué et ulcérations chroniques, qui seront évaluées par un dermatologue ;
- des séquelles de complications à distance : algoneurodystrophie, séquelles de septicémies, glomérulonéphropathie secondaire dans l'impétigo. L'indemnisation se fera en fonction des critères de la spécialité concernée (voir chapitre correspondant).

I – 2 - ONYXIS ET PERIONYXIS

(Origine professionnelle possible)

La guérison est habituellement sans séquelles : **0 %**

Si le caractère douloureux périunguéal persiste et si les éventuelles modifications définitives de l'ongle entraînent une gêne fonctionnelle : **0 à 5 %**

Lorsque cette pathologie accompagne une dermite de contact des doigts, le taux de la dermite pourra être majoré du taux des lésions unguéales.

II – LES DERMATOSES BULLEUSES

II – 1 - PEMPHIGUS

Différentes formes cliniques existent, pemphigus vulgaire, pemphigus végétant, foliacé, brésilien, érythémateux. Compte tenu de l'évolution avec possibilités de rémissions plus ou moins longues, le taux ne pourra être fixé que par un spécialiste dermatologue en fonction de la sévérité de la forme clinique, du retentissement sur l'état général, des hospitalisations répétées et des contraintes thérapeutiques : **0 à 80 %**

II – 2 - PEMPHIGUS POST-MEDICAMENTEUX

Guérison possible après l'arrêt des prises médicamenteuses : **0 %**

Possibilités de formes chronicisées nécessitant une corticothérapie prolongée avec effets secondaires, surinfections et risques d'atteintes viscérales : **30 à 50 %**

II – 3 - AUTRES ACANTHOLYSES

Le taux est fixé de la même manière que pour le pemphigus. L'avis d'un dermatologue est nécessaire.

II – 4 - PEMPHIGOÏDE BULLEUSE OU DERMATITE HERPETIFORME

Le taux fixé en fonction de la sévérité, des contraintes thérapeutiques, des surinfections, et surtout de l'atteinte digestive (malabsorption) dans la dermatite herpétiforme :

0 à 60 %

Evolution possible vers un lymphome digestif de la dermatite herpétiforme.

III – DERMITES VESICULEUSES ET DERMITES DE CONTACT

III – 1 - ECZEMA DE CONTACT VRAI

Pathologie professionnelle extrêmement fréquente, correspondant à une dermite érythémato-vésiculeuse et fissuraire avec une localisation préférentielle aux mains.

Des tests allergologiques d'hypersensibilité retardée positifs confirment l'allergie. Un test peut être faussement négatif. La récurrence en cas de nouvelle exposition à l'allergène constitue un critère médico-légal suffisant.

La suppression du contact avec l'allergène et un traitement adapté entraînent la guérison sans séquelle :

0 %

III – 2 - ECZEMA CHRONIQUE

(origine professionnelle possible)

Dans un certain nombre de cas, passage à la chronicité. La fréquence des poussées, les contraintes thérapeutiques et la localisation justifient :

0 à 20 %

III – 3 - LES PHOTSENSIBILISATIONS

Elle relève de mécanismes allergiques analogues bien que différents (photo-activation par exposition solaire d'un allergène ingéré ou appliqué sur la peau). L'indemnisation doit être évaluée suivant les critères des eczémas.

III – 4 - ALLERGIE PAR PHOTOREMANENCE

Elle peut obliger le patient à rester à l'abri des ultraviolets et de la lumière visible, car elle réactive l'état de photoallergie.

Le taux sera fixé en estimant cette difficulté dans la vie quotidienne :

0 à 60 %

III – 5 - DERMITES IRRITATIVES OU ORTHO-ERGIQUES

Encore qualifiées « dermites eczématiformes ». Origine professionnelle possible : entrent dans ce groupe les dermites aux détergents, huiles et graisses, solvants, insecticides, végétaux.

0 à 15 %

Il existe différents tableaux cliniques variés allant de la dermite d'usure (pulpite) à la dermite hyperkératosique et fissuraire (crevasses).

Elle peuvent guérir sans séquelles ou avec des séquelles minimales grâce au traitement et surtout à l'arrêt de l'exposition à l'agent causal.

- persistance d'un dermite d'usure avec pulpite sèche non fissuraire : **0 à 2 %**
- lésions fissuraires, crevasses persistantes des mains : **3 à 5 %**
- lésions fissuraires importantes mains et avant-bras : **5 à 15 %**
- lésions importantes, très invalidantes, malgré l'éviction au risque, l'avis spécialisé est nécessaire.

III – 6 - LES DYSHIDROSES

Affection rare à un stade chronicisé, peut être favorisée par un support allergologique ou simuler un psoriasis méconnu. La gêne résultant de poussées successives pluriannuelles mal contrôlées par un traitement local justifie :

0 à 8 %

III – 7 - TOXIDERMIES

Elles peuvent être secondaires à une ingestion médicamenteuse ou alimentaire.

- soit lésions cutanées à type d'exanthème morbiliforme, scarlatiniforme ne laissant pas de séquelles ;
- soit atteintes graves avec possibilités de séquelles viscérales, selon l'importance de l'atteinte organique (voir chapitre correspondant) :

0 à 60 %

III – 8 - URTICAIRES DE CONTACT, ŒDEME DE QUINCKE, ANAPHYLAXIE

(Origine professionnelle possible)

Dont l'exemple le plus typique est l'allergie au latex. Il s'agit d'une hypersensibilité immédiate et d'autres manifestations peuvent être associées : rhinite, conjonctivite, asthme, intolérance digestive. Elle est potentiellement gravissime. La personne atteinte doit porter une carte avec la mention « allergie au latex ». L'éviction de l'allergène doit être impérative et définitive. En cas

d'exposition professionnelle, un changement de poste ou un aménagement s'impose.

Guérison généralement sans séquelles après éviction :

0 %

Néanmoins la survenue de manifestations graves (laryngées ou choc anaphylactique) peut laisser des séquelles viscérales à apprécier en fonctions des spécialités concernées.

Les autres manifestations associés comme l'asthme, une rhinite, etc... seront évaluées selon leurs propres critères.

III – 9 - ATOPIE

Il s'agit d'un terrain héréditaire, facilitant en présence d'allergènes, soit un eczéma atopique, soit une rhinite ou un asthme :

0 %

IV – LES LESIONS PAPULO-SQUAMEUSES

IV – 1 - PSORIASIS

Affection habituellement bénigne, familiale, pouvant entraîner une gêne au niveau des paumes de mains en cas d'aspect de dermites eczématiformes :

0 à 10 %

En présence de lésions très invalidantes, du point de vue professionnel, l'avis d'un spécialiste est souhaitable.

Peut se compliquer au niveau articulaire : arthropathie(s) (voir alors le chapitre « Appareil locomoteur »).

III – 2 - PARAPSORIASIS

- soit lésions érythémateuses squameuses souvent chroniques entraînant une gêne minime :

0 à 10 %

- soit parapsoriasis en plaques pouvant évoluer en mycosis fongoïde :

10 à 40 %

III – 3 - LICHEN PLAN ET AUTRES AFFECTIONS PAPULO-SQUAMEUSES

En cas d'origine iatrogénique, la guérison est habituelle à l'arrêt du traitement.

Peut entraîner une gêne au niveau des plis de flexion :

0 à 10 %

L'atteinte des muqueuses buccales et génitales dans le lichen plan évolue fréquemment de façon chronique avec possibilité de dégénérescence en carcinome spinocellulaire ou de complications mécaniques par scléro-atrophie (sténose urétrale). L'avis d'un spécialiste peut être nécessaire.

III – 4 - ERYTHEME POLYMORPHE

Susceptible d'entraîner une gêne cicatricielle (voir cicatrices).

III – 5 - ERYTHEME TOXIQUE

(voir toxidermie)

V – AFFECTIONS LIEES A UNE IRRADIATION

V – 1 - IRRADIATION SOLAIRE

Peut entraîner des brûlures invalidantes (voir paragraphe cicatrices).

V – 2 - RADIODERMITES

Radiodermites aiguës, avec persistance d'une nécrose ou d'un œdème selon l'étendue de séquelles trophiques et le siège des lésions :

- | | |
|--|------------------|
| - sur une zone limitée à moins de 5 cm ² : | 2 à 5 % |
| - sur une zone limitée entre 5 cm ² et moins 10 cm ² : | 5 à 15 % |
| - sur une zone supérieure à 10 cm ² : | 15 à 40 % |

Radiodermites chroniques ne guérissant pas avec pigmentation résiduelle, atrophie, sclérose cutanée, dépilation, atteintes unguéales (stries, pachyonyxis), ou avec persistance d'une ulcération torpide, selon l'étendue des séquelles trophiques et le siège des lésions (critères d'étendue similaires à ceux des radiodermites aiguës) :

2 à 40 %

Cancérisation : transformation en carcinome spino-cellulaire, selon la gravité et l'étendue de séquelles trophiques et le siège des lésions (voir chapitre « Tumeurs bénignes et malignes »)

VI – MALADIES DES PHANERES ET DES ANNEXES DE LA PEAU

VI – 1 - ATTEINTE DES ONGLES

L'atteinte des ongles ne justifie un taux qu'en cas de gêne de la préhension ou de la fonction locomotrice.

VI – 2 - ALOPECIE TOTALE (PELADE DECALVANTE)

Le retentissement psychologique est à apprécier par un psychiatre.

VI – 3 - PATHOLOGIES DU FOLLICULE PILO-SEBACE

(Origine professionnelle possible)

- papulo-postules multiples provoquées par des huiles et graisses ; granulome cutané avec réaction gigantofolliculaire : **3 à 5 %**

- acné chlorée, selon l'importance et les complications (notamment cicatrices) avec échec des thérapeutiques classiques : **3 à 5 %**

Des séquelles plus invalidantes seront évaluées par un spécialiste.

