

Accueil > Textes non codifiés > Arrêté Ministériel

Arrêté ministériel du 14/01/1947 fixant le taux d'incapacité des victimes d'accidents du travail

Vu la **loi n° 445 du 16 mai 1946**, modifiant la loi n° 141 du 24 février 1930 sur la déclaration, la répartition et l'assurance des accidents du travail ;

Article 1 .- Conformément aux dispositions du 3e alinéa du § 3, **article 3, de la loi n° 445**, susvisé le taux d'incapacité des victimes d'accidents du travail est déterminé d'après la nature de l'infirmité suivant le barème indicatif annexé au présent arrêté.

ANNEXE

Principes généraux servant à l'application du présent barème

Le présent barème doit être, suivant l'intention formelle du législateur, un barème indicatif. Chaque pourcentage d'invalidité comporte, sauf en certains cas prévus et exceptionnels, un taux minimum et un taux maximum. L'un et l'autre de ces taux ne sont que des taux normaux proposés à l'expert et au juge, compte étant tenu à la fois des professions courantes et des degrés de gravité les plus fréquents.

Dans la grande majorité des cas, le taux d'incapacité pourra être fixé en tenant compte des taux inscrits dans le barème ; on évitera ainsi les divergences parfois trop grandes entre des cas à peu près semblables. Mais il arrivera qu'en raison de l'influence particulière de certains facteurs, notamment l'âge de la victime et la nature de la profession, etc., en raison des caractères particuliers de certaines lésions et aussi de manifestations pathologiques non prévues dans le barème qui ne peut tout comprendre, les experts et le juge pourront tout en s'en inspirant comme guide, proposer et décider d'appliquer un taux spécial.

Le présent barème conservera ainsi le caractère de barème indicatif d'invalidité ayant une valeur d'orientation que le législateur a entendu lui donner.

I. — Infirmités multiples

Définition

On appelle infirmités multiples des infirmités intéressant des membres, des segments de membres ou des organes différents.

Les divers reliquats d'une même lésion ne sont pas considérés comme des infirmités multiples.

Par exemple, une lésion d'un membre, plus une lésion d'un œil, peuvent laisser des infirmités multiples. Il en est de même d'une lésion du bras gauche, plus une lésion du bras droit.

Une lésion de la rotule peut laisser de l'arthrite, des mouvements anormaux, une raideur du genou et des articulations sus et sous-jacentes, de l'atrophie musculaire, des troubles vasculaires, etc... Il s'agit alors d'une seule et même infirmité.

I. — Infirmités multiples

Méthode à suivre

Le barème indique fréquemment le taux de la réduction globale de capacité résultant de la coexistence de plusieurs lésions. Lorsque l'existence simultanée de deux ou plusieurs lésions n'est pas prévue par le barème, le taux de la réduction globale de capacité ne doit jamais être déterminé par l'addition pure et simple des taux partiels considérés isolément. Ce procédé mène le plus souvent à des résultats qui sont en contradiction certaine avec les données de l'examen clinique.

La méthode à suivre est différente suivant que le cas examiné appartient à l'un ou à l'autre des deux groupes suivants :

- * 1° Les lésions intéressent des organes différents, mais associés à la même fonction.

Telles sont les lésions des deux yeux, des deux oreilles, des deux maxillaires, lesquelles sont prévues au barème et par conséquent ne sont indiquées ici que pour fixer les idées.

Mais telles sont aussi les lésions intéressant deux ou plusieurs doigts d'une même main, les deux membres inférieurs, etc... Un certain nombre de cas sont prévus au barème, mais ils ne le sont pas tous ;

- * 2° Les lésions intéressant soit des organes ou membres différents et de fonctions distinctes, soit différents segments d'un même membre, par exemple, les lésions intéressant un bras et une jambe, ou bien le coude et le poignet du même bras, etc...

I. — Infirmités multiples

Méthode à suivre

Premier groupe

Pour les cas du premier groupe, on ne peut donner aucune méthode simple. Comme certains d'entre eux sont prévus au barème, on obtiendra fréquemment une indication très utile en procédant par analogie. Ainsi, la perte des deux index pourra être évaluée en partant du taux indiqué pour la perte d'un seul index et en opérant par comparaison avec les taux donnés par le barème pour la perte d'un pouce et pour la perte de deux pouces. De même pour des lésions atteignant les deux membres inférieurs, on pourra souvent raisonner par analogie avec le cas de l'amputation des deux pieds.