VI – 4 - PORPHYRIE CUTANEE TARDIVE

Selon l'importance et les complications d'ordre fonctionnelles (cicatrices atrophie cutanée, grains de milium, hyperpilosité, aspect sclérodermique après une longue évolution) : **3 à 9 %**

Les séquelles de complications viscérales doit conduire à appliquer le barème en fonction des spécialités concernées.

VII – TUMEURS CUTANEEES

(voir chapitre « Tumeurs bénignes et malignes »).

VIII – AUTRES AFFECTIONS DE LA PEAU ET DU TISSU CELLULAIRE SOUS CUTANE :

VIII – 1 - CICATRICES ET FIBROSES CUTANÉES

Il s'agit d'une solution de continuité au niveau de la peau et du tissu cellulaire sous cutané. Celle-ci entraîne des séquelles à évaluer en fonction de leur topographie, de la taille mesurée, en prenant en compte les conséquences fonctionnelles, la diminution d'amplitude articulaire par la rétraction cutanée secondaire ou par la proximité articulaire, la diminution de l'amplitude d'ouverture d'un orifice naturel, l'atteinte concomitante d'un sphincter et les douleurs à l'appui, à l'effort... (voir spécialités correspondantes)

- **A titre d'exemple**, cicatrices chéloïdiennes touchant

- | | |
|--|------------------|
| - une main : | 0 à 5 % |
| - les 2 mains : | 10 % |
| - la plante du pied gênant la marche : | 10 à 20 % |
| - la plante du pied très importante et rendant impossible le port de chaussure : | 20 à 25 % |

- cicatrices chirurgicales abdominales avec brides.

(voir chapitres « Appareil digestif », « Appareil génito-urinaire »)

VIII – 2 - LUPUS ERYTHEMATEUX CHRONIQUE

Il peut donner des lésions cicatricielles scléreuses (voir cicatrices).

VIII – 3 - LUPUS ERYTHEMATEUX DISSEMINÉ

(voir chapitre « Appareil locomoteur »)

VIII – 4 - SARCOÏDOSE

- | | |
|---|----------------|
| - soit forme purement cutanée, gêne minime : | 0 à 5 % |
| - soit forme avec atteinte viscérale (voir chapitre « Appareil respiratoire »). | |

VIII – 5 - SCLERODERMIE

Il s'agit en principe d'une atteinte bilatérale et grossièrement symétrique pouvant être d'origine professionnelle.

- | | |
|--|------------|
| - sclérodactylie bilatérale avec rigidité des doigts, limitation des mouvements, n'entravant ni la préhension de force, ni la préhension tridigitale (ne perturbant pas les possibilités d'écriture ou de ramassage d'objets fins) | 5 % |
| - sclérodactylie bilatérale avec rigidité des doigts, limitation des mouvements, entraînant l'impossibilité de joindre pouce et index ou pouce et autres doigts, | |

restant distants d'environ 1 cm, entraînant des difficultés à l'écriture et au ramassage d'objets fins, mais avec conservation d'une préhension de force par empaument (tenue d'un outil dont le manche a un diamètre de plus de 2,5 cm), d'une préhension cylindrique, et d'une préhension en crochet (tenue d'une anse de seau)

15 à 25 %

- sclérodactylie bilatérale avec rigidité des doigts, limitation des mouvements, entraînant l'impossibilité de joindre pouce et index ou pouce et autres doigts, restant distants d'environ de 2 cm, entraînant l'impossibilité de l'écriture, du ramassage d'objets fins, de la tenue d'un outil dont le manche a un diamètre d'environ 2,5 cm, mais avec conservation d'une préhension de force par empaument d'un objet large, d'une préhension cylindrique, et d'une préhension en crochet (tenue d'une anse de seau)

25 à 50 %

- sclérodactylie avec rigidité des doigts, limitation majeure des mouvements, entraînant l'impossibilité de joindre pouce et index ou pouce et autres doigts, restant largement distants (plus de 2cm), l'impossibilité de l'écriture, du ramassage d'objets fins, de la tenue d'un outil dont le manche a un diamètre d'environ 2,5 cm, entravant considérablement la préhension de force par empaument d'un objet large, la préhension cylindrique, avec simple conservation d'une préhension en crochet (tenue d'une anse de seau)

50 à 80 %

La présence de nécroses cutanées torpides, excrétion de concrétions calcaires conduira à majorer le taux de 5 à 20 %, selon l'étendue et le pouvoir invalidant de ces nécroses.

En cas d'atteinte viscérale digestive ou respiratoire, se reporter au chapitre correspondant.

VIII – 6 - VASCULARITES, PANNICULITES, AFFECTIONS DE SYSTEME

(Voir chapitre "Appareil locomoteur")

CHAPITRE XIII

APPAREIL LOCOMOTEUR

(RHUMATOLOGIE – MALADIE DE SYSTEME)

I – MEMBRES SUPERIEURS

La fonction essentielle étant la préhension, l'appréciation de la mobilité, des raideurs articulaires et de la perte de force musculaire ainsi que de l'angle d'amplitude, selon qu'il est favorable ou défavorable, est prise en compte pour justifier le taux d'incapacité.

Le handicap peut résulter des conséquences d'un traumatisme osseux avec paralysie, d'une paralysie, d'une amputation.

Les taux proposés prennent en compte les conséquences fonctionnelles par rapport à la préhension.

En cas d'atteinte nerveuse générant en plus de la paralysie, des algies, des troubles sensitifs, des troubles trophiques, le **taux** doit être majoré en tenant compte du barème proposé au chapitre "Système nerveux".

I – 1 - PERTE TOTALE

	côté dominant	côté non dominant
- bras :	65 %	55 %
- avant-bras :	55 %	45 %
- main :	50 %	40 %

Qu'il s'agisse des conséquences d'un accident de service ou d'une autre cause non imputable, il y a lieu de noter qu'une amélioration est possible au niveau de la main par une prothèse. Cette amélioration du handicap doit être appréciée par rapport à l'autonomie et à la profession. Un avis spécialisé est souhaitable.

I – 2 - ANKYLOSE

Il s'agit de l'ankylose dans une position de fonction favorable, éventuellement d'une arthrodèse.

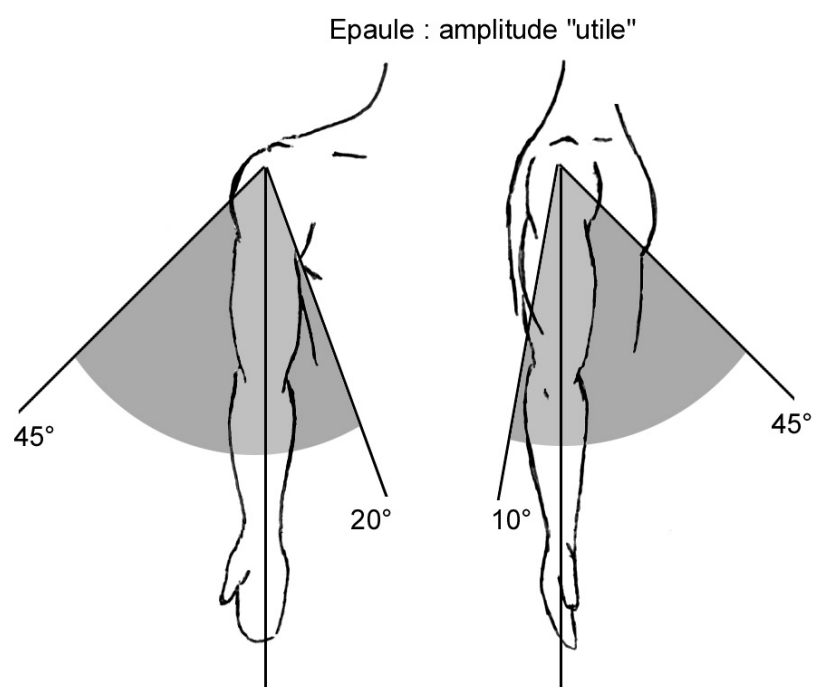
L'ankylose en position défavorable pouvant être corrigée chirurgicalement :

	côté dominant	côté non dominant
- Epaule :	30 %	25 %
- Coude :	20 %	15 %
- Poignet : avec perte plus ou moins complète de la fonction de prosupination :	20 %	15 %
- Main : Ankylose de toutes les jointures des doigts :	50 %	40 %

I – 3 - RAIDEUR ARTICULAIRE

L'appréciation du secteur d'amplitude utile pour la fonction est l'élément essentiel de l'examen.

- **Epaule :**

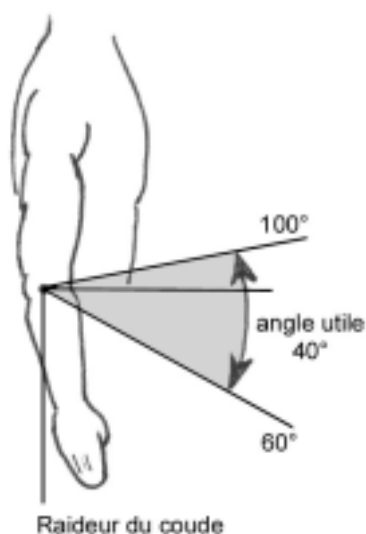


	côté dominant	côté non dominant
- Limitation modérée de tous les mouvements de l'épaule bien compensés par l'omoplate :	15 %	12 %

- | | | |
|--|-------------|-------------|
| - Raideur moyenne insuffisamment compensée par l'omoplate : | 20 % | 15 % |
| - Raideur serrée éventuellement douloureuse, non améliorable : | 30 % | 25 % |

Ce taux peut être majoré de 10 à 15 % selon l'importance des douleurs.