I. — Infirmités multiples

Méthode à suivre

Deuxième groupe

Dans le cas du second groupe, il est recommandé de recourir à l'application d'une règle qui a déjà rendu des services appréciables et peut servir de guide pour l'évaluation du taux global. On évitera ainsi des évaluations disparates pour un même ensemble de lésions.

Cette règle consiste, les infirmités étant classées dans un ordre quelconque, à décompter la première au taux du barème et chacune des suivantes proportionnellement à la capacité restante.

Exemple :

Soient trois infirmités qui, considérées isolément, correspondraient au taux d'incapacité de 60 %, 20 % et 10 %.

Première infirmité : 60 % de 100 % (capacité complète) = 60 %.

Capacité restante : 100 % — 60 % = 40 %.

Deuxième infirmité : 20 % de 40 % (capacité restante),

soit $20 \times 40 = 8$ %.

Nouvelle capacité restante : 40 % — 8 % = 32 %.

Troisième infirmité : 10 % de 32 % (nouvelle capacité restante), soit $10 \times 32 = 3,2$ %.

Total global d'incapacité 71,2 %.

Ou, en chiffres ronds : 72 %.

Remarque . — On pourrait modifier l'ordre des infirmités, on aboutirait au même résultat, c'est-à-dire 72 % d'incapacité.

En général, le résultat donné par l'application de cette règle ne saurait être adopté purement et simplement. On doit considérer qu'il ne constitue qu'une première indication . Il doit être discuté et, à l'occasion, corrigé, les raisons d'une modification devant être précisées par l'expert. A cet effet, il importe de tenir compte, le cas échéant, des considérations physiologiques générales et de considérations cliniques propres au cas particulier.

II. — Infirmités antérieures

Principes

Il s'agit ici de fixer les conséquences d'un accident du travail dans le cas où la victime était déjà infirme avant l'accident.

Le problème consiste, comme toujours à évaluer la réduction de salaire causée par cet accident. En effet, la loi ne fait pas de distinction entre ce cas et celui où la victime était entièrement valide avant son accident : elle pose une règle générale et dit seulement que la rente doit être égale à une fraction, ou à la totalité, de la réduction que l'accident aura fait subir au salaire.

Il est donc évident que la rente ne saurait être basée sur l'incapacité globale qui résulte des deux infirmités, l'ancienne et la nouvelle, et que l'on doit également se garder de raisonner comme si l'infirmité qu'il s'agit de réparer avait atteint un homme valide.

Comme il est impossible d'établir un barème qui donne le taux de la réduction de capacité causée par une lésion quelconque chez un sujet porteur avant l'accident d'une lésion également quelconque, il est utile de montrer comme on peut suppléer à l'absence d'un tel barème. La solution de ce problème exige que l'on ne perde pas de vue les notions fondamentales qui sont rappelées ci-après :

* a) Il importe, tout d'abord, de bien se rendre compte de la nature des opérations auxquelles la fixation d'une rente donne lieu dans le cas le plus simple, c'est-à-dire lorsque l'accident atteint un sujet valide.

En effet, la réduction subie par le salaire n'est jamais évaluée directement. On considère que cette réduction est proportionnelle au salaire ancien et que, par suite, elle doit s'obtenir en multipliant celui-ci par un coefficient indépendant du salaire.

C'est ce coefficient indépendant du salaire que l'on a l'habitude d'appeler taux d'incapacité ou plus exactement taux de réduction de capacité ;

* b) Par définition, un taux est un quotient. Le taux de la réduction de capacité causée par un accident est donc le résultat d'une division dans laquelle le dividende est la réduction de capacité elle-même et le diviseur

la capacité existant avant l'accident. Quant à la réduction de capacité, c'est évidemment la différence entre les deux capacités, ancienne et nouvelle.

II. — Infirmités antérieures

Méthode d'évaluation

Ainsi dans le cas d'un accident survenant chez un sujet atteint d'une infirmité antérieure, on est actuellement conduit à la détermination de la capacité ancienne et à la détermination de la capacité nouvelle.

Soient C1 et C2 ces deux capacités, le taux de la réduction de capacité résultant de l'accident, c'est-à-dire le taux par lequel on devra multiplier le salaire effectif de l'ouvrier, est égal à :

Supposons, par exemple, que le blessé avait déjà perdu le pouce droit avant l'accident actuel et que cet accident lui fait perdre le pouce gauche. D'après le barème, avant l'accident, le taux d'incapacité était de 25 % ; après, il est de 65 %. Il en résulte qu'avant l'accident, le blessé avait une capacité égale à 75 % de celle d'un homme valide, après il a une capacité égale à 35 % de celle d'un homme valide. En chiffrant par 100 la capacité d'un homme valide, on voit que la capacité de la victime est tombée de 75 avant l'accident à 35 après. Elle a donc été réduite, du fait de l'accident actuel, de $40/75$ de la valeur qu'elle avait avant ($75 - 35 = 40$).

Par conséquent, le taux de la réduction de capacité résultant de l'accident est égal à $40/75$ e, c'est-à-dire à 53,33 %.

On voit que la seule difficulté réside dans l'évaluation de l'incapacité globale dont le blessé reste atteint après l'accident actuel. Cette incapacité globale doit être évaluée en faisant application des principes exposés au § précédent.

Remarque . — Deux remarques s'imposent encore :

* 1° Tout d'abord, il importe peu que l'infirmité antérieure soit due à une maladie ou à un premier accident, que ce premier accident soit un accident du travail ou qu'il soit survenu en dehors du travail, qu'il ait été réparé par une rente ou par une indemnité en capital, ou qu'il n'ait pas été réparé du tout.

En revanche, il est indispensable que l'infirmité antérieure se soit réellement manifestée avant l'accident actuel. Si, avant cet accident, la victime n'avait que des prédispositions à telle ou telle maladie, il n'y a pas lieu d'en tenir compte. Il n'y a pas lieu de tenir compte non plus d'une maladie qui existait déjà réellement si cette maladie n'était à ce moment la cause d'aucune réduction de capacité de travail ;

* 2° Enfin, on doit observer que la méthode proposée, bien qu'elle fasse intervenir une formule mathématique, permet de tenir compte de tous les éléments d'appréciation que l'équité commande de retenir.

En effet, rien n'oblige à suivre exactement le barème pour l'évaluation de l'incapacité antérieure. On peut avoir de bonnes raisons pour s'écarter de ses indications, car le barème ne donne que des taux d'incapacité probables, tandis que, pour l'appréciation de l'état antérieur, c'est l'incapacité réelle qui doit être retenue. Celle-ci peut être plus grande ou moins grande que le barème ne l'indique.

A plus forte raison, si une rente d'accident du travail a été accordée pour infirmité antérieure, l'infirmité antérieure peut être évaluée à un taux différent, en vue de la réparation de l'accident actuel.

Mais, bien entendu, les raisons qui ont pu conduire à augmenter ou à diminuer l'incapacité antérieure ne doivent pas être perdues de vue lorsqu'il s'agit ensuite d'évaluer l'incapacité globale dont la victime reste finalement atteinte. Il est normal qu'elles interviennent encore après l'accident. Sans doute, la nouvelle lésion viendra souvent atténuer leur importance, mais pas nécessairement au point de permettre de les négliger complètement.

Par exemple, si la vision d'un œil déjà réduite à 1/10e vient à être complètement perdue dans un accident du travail, il sera permis de dire qu'avant l'accident, compte tenu de la profession exercée, la réduction de capacité était, en fait, très faible ou même nulle. Mais, alors, il y aura lieu de se demander si la même considération ne conduit pas à évaluer la capacité existant après l'accident à un chiffre plus élevé que le barème ne l'indique.