- Coude :



L'angle favorable de mobilité est de 40° (10° au dessus d'une ligne horizontale passant par le sommet du coude et 30° en dessous).

Le déficit dans la pro-supination doit être apprécié au niveau de la gêne professionnelle et dans la vie courante.

Suivant l'importance de cette gêne majoration du **taux de 3 à 12 %**.

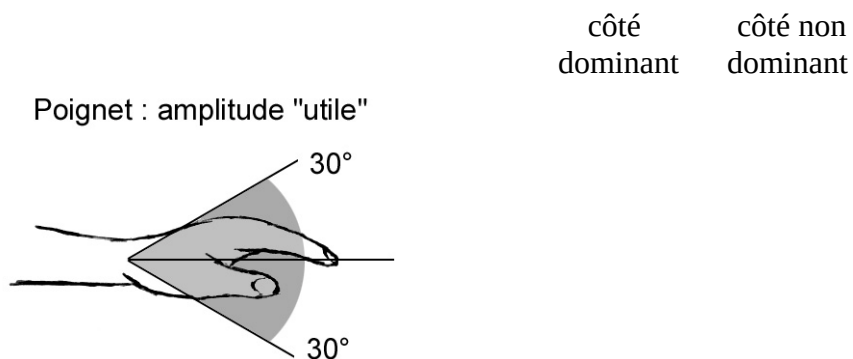
- | | côté dominant | côté non dominant |
|--|---------------|-------------------|
| - Raideur légère (angle favorable) : | 10 % | 6 % |
| - Raideur moyenne (angle favorable plus fermée ou décalée, soit vers la verticale supérieure, soit vers la verticale inférieure) : | 15 % | 12 % |
| - Raideur serrée ou suivant un angle défavorable : | 20 % | 15 % |

Une raideur suivant un angle défavorable peut faire préférer une ankylose chirurgicale en bonne position dans le cas de jointures douloureuses.

On doit tenir compte du résultat fonctionnel dans son ensemble.

- Poignet :

L'appréciation doit concerner la flexion extension, mais aussi l'inclinaison latérale.



- Raideur moyenne en bonne position :	10 %	8 %
- Raideur serrée en bonne position :	12 %	10 %
- Raideur en mauvaise position peu importe l'amplitude, souvent douloureuse :	20 %	15 %

En cas de douleurs importantes persistantes une arthrodèse chirurgicale en bonne position peut être préférée, modifiant le taux en tenant compte de l'incidence fonctionnelle au niveau des jointures sus-jacentes.

- Main :

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

	Main ouvrière	Autre côté
- Pouce (y compris le 1 ^{er} métacarpien) :	25 %	18 %
- Pouce (deux phalanges) :	15 %	12 %
- Index :	12 %	10 %
- Médus :	8 %	7 %
- Annulaire :	6 %	5 %
- Auriculaire :	5 %	4 %

- Perte partielle ou raideur moyenne :

	Main ouvrière	Autre côté
- Pouce :	10 %	8 %

- Index :	6 %	5 %
- Médius :	4 %	3 %
- Annulaire :	3 %	2 %
- Auriculaire :	3 %	2 %

Les troubles de la sensibilité majorent le taux d'1/4 à 1/3 et jusqu'à la moitié de la valeur fonctionnelle en cas de perte totale de sensibilité de la pulpe digitale.

II – MEMBRES INFÉRIEURS

Assurant la fonction de locomotion, chaque membre inférieur a une valeur fonctionnelle égale.

Cette fonction étant essentiellement la marche, les critères d'appréciation concernent la stabilité et la mobilité.

II – 1 - PERTE TOTALE

- Des deux membres inférieurs : 80 à 90 %

Un taux plus élevé est justifié en cas d'amputation très haute avec cicatrice fragile nécessitant des soins d'hygiène et/ou infirmiers.

- D'un membre :

- Amputation au niveau de la hanche : 75 %

- Amputation au niveau de la cuisse : 60 à 65 %

Le taux dépend du niveau de l'amputation à la cuisse qui peut conditionner la qualité et la tolérance de l'appareillage. Le taux plancher peut être encore réduit d'1/3 en cas d'appareillage satisfaisant sur le plan fonctionnel.

- Amputation au niveau de la jambe : 40 à 50 %

Taux variable suivant le niveau de l'amputation et la qualité de l'appareillage (même observation que ci-dessus).

- Désarticulation tibio-tarsienne : 30 %

- Amputation tarsio métatarsienne : 25 %

- Amputation trans métatarsienne de l'avant-pied

ou amputation de tous les orteils : **15 %**

- Amputation du gros orteil : **12 %**

- Amputation d'un orteil : **2 à 5 %**

Noter qu'en cas de lésion d'amputation plus complexe, le taux doit prendre en compte la qualité de la cicatrisation (absence de points douloureux gênant l'appui), la tolérance de l'appareillage et son utilité fonctionnelle qui peut être très satisfaisante au point d'altérer à peine l'équilibre statique ou dynamique et gêner peu la marche normale.

L'appareillage, quel qu'il soit, apportant toujours une gêne dans des positions nécessitant plus de vigilance, comme dans l'action de descendre les escaliers, monter sur un tabouret ou sur une échelle, effectuer une marche accélérée, on ne peut pour ces motifs justifier une augmentation du taux.

II – 2 - ANKYLOSE

L'ankylose traumatique en mauvaise position peut être corrigée chirurgicalement.

En position favorable :

- **hanche** : **40 %**

- **genou** : **25 %**

- **cheville** (tibio-tarsienne + sous astragalienne) : **15 %**

- **sous astragalienne isolée**: **8 %**

- **médio-tarsienne** : **8 %**

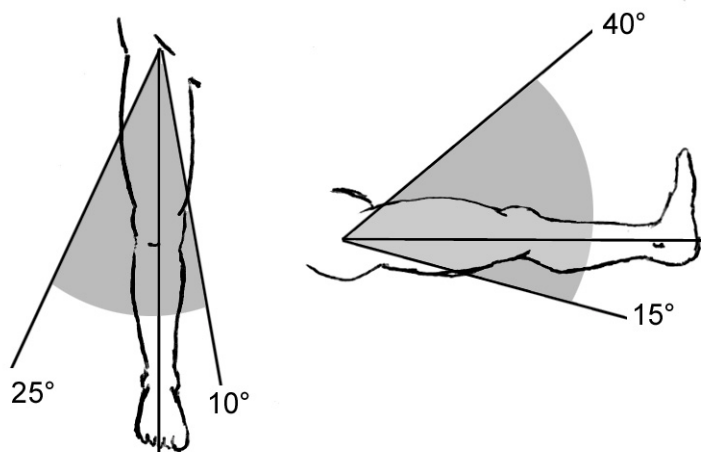
Il y a lieu de noter qu'un léger raccourcissement peut être fonctionnellement favorable.

Si le raccourcissement est important et/ou l'axe physiologique est modifié, la gêne supplémentaire peut justifier de majorer le taux de 1/4 à 1/3.

II – 3 - RAIDEUR

- **Hanche** : **20 à 30 %**

Hanche : amplitude "utile"

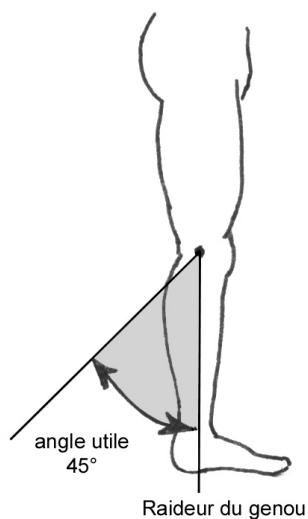


La raideur de hanche lorsque les mouvements sont très limités peut faire préférer la mise en place d'une prothèse totale ou bien une intervention d'arthrodèse en bonne position. Le taux est modifié en conséquence.

- Genou :

* Raideur favorable :
(déficit de l'extension de 20° et flexion d'au moins 45°) :

10 %



Au delà des angles indiqués la raideur du genou constitue un handicap appréciable, justifiant d'élèver le taux jusqu'à 30 % en l'absence de solution chirurgicale.

- Tibio-tarsienne :

6 %

- Sous-astragaliennne :

3 %

- Médio-tarsienne :

3 %

II – 4 - INSTABILITE ARTICULAIRE

- **Hanche :**

Il peut s'agir d'une hanche "ballante" : **50 %**

- **Genou :**

- Laxité ligamentaire bien compensée permettant une activité normale : **3 à 5 %**

- Laxité ligamentaire franche bien compensée lors de la marche, mais entravant certaines activités : **5 à 15 %**

- Laxité ligamentaire (tiroir et latéralité) ayant un retentissement sur la marche : **15 à 25 %**

- **cheville :**

- Petit diastasis isolé entraînant un discret ballotement astragalien, mais avec minime retentissement fonctionnel : **0 à 3 %**

- Diastasis responsable d'entorses à répétition : **3 à 8 %**

- Diastasis gênant la marche de façon permanente : **8 à 12 %**

II – 5 - PROTHESE ARTICULAIRE

- **Prothèse totale de hanche :**

Sauf complication infectieuse susceptible de conduire à la « hanche ballante » après avoir enlevé la prothèse qui ne peut plus être fixée. Cette chirurgie donne aujourd'hui un excellent résultat fonctionnel : **10 %**

- **Genou :**

Sous réserve d'un bon résultat fonctionnel : **10 %**

Sinon, le taux est apprécié selon l'importance de la gêne en tenant compte des critères habituels.

II – 6 - ROTULE

- **Laxité rotulienne :**

En principe bonne solution chirurgicale : **0 à 5 %**

- **Patellectomie :** 5 %
Un résultat à long terme peu satisfaisant peut justifier un taux plus élevé selon la gêne.
- Le développement des plasties patellaires (exemple : pastille de Silastic) donnent un résultat mécanique satisfaisant : 0 à 5 %

II – 7 - LESION MENISCALE

- Origine professionnelle possible.
L'intervention peut être radicale, préservant une fonctionnalité immédiate satisfaisante du genou : 3 %
- Cependant, risque d'induction d'une arthrose progressive dans un délai de 15 à 25 ans. Le taux est alors en rapport avec la gêne articulaire.

II – 8 - CAS PARTICULIER DU PIED

Compte tenu des complexités anatomiques de la région, il est difficile d'en dissocier des segments fonctionnels. Les critères d'appréciation sont la douleur, la mobilité et la stabilité.

- Quelques douleurs à la marche, mouvement normaux ou légèrement freinés, absence de claudication : 0 à 3 %
- Douleurs intermittentes, limitation modérée des mouvements des diverses articulations, légère claudication, mais stabilité du pied : 3 à 8 %
- Douleurs à la marche cédant au repos, limitation modérée des mouvements, quelques troubles circulatoires, claudication limitant la marche, laquelle peut s'effectuer sans canne : 9 à 15 %
- Ankylose des articulations tibio-tarsiennes et sous-astragalienne en position de fonction, n'entraînant pas de douleurs : 15 %
- Douleurs assez vives, raideur importante ou léger équinisme, troubles trophiques modérés, marche limitée nécessitant l'usage d'une canne : 15 à 25 %
- Douleurs vives à la marche ou à l'appui, raideur importante ou équinisme, troubles trophiques, nécessité de 2 cannes pour la marche : 25 à 30 %

- Douleurs vives pouvant gêner le sommeil, ankylose en position vicieuse ou déformation importante, troubles trophiques, marche avec cannes-béquilles : **30 à 35 %**
- Douleurs très vives et continues, déformation importante du pied, appui impossible nécessitant l'usage de cannes-béquilles : **35 %**

Autres cas :

- * **Plantalgies** avec épine calcanéenne, mais aussi séquellaire après fracture ou entorse au niveau de la cheville ou du pied.
L'atteinte fonctionnelle justifie : **0 à 10 %**
- * **Plantalgies** (Maladie de Ledderhose), selon la gêne : **3 à 10 %**

II – 9 - AUTRES ALGIES ARTICULAIRES

- **Les gonalgies et plantalgies** en rapport avec une surcharge pondérale, sans atteinte articulaire cliniquement objectivable, ne constituent pas un handicap permanent devant être retenu.

- **Les gonalgies avec ou sans hydarthrose** peuvent apparaître après greffe arthrosique favorisée par un genu varum, être la conséquence d'une atteinte méniscale, d'une entorse et alors s'accompagner de laxité. Il peut encore s'agir des suites d'une fracture du plateau tibial.

Le taux est alors en rapport avec l'atteinte articulaire qui peut être complexe et associer à la fois une raideur, une laxité : voir les paragraphes correspondants.

III – CRANE – RACHIS

III – 1 - CRANE - FACE

- au niveau de la face, voir le chapitre de la spécialité correspondante (O.R.L Stomatologie, Ophtalmologie),

- au niveau du crâne et en l'absence d'une atteinte neuro-psychique (auquel cas voir le chapitre « Système nerveux » et/ou « Troubles mentaux et du comportement »), les lésions séquellaires après trépanation ou embarrure ainsi que les cicatrices correspondantes du cuir chevelu, n'entraînent en principe pas de séquelles fonctionnelles.

III – 2 - RACHIS

Quels que soient la localisation cervicale, dorsale ou lombaire et le segment plus ou moins étendu, ne sont prises en compte et chiffrées que les conséquences fonctionnelles persistantes associées ou non à des troubles neurologiques.

Deux possibilités :

- En cas d'atteinte neurologique prédominante, la raideur segmentaire associée justifie une augmentation du taux neurologique de : **5 à 10 %**

- En l'absence d'atteinte neurologique objective au premier plan :

- A l'étage cervical :

Suivant l'importance de la raideur dans les trois axes (rotation, flexion-extension, inclinaison) et de la douleur, associée ou non à des céphalées, voire à des sensations pseudo-vertigineuses (bilan neurologique O.R.L. négatif) :

0 à 8 %

- A l'étage dorsal :

- soit dorsalgie d'effort de bon pronostic ne laissant pas de gêne permanente :

0 %

- soit dorsalgie simple persistante :

0 à 5 %

- En cas de dorsalgie sur cyphose, génératrice de douleurs parfois importantes et surtout d'évolution progressive avec incidence respiratoire, l'avis d'un pneumologue est nécessaire.

- A l'étage lombaire :

Les manifestations fonctionnelles ont en commun :

- leur fréquence ;
- de n'être pas toujours en rapport avec des lésions ostéo-disco-ligamentaires ;
- de s'installer alors qu'il existe assez fréquemment un état antérieur malformatif ou dégénératif latent ou patent.

Les conséquences invalidantes ne sont pas toujours concordantes avec les constatations cliniques, ce qui justifie une analyse soigneuse des antécédents, de la symptomatologie inaugurale et du résultat du traitement.

Certaines professions exposent aux affections chroniques du rachis lombaire.

- Lombalgie simple : **0 %**

Le syndrome douloureux de la région lombaire : correspond au lumbago.

- Lombalgie simple chronicisée : **0 à 8 %**

- Lombalgie avec radiculalgies intermittentes (crurales ou sciatiques) :

Souvent sciatgie intermittente unie ou bilatérale de topographie variable ou bien diffuse. Pathologie persistant après traitement d'un conflit disco-radulaire, exacerbée par tout nouvel effort et constituant une gêne modérée, mais permanente dans le travail et dans tous les gestes de la vie courante :

5 à 15 %

- Lombo-radiculalgies (sciatiques ou crurales) permanentes : **10 à 20 %**

- Lombo-radiculalgies avec signes déficitaires : voir chapitre « Système nerveux ».

- Raideur lombaire douloureuse post-chirurgicale sans algies radiculaires : **0 à 8 %**

- Raideur lombaire douloureuse avec complications neurologiques :

L'avis d'un rhumatologue et/ou d'un neurologue est nécessaire.

- Lombalgies sur état antérieur :

Il s'agit de manifestations douloureuses lombaires sans ou avec algies radiculaires ou même troubles déficitaires neurologiques persistants, mais sur état antérieur de scoliose plus ou moins prononcée, d'anomalie transitionnelle, voire de greffe arthrosique souvent latente.

La difficulté est d'apprécier l'importance de l'état antérieur et son rôle. Egalement, la date d'apparition de ces manifestations douloureuses est difficile à préciser en l'absence d'une pathologie causale inaugurale.

L'avis d'un rhumatologue et/ou d'un neurologue est souhaitable.

- Bassin :

Toute modification de la statique du bassin (congénitale et/ou traumatique) retentit sur l'équilibre rachidien modifiant sa valeur fonctionnelle (voir supra).

Les conséquences neurologiques sont à chiffrer à part : Voir chapitre « Système nerveux ».

- Coccygodynie :

0 à 5 %

IV – TENDINOPATHIES

Atteinte des insertions tendineuses au niveau des jonctions articulaires et de la capsule (origine professionnelle possible pour certaines d'entre elles).

- Tendinite de l'épaule au niveau d'une insertion :

Il s'agit de l'atteinte au niveau de l'insertion d'un des muscles de l'épaule susceptible d'entraîner une gêne permanente dont l'importance doit être évaluée :

0 à 7 %

- Syndrome de la coiffe des rotateurs (ou périarthrite scapulo-humérale) :

Favorisé par les gestes répétitifs et les postures nuisantes.

Peut entraîner une raideur douloureuse de l'épaule jusqu'à l'ankylose (épaule gelée).

Peut guérir chez les sujets avant 40 ans sous réserve d'un traitement pouvant durer deux ans.

Voir raideur articulaire ou ankylose de l'épaule.

- Tendinite de la région du coude (épicondylite – épitrochléite) :

Ces douleurs rebelles sont favorisées par la répétition des gestes. Noter que les douleurs sont quelquefois très vives, mais n'entraînent jamais de raideur.

Caractère souvent chronique et persistant :

0 à 8 %

- Hygroma du coude :

Traitement médical ou chirurgical sans séquelle :

0 %

- Tendinite des insertions du poignet et du carpe :

Ces ténosynovites correspondent à des douleurs chronicisées sans gêne fonctionnelle très importante :

0 à 8 %

- Syndrome du canal carpien ou de la loge de Guyon

Guérison chirurgicale le plus souvent ou séquelles minimales :

0 à 5 %

- Tendinite des autres jointures :

D'une manière générale les tendinites sont responsables de manifestations algiques rebelles entraînant une gêne, mais elles peuvent générer des raideurs, notamment avec déficit à l'extension dont la gêne est variable suivant la localisation : voir chapitre correspondant.

En l'absence de raideur fonctionnellement gênante (raideur minime, mais avec persistance de douleurs appelant un traitement symptomatique) :

0 à 3 %

- Rupture tendineuse

Les séquelles de désinsertion musculaire, de section et de rupture tendineuse sont à apprécier en fonction de la gêne globale et du retentissement fonctionnel.

V – ARTHROPATHIES

En cas d'affection causale complexe, un avis spécialisé auprès d'un rhumatologue ou d'un interniste peut être souhaitable.

V – 1 - ARTHROPATHIES MECANIQUES

Ce sont celles qui affectent les jointures. On peut citer comme origine :

- les traumatismes,
- l'arthrose primitive ou secondaire,
- l'ostéonécrose idiopathique ou secondaire, éventuellement professionnelle,
- les tumeurs bénignes à proximité des petites jointures,
- le cas particulier du Paget avec retentissement articulaire de proximité et lésions du rachis,
- l'hémarthrose récidivante des arthropathies hémophiliques.