Dans d'autres cas, c'est plutôt le degré de l'adaptation de l'invalidé à son infirmité qui intervient. Cela se produit surtout pour les doigts d'une même main, lesquels sont susceptibles, dans une grande mesure, de se suppléer l'un l'autre. Ainsi, l'amputation d'une main déjà privée d'un doigt fait perdre à la victime le bénéfice de son adaptation. Il pourra donc être normal de majorer l'évaluation de la capacité antérieure et néanmoins adopter le taux du barème pour évaluer la capacité restante. L'expert devra indiquer les raisons pour lesquelles il ne se conforme pas au barème, lequel tient compte de la faculté d'adaptation moyenne des individus.

Chapitre - III NEURO-PSYCHIATRIE, CRANE, RACHIS

1. — Nerfs périphériques

1° LÉSIONS TRAUMATIQUES

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

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

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

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

	Côté droit p. 100	Côté gauche p. 100
A. — Membre supérieur		
Paralysie totale du membre supérieur	70 à 80	60 à 70
Paralysie radiculaire, supérieure Duchenne-Erb comprenant deltoïde, biceps, brachial antérieur, coraco-brachial, long supinateur	45 à 55	35 à 45
Paralysie radiculaire inférieure (type Klumpke) comprenant les muscles fléchisseurs des doigts ainsi que les petits muscles de la main	55 à 65	45 à 55
Paralysie isolée du nerf sous-scapulaire muscle grand dentelé)	10 à 20	5 à 15
Paralysie du nerf circonflexe	25 à 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 :		
a) Au bras (paralysie des muscles antibrachiaux)	45 à 55	35 à 45
b) Au poignet (paralysie de l'éminence thenar anesthésie)	15 à 25	5 à 15
Paralysie du nerf cubital :		
a) Au bras (muscles antibrachiaux et muscles de la main)	25 à 35	15 à 25
b) Au poignet (muscles de la main, inter-osseux), l'impotence est sensiblement la même quel que soit le siège de la blessure.	25 à 35	15 à 25
Paralysie du nerf radial :		
a) Lésion au-dessus de la branche du triceps	45 à 55	35 à 45
b) Lésion au-dessous de la branche du triceps (paralysie classique des extenseurs)	35 à 45	25 à 35
Paralysie associée du médian et du cubital	45 à 55	45 à 55
Syndrome de paralysie du sympathique cervical (Claude Bernard-Horner), myosis enophtalmie, rétrécissement de la fente palpébrale, majoration de		5 à 10

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	POURCENTAGE d'invalidité	
	Côté droit p. 100	Côté gauche p. 100
Syndrome d'exploitation du sympathique cervical (Pourfour Du Petit), mydriase, exophtalmie, majoration de		5 à 10
Ulcérations persistantes, troubles trophiques cutanés, majoration de		5 à 20
Réaction névritique (douleurs) raideurs, rétractions fibreuses, troubles trophiques, etc.), majoration de		8 à 50
Réaction causalgique, majoration de..		20 à 60
B. — Membre inférieur		
Paralysie totale d'un membre inférieur :		
1° Flasque		70 à 80
2° Spasmodique		10 à 50
Paralysie complète du nerf sciatique..		35 à 45
Paralysie du nerf sciatique poplité externe		15 à 30
Paralysie du nerf sciatique poplité interne		15 à 25
Paralysie du nerf crural		45 à 55

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	POURCENTAGE d'invalidité	
	Côté droit p. 100	Côté gauche p. 100
Paralysie du nerf obturateur		10 à 20
Ulcérations persistantes, troubles trophiques cutanés, majoration de		5 à 20
Réactions névritiques, majoration de..		10 à 40
Réaction causalgique, majoration de ..		20 à 60

1. — Nerfs périphériques

2° NÉVRITES PÉRIPHÉRIQUES

A. — Névrites avec algies, lorsqu'elles sont persistantes, suivant leur siège et leur gravité	10 à 50	8 à 40
(Pour les algies particulièrement intenses on ne tiendra pas compte du côté.)		
B. — Séquelles névritiques, pied varus équin avec griffe fibreuse des orteils	30 à 50	

1. — Nerfs périphériques

3° ALGIES

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

Il importe par conséquent de rappeler les principes directeurs suivants :