Pour fixer le taux, il conviendra de se reporter au paragraphe de chacune des articulations concernées auxquelles on rajoutera le taux de l'affection causale, si cela est nécessaire.

V – 2 - ARTHROPATHIES INFLAMMATOIRES

- Spondylarthrite ankylosante :

Taux à fixer en fonction de l'enraidissement, éventuellement atteinte des hanches (coxite).

- Rhumatisme psoriasique :

Localisation assez fréquemment articulaire distale destructrice (mains, pieds). Le taux est fixé selon les critères de chaque articulation concernée. L'avis d'un rhumatologue est nécessaire.

- Certaines affections appartenant au groupe des maladies de système (voir ce paragraphe).

V – 3 - ARTHROPATHIES DUES A DES MICRO-CRISTAUX

Il s'agit d'un groupe d'atteintes articulaires correspondant à la chondro-calcinose articulaire (CCA), parfois seulement secondaire à une hyperparathyroïdie, à la goutte, au rhumatisme à hydroxy-apatite.

L'atteinte articulaire doit être individualisée du contexte de l'affection principale par ailleurs chiffrée et majorée en conséquence.

Dans les formes idiopathiques qui sont les plus fréquentes, le taux doit tenir compte de la gêne articulaire.

V – 4 - ARTHROPATHIES ASSOCIEES A DES INFECTIONS

- **Arthrite infectieuse** qui en cas de synovectomie chirurgicale laisse un enraidissement articulaire.

- L'arthrite tuberculeuse :

On peut citer encore les séquelles :

- **d'ostéo-arthrite traînante**

- **de spondylodiscite**

Ces dernières sont responsables de douleurs et raideur, d'effondrement vertébral avec gibbosité.

Possibilité de complications neurologiques (médullaires ou radiculaires),
Voir chapitre "Système nerveux".

VI – MALADIES DE SYSTEME (collagénose, maladies auto-immunes).

Ces affections ont en commun une origine inconnue, un mécanisme pathogénique probablement de type auto-immun, des lésions (infiltrats ou nécrose) souvent centrées autour (ou lié à l'atteinte) des petits ou moyens vaisseaux (d'où le terme de vascularite employé pour beaucoup d'entre elles), des stigmates biologiques plus ou moins spécifiques mais toujours en rapport avec un « trouble » du climat immunitaire (auto-anticorps, complexes immuns circulants...) et parfois trompeurs (fausse réaction syphilitique ...), enfin et surtout une atteinte polyviscérale pouvant par définition concerner tous les organes mais principalement les articulations, le rein, la peau, le cœur, le cerveau et les séreuses. Ces atteintes de nature inflammatoire (ou granulomateuse) et/ou nécrotique (vascularites) laissent une cicatrice scléreuse conjonctive d'où le terme ancien de collagénose.

Le pronostic est très variable d'une affection à l'autre, et aussi pour une même affection. Elles évoluent par poussées plus ou moins sensibles à la thérapeutique (corticoïde et/ou immunosuppresseur) et à différents facteurs de rencontre dont certains sont bien connus (grossesse dans le lupus, certaines infections) d'autres beaucoup moins (stress, médicaments, etc.). Beaucoup de ces affections - et surtout les plus fréquentes (lupus) - comportent des manifestations articulaires, incidentes ou prévalentes. Cela explique la présence ici de ces affections.

Les maladies concernées (liste qui n'est pas exhaustive). Certaines - en italique - sont traitées dans les autres chapitres du barème et ne sont pas concernées ici.

POLYARTHRITE RHUMATOÏDE,
ARTHRITE CHRONIQUE JUVENILE (MALADIE DE STILL),
MALADIE DE STILL DE L'ADULTE (IDENTIQUE POUR CERTAINS AU SYNDROME DE WISSLER-FANCONI),
LUPUS ERYTHEMATEUX DISSEMINÉ,
SCLERODERMIE,
FASCIITE AVEC EOSINOPHILIE,
DERMATOPOLYMYOSITE,
SYNDROME DE GOUGEROT SJÖGREN,
SYNDROME DE SHARP,
PERIARTERITE NOUEUSE SYSTEMIQUE,
ANGÉITE GRANULOMATEUSE ALLERGIQUE DE CHURG ET STRAUSS,
GRANULOMATOSE DE WEGENER ET VASCULARITES PULMONAIRES APPARENTÉES, SYNDROME DE GOODPASTURE,
MALADIE DE HORTON,

MALADIE DE TAKAYASU,
 MALADIE DE BUERGER,
 POLYCHONDRITE ATROPHIANTE,
 SYNDROME DE COGAN,
 PURPURA VASCULAIRE,
 URTICAIRE SYSTEMIQUE,
 SARCOÏDOSE,
 MALADIE DE BEHÇET,
 MALADIE PERIODIQUE,
 MALADIE DE MOSCHCOWITZ,
 LYMPHADENOPATHIES ANGIOIMMUNOBLASTIQUES (MALADIE DE CASTELMAN), auxquelles on pourraient ajouter :
 LA MALADIE DE WHIPPLE,
 LES MANIFESTATIONS AUTO-IMMUNES ACCOMPAGNANT PARFOIS DES AFFECTIONS PLUS DELIMITEES (MALADIE DE CROHN, RECTOCOLITE HEMORRAGIQUE, ETC.),
 LES HEPATITES AUTO-IMMUNES....

Le taux d'invalidité sera fixé en se référant

1/ Aux critères en vigueur dans les différentes spécialités (hématologie, pneumologie, dermatologie, néphrologie, neurologie, psychiatrie...) en fonction de l'organe atteint.

2/ Cependant cette évidence mérite d'être nuancée : compte-tenu des connaissances actuelles le diagnostic peut être précoce (malheureusement souvent encore beaucoup trop tardif cependant) alors que l'atteinte viscérale est modérée. Il conviendra pour chaque affections lorsque cela est connu :

- de noter les éléments du pronostic, généralement fonction de la nature de ou des organes atteints, de l'intensité de l'atteinte et de la réponse à la thérapeutique (la plupart de ces affections comportent une courbe actuarielle de survie).

- de prendre en compte la iatrogénie : de nombreuses affections requièrent l'utilisation au long cours du cyclophosphamide (risque de carcinogénese ultérieure entre autre) et presque toutes les corticoïdes.

Dans ces conditions, il sera nécessaire de faire appel à un spécialiste, le plus souvent un interniste, d'autant que les progrès thérapeutiques sont constants voire parfois spectaculaires.

On peut citer les pathologies suivantes :

- Lupus érythémateux disséminé :

- | | |
|----------------------------------|------------------|
| - moins de 4 critères de l'ARA : | 15 à 30 % |
| - avec hématokrite < 30% : | 50 à 60 % |

- Maladie de Still :

- | | |
|---|------------------|
| - (5 critères de la classification de Yamagushi), forme modérée : | 10 à 20 % |
| - maladie de Still avec polyarthrite et atteinte articulaire proximale dans les 6 premiers mois : | 15 à 30 % |
| Pour les formes chroniques d'emblée avec manifestations systémiques : avis | |

du spécialiste nécessaire.

- Dermatomyosite-polymyosite :

- forme modérée : **15 à 30 %**
- forme sévère avec lésions vasculaires à la biopsie musculaire : **50 à 60 %**

- Sclérodermie systémique :

- formes diffuses avec atteinte cutanée des racines des membres et du tronc : **50 à 60 %**
- sclérodermie systémique avec sclérose distale : **30 à 50 %**

- Maladie de Gougerot Sjögren :

En l'absence de complication viscérale ou de lymphome : **5 à 10 %**

- Périartérite noueuse :

Pronostic fonction du FFS (Five Factors Scores), cardiomyopathie, atteinte du système nerveux central, atteinte sévère du tube digestif, insuffisance rénale et créatinine supérieur à 140 µmol/l et protéinurie supérieure à 1 g.

- FFS = 0 : **15 à 30 %**
- FFS = 1 (1 seul critère présent) : **30 à 50 %**
- FFS = 2 (1 critère ou plus) : **50 à 60 %**

- Maladie de Wegener :

- formes localisées (tractus respiratoire supérieur) : **30 à-50 %**
- avec complications (cardio-vasculaires, rénales, etc...), nécessité d'un avis spécialisé : **50 à 60 %**

CHAPITRE XIV

APPAREIL GENITO-URINAIRE

I – PATHOLOGIES D'ORGANES

I – 1 - REIN

I – 1 – 1 - NEPHRECTOMIE OU NEPHRO-URETERECTOMIE AVEC REIN CONTROLATERAL SAIN :

L'évaluation doit se faire à douze mois en demandant une clearance de la créatinine, un dosage sanguin de la créatinine, une prise de la tension artérielle, une recherche de protéinurie dans les urines.

- Pour affection médicale :

(tumeur maligne, sclérose tubéreuse de Bourneville, lithiase rénale...)

S'il n'existe aucun signe d'insuffisance rénale, et seulement une cicatrice de lombotomie ou abdominale :

0 à 5 %

Dans le cas de tumeur maligne, l'avis d'un oncologue peut être nécessaire.

- Pour traumatisme rénal :

En l'absence d'hypertension artérielle secondaire eu égard au retentissement psychologique de cette néphrectomie traumatique :

5 à 15 %

I – 1 – 2 - NEPHRECTOMIE PARTIELLE, POLAIRE SUPERIEURE OU INFERIEUR, TUMORECTOMIE, KYSTECTOMIE, SURRENALECTOMIE.