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

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

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	POURCENTAGE d'invalidité	
	Côté droit p. 100	Côté gauche p. 100
b) Il existe dans presque tous les cas des signes objectifs tantôt évidents, tantôt très discrets, qu'il importe de rechercher minutieusement, comme signes d'authenticité de la névralgie : modification des réflexes, troubles objectifs de la sensibilité, attitudes révélatrices, atrophies musculaires, discordances motrices, réactions électriques anormales, etc. ;		
c) L'invalidité doit être appréciée en fonction à la fois de l'intensité et de l'extension des névralgies, de la gêne fonctionnelle apportée au travail et du retentissement possible sur l'état général. Elle est donc infiniment variable selon les cas, selon les réactions du blessé et selon même les périodes de l'affection.		
Voici, à titre d'exemple, l'étude des différents degrés d'invalidité dans la névralgie sciatique.		
Névralgie sciatique		
Il s'agit uniquement des sciaticques persistantes ; les crises aiguës de sciaticque ne peuvent être considérées autrement que comme des affections épisodiques, non indemnissables :		
a) Névralgie sciatique légère, confirmée (en dehors du signe de Lasègue et des points douloureux) par l'existence de signes objectifs, modifications du réflexe achilléen, atrophie musculaire, scoliose, etc. mais sans troubles graves de la marche		10 à 20
b) Névralgie sciatique, d'intensité moyenne, avec signes objectifs manifestes, gêne considérable de la marche et du travail		25 à 40
c)) Névralgie sciatique grave, rendant le travail et la marche impossibles nécessitant souvent le séjour au lit		45 à 60
d) Névralgie sciatique compliquée de réaction causalgique plus ou moins intense ou de retentissement sur l'état général		40 à 80

II. — Colonne vertébrale

1° FRACTURES ET LUXATIONS

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

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

Entorse, fractures, luxations (d'après le siège), déformations, gêne des mouvements, compte non tenu des lésions nerveuses	10 à 40
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	POURCENTAGE d'invalidité	
	Côté droit p. 100	Côté gauche p. 100
Fracture des apophyses transverses	5 à 25	
Immobilisation partielle de la tête et du tronc (avec ou sans déviation) :		
Sans douleurs	1 à 15	
Avec douleurs : Douleurs ostéo-articulaires	15 à 25	
Douleurs névralgiques	20 à 40	
Immobilisation avec déviation très prononcée et en position très gênante	40 à 45	
Ankylose après traumatisme vertébral (elle est souvent tardive), « spondylites traumatiques », maladie de Kummel-Verneuil, « cyphoses traumatiques » (selon douleurs et gêne fonctionnelle)	20 à 80	
Paraplégie par traumatisme médullaire (voir paraplégies médullaires).		
Hémiplégie spinale (souvent légère) : Hémiplégie vraie (membre supérieur souvent plus atteint que l'inférieur) (VOIR hémiplégie médullaire).		
Monoplégie d'un membre inférieur (voir syndrome de Brown-Séquard).		

II. — Colonne vertébrale

2° RHUMATISME VERTÉBRAL

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

Dans le premier cas, il serait évidemment désirable que soit produite une radiographie démontrant l'intégrité du rachis peu avant l'accident ; mais on comprend que ce soit là une condition exceptionnellement réalisée. On s'appuiera donc sur la notion qu'en général de telles arthroses sont localisées au siège précis du traumatisme, qu'elles se constituent rapidement, puis, perdant leur caractère évolutif, ont tendance à se fixer, parfois même à progresser, contrairement aux lésions analogues non traumatiques qui sont plus diffuses et dont l'évolution est plus lente, mais indéfiniment progressive.

A côté de ce premier cas, relativement rare, il est fréquent d'observer l'aggravation post-traumatique d'une lésion rhumatismale chronique préexistante (lombarthrie, spondyloses, etc.). Deux cas peuvent se présenter, tantôt l'aggravation est surtout fonctionnelle sans modification nette des lésions radiologiques, tantôt elle est parfois fonctionnelle et anatomique. En particulier, le traumatisme a pu rompre des ponts osseux intervertébraux ou des ostéophytes et il n'est pas rare alors d'observer une prolifération ostéophytique locale. Plus souvent, le traumatisme n'a déterminé aucun dégât local appréciable et il y a lieu alors de distinguer suivant qu'il s'agissait de lésions anciennes s'accompagnant ou non de décalcification. Si les ombres vertébrales sont normales, il est habituel que les conséquences du traumatisme restent locales, c'est-à-dire que la raideur rachidienne et les douleurs ne siègent