- Pour affection médicale ou traumatique n'ayant détruit qu'une partie parenchyme : **0 %**

- Pour tumorectomie ou ablation de calcul par voie endoscopique (urétéroscopie, néphro-lithotomie per-cutanée), en l'absence de complications : **0 %**

I – 1 – 3 - CICATRICE DE LOMBOTOMIE, DE THORACOLAPAROTOMIE, DE LAPAROTOMIE

- Cicatrice souple sans aucune éventration ou affaiblissement pariétal : **0 %**

- Affaiblissement pariétal avec éventration peu prononcée : **0 à 10 %**

- En cas d'hypoesthésies en «raquettes» de la paroi, le **taux peut être augmenté de : 5 %**

- Grande éventration supérieures à quinze centimètres, non opérable : **20 %**

I – 2 - URETERE

L'abord chirurgical de l'uretère pelvien, iliaque ou pyélique pour le traitement de la lithiase urinaire ou pour la réparation de la jonction pyélo-urétérale ne justifie pas un taux en l'absence de sténose cicatricielle responsable d'une dilatation du haut appareil qui sera visible à l'échographie rénale ou sur les clichés d'urographie intraveineuse.

- Cependant, la cicatrice iliaque ou lombaire en cas d'éventration peut justifier : **0 à 5 %**

La chirurgie de remplacement de l'uretère par iléo-urétéroplastie dans la fibrose rétro-péritonéale, les sténoses iatrogènes de l'uretère, les tumeurs urothéliales de la voie excrétrice, la tuberculose urinaire ne sont justiciables d'un taux que dans le cas où cette chirurgie induit un trouble du transit digestif : **0 à 10 %**

Le reflux vésico-rénal opéré ou non avec moins de deux infections urinaires par an, sans signes d'insuffisance rénale n'est pas justiciable d'une invalidité.

I – 3 - VESSIE

- **Cystectomie partielle** pour tumeurs de vessie entraînant par la réduction de capacité vésicale une pollakiurie objectivée par la débimétrie : **0 à 5 %**

- **Cysto-prostatectomie totale** pour tumeurs malignes de vessie avec remplacement de vessie par entéro-cystoplastie en l'absence de fuites urinaires : **5 à 15 %**
(nécessité de pratiquer dans certains cas des lavages de vessie voire des autos ou hétéro- sondages).

- **Instillations endo-vésicales de BCG ou d'amétycine, radiothérapie externe ou radio chimiothérapie pour le traitement des tumeurs** de vessie en fonction de la réduction de capacité vésicale avec une dysurie, pollakiurie diurne et nocturne : **0 à 20 %**

- **Cystite chronique incrustante, interstitielle, rebelle aux traitements**, entraînant une pollakiurie, des cystalgies, des douleurs pelviennes, urétrales, prostatiques : **20 à 25 %**

- **Rupture post-traumatique de vessie** :
- **Intra-péritonéale opérée par suture simple** : **0 %**
(exceptées les séquelles liées à la cicatrice cutanée).
 - **Sous-péritonéale non opérée** : **5 à 10 %**
en fonction des douleurs ou de la gêne à uriner :

- Cystocèle :

- cystocèle modérée avec impériosité, pesanteur pelvienne : **5 à 10 %**
- cystocèle invalidante à la vulve avec fuites urinaires ou rétention chronique, infections urinaires à répétition : **15 à 20 %**

I – 4 - PROSTATE

- En cas de troubles dysurique avec débimétrie < 10 ml/s, pollakiurie diurne ou nocturne pour tumeurs bénignes (hyperplasie bénigne de la prostate) ou malignes (adénocarcinome) de la prostate : **0 à 5 %**
- Fuites urinaires permanentes après chirurgie de la prostate pour adénome ou adénocarcinome (en fonction du poids des couches souillées et du catalogue mictionnel) : **5 à 15 %**
- Incontinence urinaire permanente : **30 %**
 - en cas de mise en place d'un sphincter artificiel urinaire : **10 %**
- Radiothérapie ou brachythérapie pour le traitement d'un adénocarcinome de prostate, en cas de dysurie, de pollakiurie avec brûlures, ténesme rectal et selon l'intensité des troubles : **5 à 20 %**

I – 5 - URETRE

- Dysurie, pollakiurie, rétention chronique d'urines en rapport avec une sténose de l'urètre d'origine infectieuse, iatrogène, traumatique ou tumorale, avec dilatations de l'urètre itératives d'un nombre supérieur à 6 par an : **20 %**
- Diminution nette du débit urinaire (inférieur à 10ml/s), avec une à deux dilatations par an : **5 à 10 %**

I – 6 - BOURSES

En cas de retentissement psychologique, l'avis d'un psychiatre est souhaitable.

- **Torsion du testicule :** **0 à 5 %**
- **Castration unilatérale :** **0 à 5 %**
- **Castration bilatérale** nécessitant un traitement hormonal substitutif : **10 %**

La chirurgie de l'hydrocèle, de la stérilité masculine n'entraîne pas d'invalidité.

I – 7 - VERGE

En cas de retentissement psychologique , l'avis d'un psychiatre est souhaitable.

- **Chirurgie de la verge pour épispadias ou hypospadias** en fonction de la gêne à uriner objectivée par la débimétrie : **5 à 10 %**
- **Amputation de verge** : **15 à 30 %**
- **Emasculat**ion totale : **60 %**

I – 8 - CHEZ LA FEMME

En cas de retentissement psychologique, l'avis d'un psychiatre est souhaitable.

- **Dyspareunie, frig**idité, algie pelvienne secondaire à un traumatisme : **5 à 10 %**
- **Sé**quelles de fistule vésico-vaginale, recto-vaginale : **10 à 30 %**

II – LES DERIVATIONS URINAIRES DEFINITIVES

II – 1 - NEPHROSTOMIES

- **Nephrostomie unilatérale définitive** : **25 à 30 %**
- **Néphrostomie bilatérale** : **35 à 45 %**

II – 2 - DERIVATIONS URINAIRES EXTERNES

- **Urétérostomie cutanée définitive avec sonde urétérale, collecteur et poche** :
 - unilatérale : **15 à 25 %**
 - bilatérale : **20 à 35 %**
- **Urétérostomie cutanée trans iléale sans sonde type BRICKER** : **15 à 20 %**
- **Cystostomie définitive** : **10 à 20 %**

II – 3 - DERIVATIONS URINAIRES TRANS-SIGMOÏDIENNES

Du type intervention de Coffey, avec régime d'alcalinisation permanente des urines, urines mélangées aux selles : **40 %**

III – VESSIE NEUROLOGIQUE

- À la suite de fracture du rachis cervical, dorsal ou lombo-sacré, selon la hauteur du syndrome lésionnel, une vessie flasque ou spastique peut nécessiter en raison de la rétention chronique d'urines ou de fuites urinaires la pratique d'auto ou hétéro-sondage pouvant aller de trois à six dans la journée : **10 à 25 %**

La mise en place de stimulateur neuro-sacré ou de sphincter artificiel urinaire peut améliorer les séquelles et justifier de **diminuer le taux de 5 %**

- Agrandissements de vessie pour vessie hyperactive par entéroplastie d'agrandissement : **5 à 15 %**

- Sonde à demeure à changer tous les deux mois : **20 à 25 %**

La pathologie médullaire entraînant des troubles urinaires par vessie neurologique (hémiplégie, paraplégie, tétraplégie, syndrome de la queue de cheval, d'un canal lombaire étroit, hernie discale) opérée ou non, aura un **taux d'invalidité global** au titre des complications neurologiques si les séquelles urologiques ne sont pas isolées.

IV – INCONTINENCE URINAIRE

- Incontinence urinaire avec fuites urinaires épisodiques à l'effort, au rire, à la toux nécessitant le port épisodique d'une garniture quotidienne : **0 à 5 %**

- Fuites urinaires régulières avec nécessité de protection de 2 à 4 par jour, fuites entre 10 et 30g : **5 à 15 %**

- Incontinence urinaire absolue nécessitant une protection permanente : **30 %**

- Infections urinaires à répétition avec plus de cinq ou six épisodes par an nécessitant un traitement antibiotique prolongé discontinu ou continu avec cystite chronique, rétention chronique d'urines : **0 à 15 %**

V – INSUFFISANCE RENALE

Elle concerne toutes les atteintes du parenchyme rénal : glomérulopathies, tubulopathies, néphrites tubulo-interstitielles aiguës ou chroniques,

pyélonéphrites.

Elle doit être objectivée par un dosage de l'urée, de la créatinine et une clearance de la créatinine, une numération formule sanguine.

- Clearance de la créatinine entre 60 et 80 ml/mm, avec HTA égale ou inférieure à 14/9 : **0 à 10 %**
- Clearance de la créatinine entre 30 et 60 ml/mm avec HTA dont la minima est égale ou inférieure à 12, avec asthénie et régime médical : **10 à 25 %**
- Clearance de la créatinine entre 15 et 30 ml/mm : **25 à 35 %**
- Hémodialyse chronique en centre, en autodialyse, ou au domicile, selon le retentissement de l'anémie, selon les problèmes cardiaques et/ou ostéo-articulaires à l'origine de contraintes : **40 à 60 %**
- Transplantation rénale avec bonne tolérance aux traitements corticoïdes et immunosuppresseurs : **10 à 20 %**

A

abcès cutané.....	111
achalasie	101
acnée chlorée	117
acouphène.....	74
acromégalie	43
acrosyndrome	93
acuité visuelle (diminution de l').....	64
Addison (maladie d').....	40
adénome hypophysaire	42
adénopathie.....	35
adhérences post-opératoires.....	106
alacrymie	71
algie vasculaire de la face.....	77
algodystrophie	60
alopécie totale.....	117
alvéolite	100
amégacaryocytose.....	37
amibiase.....	11, 14
amputation.....	120, 124
amygdale (tumeur maligne).....	18
anémie	33
anévrisme.....	91
angiocholite	106
angio-neurotiques (atteintes)	93
angor.....	85
anguillulose.....	11
aniridie.....	69
ankylose articulaire.....	120, 125
ankylostomiase	11
anosmie.....	73
anosognosie	52
anus.....	104
tumeur maligne	21
anxieux (troubles).....	48
aorte.....	91
aphakie	70
aphasie	56
aphonie	77
aplasie médullaire.....	33
appareil digestif	101
tumeur.....	101
tumeur maligne	20
artérielles (atteintes)	91
arthrite infectieuse	134
arthropathie.....	133
inflammatoire.....	134
mécanique	133
micro-cristalline	134
arthropodes	13
arythmie	88
asbestose.....	99
ascariadiase	11
asialie.....	18
asthme.....	98
astrocytome.....	29
atopie	115

audition (déficience de l').....	74
avant-bras (amputation)	120

B

Basedow (maladie de).....	39
bassin	132
bassinnet(tumeur maligne).....	28
bipolaire (trouble).....	48
blépharospasme	71
borréliose	14
bouche	79
tumeur maligne	16
bourdonnement	74
bourses.....	140
Bouveret (maladie de)	88
bras (amputation).....	120
brides	106
bronche	
atteinte des	97
tumeur maligne	22
bronchectasie	97
bronchite chronique	97
Brown Sequard (syndrome de)	54
brucellose.....	14

C

cacosmie	73
calcul	106, 138, 139
canal carpien (syndrome du).....	133
cardiomyopathie	87
cartilage (tumeur maligne).....	23
castration (homme)	140
cécité.....	65
cérébelleux (syndrome).....	55
cerveau(tumeur maligne)	29
cervical (rachis)	130
cervico-brachiale (névralgie)	59
Chagas (maladie de)	13
champ visuel (atteinte du).....	65
charbon	12
cheville	
ankylose	125
laxité	127
cholangite sclérosante primitive	107
choléra	11
chondro-calcinose articulaire.....	134
chromatique (troubles du sens)	69
cicatrice	118
paupières.....	71
cicatrices.....	105
circonflexe (paralysie du nerf)	58
cirrhose hépatique.....	107
Claude Bernard Horner (syndrome de).....	58, 69
cloison nasale (perforation)	72
coagulation (pathologies constitutionnelles).....	37
coccygodynie	132
cœur (tumeur maligne).....	23
coiffe des rotateurs (syndrome de la).....	132

col de l'utérus (tumeur maligne)	26
collagénose	135
colon	103
tumeur maligne	21
colostomie	105
conduites addictives.....	46
conduites alimentaires (troubles des).....	50
Conn (syndrome de)	40
conversion (manifestations de)	49
coprostase	54
coqueluche.....	12
cordectomie	20
Costen (syndrome de).....	78
coude	
ankylose	121
hygroma	133
raideur	122
tendinite	132
crane	129
cranio-hydrorrhée	73
cristallin	70
Crohn (maladie de)	104, 105
crural	
paralysie du nerf	58
radiculalgie	131
cubital (paralysie du nerf).....	58
cuisse (amputation).....	124
Cushing (maladie de).....	40
cyphose dorsale	130
cystectomie	139
cysticercose	13
cystite.....	139
cystocèle	140
cysto-prostactectomie	139
cystostomie	141
cytomégalovirus.....	12

D

déglutition (troubles de la).....	52, 78
délire.....	47
déméntiel (syndrome)	56
déméntiels (états).....	46
dengue	13
dentaires (séquelles)	79
dépressif (état)	47
dérivations urinaires	141
dermatite herpétiforme	113
dermatomyosite	137
dermatose bulleuse	112
dermatose infectieuse	111
dermite.....	113, 114
dévitalisation dentaire.....	80
diabète	43
diabète insipide.....	42
dialyse.....	143
dilatation des bronches	97
diphthérie.....	12
diplopie.....	68
distomatoses	13

doigt	
amputation ou ankylose.....	123
raideur	123
dorsal (rachis)	130
dorsalgie	130
drépanocytose	34
duodénum	103
dysarthrie	52, 55
dysérythropoïèse	34
dyshidrose.....	114
dyslipidémie.....	44
dysosmie	73
dysphagie	78
dysphonie.....	77
dystonie.....	55
dystrophie thyroïdienne	38
dysurie	139, 140

E

ectropion.....	71
eczéma	113
édentation	80
émasculation	141
emphysème	97
encephalites virales.....	13
entérostomie.....	105
entropion.....	71
épaule	
ankylose	121
raideur	121
tendinopathie.....	132
épicondylite	132
épilepsie.....	62
épispadias	141
épithélioma	24
épitrochléite	132
équilibration (troubles de l').....	75
équinisme.....	129
érysipèle.....	12, 111
érysipéloïde.....	112
érythème polymorphe	116
érythème toxique	116
érythroblastopénie	33
estomac	103
tumeur maligne	20
éventration	105, 139

F

face	129
fibrose pleurale	100
fibrose pulmonaire.....	100
fièvre jaune	13
fièvres virales hémorragiques	13
filarioses	13
fistule labyrinthique	75
fistule recto-vaginale.....	141
fistule salivaire.....	18, 80
fistule vésico-vaginale	141
foie	

cirrhose	107
hépatite	108
traumatisme.....	106
tumeur maligne	22
follicile pilo-sébacé	117
fosses nasales (tumeur maligne)	19
frontal (syndrome).....	56

G

Ganser (syndrome de).....	49
gastrectomie.....	21
gastrostomie.....	105
génito-urinaire (appareil).....	138
genou	
ankylose	125
laxité	127
prothèse.....	127
raideur	126
giardiasse	11
glande salivaire (tumeur maligne)	18
glomérulopathie	143
glossopharyngien (nerf)	61
goitre thyroïdien	38
goitre toxique.....	39
gonalgie	129
Gougerot Sjögren (maladie de).....	137
goutte	44, 134
grand hypoglosse (nerf)	61
grêle court.....	104
grippe.....	12
Günther (maladie de).....	34

H

hanche	
amputation au niveau de la	124
ankylose	125
instabilité	127
prothèse.....	127
raideur	125
hémarthrose	134
hématologie	33
hémianopsie.....	52, 66
hémiplégie	51
hemispasme facial.....	76
hémochromatose.....	45, 107
hémodialyse.....	143
hémoglobulinopathie	34
hémophilie	37
hémostase (troubles de)	37
hémothorax	96
hépatite	
auto-immune	110
médicamenteuse.....	109
virale	108
hernie d'effort	105
hernie discale (conflit disco-radulaire)	131
herpès	111
hétérophorie.....	68
histiocytose	100

histiocytose maligne	35
Hodgkin (maladie de)	36
humeur (troubles de).....	47
hydatidose.....	13
hydrocèle	141
hygroma	133
hyperandrogénie	41
hypercholestérolémie.....	44
hyperéosinophilie.....	36
hyperleucocytose	36
hyperlymphocytose	35
hyperparathyroïdie	39
hypertension artérielle	91
hyperthyroïdie.....	39
hyperuricémie	44
hypogonadisme	41
hypoparathyroïdie	39
hypopharynx (Tumeur maligne)	19
hypophyse	41, 42
hypopituitarisme antérieur	41
hypopituitarisme postérieur	42
hyposialie.....	18
hyposmie.....	73
hypospadias	141
hypothyroïdie.....	39
hystériques (troubles).....	49

I

iléostomie	105
impétigo	112
implant dentaire	80
incontinence anale	54
incontinence urinaire	142
index	
amputation ou ankylose.....	123
raideur	123
infarctus du myocarde.....	85
infection à virus lents.....	13
instabilité articulaire	127
insuffisance artérielle.....	91
insuffisance cardiaque.....	83
insuffisance hypophysaire.....	41
insuffisance rénale	142
insuffisance respiratoire chronique	95
insuffisance surrénalienne.....	40
insuffisance thyroïdienne	39
insuffisance veineuse	92
intestin	103
intestin grêle	
grêle court	104
tumeur maligne	21
ischémie cardiaque.....	85

J

jambe (amputation).....	124
jéjuno-iléite.....	104

K

kaposi (sarcome de).....	24, 25
--------------------------	--------

Klinefelter (syndrome de)..... 41

L

lagophthalmie 71
 langage (troubles du) 56
 langue
 amputation 80
 paralysie..... 76
 tumeur maligne 17, 18
 laparotomie 138
 larmolement 70
 laryngectomie 20
 larynx (tumeur maligne) 20
 latex 114
 laxité rotulienne 127
 Ledderhose (maladie de) 129
 leishmaniose 11, 13
 lèpre 14
 leptospirose..... 12
 leucémie 35
 leucémie à éosinophile..... 35
 leucémie myéloïde chronique 35
 leucémie myélo-monocytaire chronique 35
 lèvre 80
 tumeur maligne 16
 lichen plan 115
 listériose 14
 lithias biliaire 106
 lithias rénale..... 138
 lithias urinaire 139
 lobectomie pulmonaire 23, 96
 loge de Guyon (syndrome de la)..... 133
 lombaire..... 130
 raideur 131
 lombalgie 131
 lombo-radicalgie..... 131
 lombotomie 138
 lupus érythémateux chronique 118
 Lupus érythémateux disséminé..... 137
 Lyme (maladie de)..... 14
 lymphome de burkitt..... 36
 lymphome gastrique..... 21
 lymphome lymphoblastique..... 36
 lymphome malin non hodgkinien..... 36
 lymphome primitif du SNC 29
 lymphomes périphériques et cutanés 24
 Lynch (maladie de)..... 31

M

macroglobulinémie de Waldenström 35
 main
 amputation 120
 ankylose 121
 raideur 123
 maladie auto-immune 135
 maladie de système 135
 maladie parasitaire..... 11, 13
 maladie virale 11, 12
 malarie 80

malvoyance 65
 mandibule 79, 81
 manie chronique..... 47
 Marchiafava-Micheli (syndrome de) 33
 masticatoires (séquelles)..... 78
 maxillaire 79, 80
 médian (paralysie du nerf) 58
 médiastin(tumeur maligne) 23
 médio-tarsienne
 ankylose 125
 raideur 126
 médullaire (atteinte)..... 53
 mégaoesophage..... 101
 mélanome..... 24
 membre inférieur 124
 atteinte isolée d'origine médullaire..... 53
 paralysie 58
 membre supérieur
 atteinte isolée d'origine médullaire..... 53
 paralysie 57
 membres supérieurs 120
 mémoire (trouble de la) 56
 méninges(tumeur maligne)..... 29
 méningites virales 13
 ménisque 128
 mésothéliome 25
 métaboliques (maladies) 44
 microsphérocytose héréditaire 33
 Minkowski et Chauffard (maladie de) 33
 mononucléose infectieuse 11, 35
 monoplégie 51
 musculo-cutané (paralysie du nerf)..... 58
 mycose 11
 mycosis fongoïde 24
 Mycosis fongoïde..... 36
 mydriase aréflexique 69
 myélofibrose primitive..... 35
 myélome multiple 35
 myéloprolifératif (syndrome)..... 34
 myocardiques (atteintes)..... 85

N

néphrectomie 28, 138
 néphrite interstitielle 143
 néphrostomie 141
 nerf alvéolaire 76, 77
 nerf lingual..... 76
 nerf sous-orbitaire 76
 neutropénie 36
 névralgie cervico-brachiale..... 59
 névralgie du trijumeau 60
 névralgie sciatique 59
 névrose à composante dépressive 47
 névrose d'angoisse 48
 névrose obsessionnelle..... 49
 névrose traumatique..... 49
 névrotiques (troubles) 48
 nez 72
 nodule thyroïdien 38, 39

O

obésité.....	45
obsessionnels (troubles).....	49
obturateur (paralysie du nerf)	58
oculaire (paralysie)	69
oculomotricité (troubles de).....	68
oesophage	
dyskinesie	101
sténose	102
tumeur maligne	20
oesophagite	101
olfaction (troubles de l').....	73
onchocercose	13
ongle	112, 117
onyxis	112
oreillons	11
organes génitaux	
tumeur maligne	26
organes génitaux(tumeur maligne).....	27
oropharynx(tumeur maligne)	18
orteil	128
amputation	124
os (tumeur maligne).....	23
ostéonécrose	133
otite.....	74
otorrhée.....	74
ovaire (tumeur maligne)	27
oxyurose	11

P

Paget	134
palais.....	79
paralysie du voile du	76
tumeur maligne	17
paludisme.....	11
panaris	111
pancréas (tumeur maligne).....	22
pancréatite	110
papulo-squameuses (lésions)	115
paralysie faciale	76
paralysie radiculaire inférieure	57
paralysie radiculaire supérieure	57
paraparésie.....	53
paraphrénie	47
paraplégie	53
parapsoriasis	115
parathyroïde (pathologie de la).....	39
parathyroïdectomie	39
parkinsonien (syndrome)	63
paroi abdominale	105
parotide (tumeur maligne)	17
parotidectomie	17
patellectomie	128
paupière	71
peau (tumeur maligne).....	23
pelade décalvante	117
pemphigoïde bulleuse	113
pemphigus.....	112

périartérite noueuse.....	137
périarthrite scapulo-humérale	132
péricardiques (atteintes).....	84
périonyxis	112
perte de sel (syndrome de).....	41
peste.....	12
pharyngectomie.....	19
phéochromocytome.....	40
phobiques (troubles)	48
phonatoire (troubles de la fonction).....	77
photophobie	71
photo-rémanence.....	114
photosensibilisation.....	113
pied	128
placenta (tumeur maligne)	27
plantalgie	129
plaque pleurale.....	100
pleurésie.....	100
plèvre	
tumeur maligne	23
plèvre	
atteinte de la	100
pneumoconiose	100
pneumnectomie.....	96
pneumothorax	100
poignet	
ankylose	121
raideur	122
tendinite	133
poliomyélite aiguë	13
polyglobulie essentielle.....	34
polymyosite.....	137
porphyrie.....	34
porphyrie cutanée tardive	117
post-commotionnel (syndrome)	61
potomanie	42
pouce	
amputation ou ankylose.....	123
raideur	123
poumon	99
exérèse lobaire	23
Pourfour-du-Petit (syndrome de)	58
prolactinome	43
prostate	140
tumeur maligne	27
prothèse articulaire	127
protoporphyrine	34
pseudo-bulbaire (syndrome)	52
pseudophakie	70
pseudo-Willebrand.....	37
psoriasis	115
psychose hallucinatoire.....	47
psychose maniaco-dépressive	48
psychosyndrome traumatique	49
psychotiques (troubles).....	46
ptosis.....	71
pulmonaire (atteinte).....	99
purpura.....	37
pyramidal (syndrome).....	51

Q

quadriparésie	53
queue de cheval (syndrome de la).....	54

R

rachidien (syndrome post-traumatique)	63
rachis	130
radial (paralysie du nerf).....	58
radiodermite.....	116
raideur articulaire	121, 125
rate.....	35, 106
rectocolite hémorragique	104
rectum.....	104
rectum (tumeur maligne)	21
récurrent (paralysie).....	77
reflux gastro-oesophagien.....	101
reflux vésico-rénal	139
rein.....	138
tumeur maligne	28
retard mental	50
rhinite	72
rhinopharynx (tumeur maligne)	18
rhumatisme psoriasique	134
rickettsiose.....	14
rotule.....	127
rougeole	11
Rouget du porc (maladie de)	112
rubéole	11
rythme cardiaque (troubles du).....	88

S

salmonellose	14
sarcoïdose	99, 118
sarcome de kaposi.....	24, 25
schistomiase.....	13
schizophrénie.....	46
sciatique	
névralgie	59, 131
paralysie du nerf	58
sclérodémie	118
sclérodémie systémique.....	137
scotome.....	68
sein (tumeur maligne)	25
Sézary (syndrome de)	36
shigellose	14
SIDA.....	12, 15
sinus (tumeur maligne)	19
sinus piriforme (tumeur maligne)	19
sinusite	73
somatoformes (troubles)	50
sous-astragaliennne	
ankylose	125, 128
raideur	126
sous-scapulaire (paralysie du nerf)	57
sphinctériens (troubles).....	54
spinal (nerf)	61
splénectomie	106
splénomégalie	35

splénomégalie myéloïde.....	35
spondylarthrite ankylosante	134
spondylodiscite	134
staphylocoque	14
sténose conduit auditif externe.....	73
sténose nasale	72
sténose trachéale.....	97
sténose urétérale	139
sténose urétrale	140
Still (maladie de)	137
stimulateur intracorporel cardiaque	88
streptocoques	14
surdité	74
surrénale	
pathologies de la	40
tumeur maligne	30
symlépharon.....	71
sympathique cervical	
paralysie du	58
syndrome d'excitation	58
Syndrome d'immunodéficience acquise	12, 15
syndrome obstructif	95
syndrome restrictif	95
syringomyélie.....	54

T

tachycardie.....	88
tarso-métatarsienne (amputation).....	124
tendinopathie	132
tendon (rupture)	133
téniase.....	11
testicule	
torsion	140
tumeur maligne	28
tétraplégie	53
thalamique (atteinte)	52
thalassémie.....	34
thoracoplastie (séquelles de).....	96
thoracotomie (séquelles).....	96
thorax (séquelles post-traumatiques)	96
thrombocytémie essentielle.....	34
thrombopathie	37
thrombopénie	37
thymus (tumeur maligne)	23
thyroïde.....	38
tumeur maligne	30
thyroïdectomie	38
thyroïdite.....	38
tibio-tarsienne	
ankylose	125, 128
désarticulation.....	124
raideur	126
tonus (troubles du).....	55
torticolis spasmodique	56
toxidermie.....	114
trachée	97
tumeur maligne	22
trachéotomie	77, 97
trachome	14

transplantation rénale.....	143
tremblements	55
trichinose	13
trichocephalose.....	11
trijumeau (nerf).....	60
troubles du transit	103
trypanosomiase	13
tuberculose.....	14
tubulopathie.....	143
tularémie.....	12
tumeur bénigne	31
tumeur maligne.....	16
tumeur maligne in situ	31
Turner (syndrome de).....	41
typhoïde	14

U

ulcère gastro-intestinal.....	103
uretère.....	139
tumeur maligne	28
urétérostomie	141
urètre.....	140
tumeur maligne	29
urticaire.....	114
utérus (tumeur maligne).....	27

V

vagin (tumeur maligne).....	26
valvulopathie	89
Vaquez (maladie de).....	34

varicelle	11, 111
veineuse (atteintes)	92
ventilation nasale	72
verge	141
tumeur maligne	27
Verneuil (maladie de)	105
vertiges	75
vésicule biliaire.....	106
tumeur maligne	22
vessie	139
neurologique	142
rupture traumatique.....	139
tumeur maligne	28
VIH.....	12, 14, 24, 25
vision (perte de la)	65
voix (troubles de la).....	77
Von Hippel Lindeau (maladie de)	31
vulve (tumeur maligne).....	26

W

Waldenström (macroglobulinémie de).....	35
Wegener (maladie de).....	137
Wilson (maladie de).....	107

Y

yersiniose	14
------------------	----

Z

zona	13, 111
------------	---------