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	POURCENTAGE d'invalidité	
	Côté droit p. 100	Côté gauche p. 100
qu'aux vertèbres traumatisées et à celles qui leur sont immédiatement voisines. En cas de processus décalcifiant, il n'est pas rare que l'aggravation porte sur l'ensemble du rachis et même au-delà : c'est ce qui peut s'observer en particulier dans la spondylose rhizomélique.		
Attitude vicieuse après affection longuement douloureuse (sciatique, etc.) suivant la persistance ou non des douleurs	5 à 15	
Rhumatisme vertébral :		
Immobilisation douloureuse de la région lombaire (lombarthrie) selon le degré d'immobilisation et de douleurs	5 à 25	
Immobilisation douloureuse de la région cervicale	5 à 25	
Avec douleurs à forme névralgique irradiées le long des membres supérieurs ou inférieurs à forme de névrite brachiale ou crurale	20 à 40	
Spondylose rhizomélique (immobilisation du rachis, des hanches et des épaules) :		
1° L'immobilisation est limitée à la région lombaire, elle est modérément douloureuse, la mobilité des hanches n'est pas très réduite	20 à 30	
2° L'immobilisation porte sur toute la hauteur du rachis et sur les hanches (avec ou sans limitation de la mobilité des épaules)	30 à 80	

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	POURCENTAGE d'invalidité	
	Côté droit p. 100	Côté gauche p. 100
3° LÉSIONS OSTÉOMYÉLITIQUES		
Séquelle d'ostéo-arthrite vertébrale infectieuse localisée ou modifiée par le traumatisme (suivant déviations, immobilisations ou douleurs)	15 à 35	

II. — Colonne vertébrale

4° ANOMALIES VERTÉBRALES

Les anomalies vertébrales (anomalies d'occlusion du rachis : spini bi fida ; vices de différenciation régionale : sacralisation, lombalisation, côtes cervicales ; syndrome de réduction numérique ; spondylolisthésis) ne donnent lieu à indemnisation que s'il est survenu une complication cliniquement incontestable, qui sera évaluée conformément aux indications du barème qui la concernent.		
Spondylolisthésis modifié par traumatisme		5 à 15

III. — Moelle

1° PARAPLÉGIES MÉDULLAIRES

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

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	POURCENTAGE d'invalidité	
	Côté droit p. 100	Côté gauche p. 100
Ces diverses paraplégies peuvent être flasques ou spasmodiques, plus ou moins complètes, plus ou moins totales, accompagnées ou non de troubles sensitifs, trophiques, sphinctériens, génitaux. Paraplégie incomplète	10 à 80	
Paraplégie complète	100	
Dans l'appréciation des paraplégies des membres supérieurs, beaucoup plus rares que celles des membres inférieurs, les évaluations devront être faites suivant l'échelle précédente, mais en tenant compte ici de l'impotence motrice plus ou moins grande, concernant les mouvements nécessaires aux soins corporels et à l'alimentation en particulier.		

III. — Moelle

2° QUADRIPLÉGIE

Dans les cas exceptionnels de quadriplégie, on peut établir la distinction suivante :		
a) Quadriplégie incomplète permettant la marche avec ou sans appuis laissant une utilisation relative des membres supérieurs pour l'entretien corporel		60 à 90
b) Quadriplégie nécessitant le confinement au lit		100

III. — Moelle

3° SYNDROME DE BROWN-SÉQUARD

Paraplégie partielle unilatérale avec anesthésie du membre symétrique non paralysé. Doit être évalué suivant la gene fonctionnelle du membre paralysé		15 à 50
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	---------

III. — Moelle

3° SYNDROME DE BROWN-SÉQUARD
HÉMIPLÉGIE MÉDULLAIRE

a) Hémiplégie spinale incomplète permettant la marche, suivant le degré d'atteinte du membre supérieur :		
Côté droit		10 à 80
Côté gauche		10 à 75
b) Hémiplégie spinale complète nécessitant le séjour au lit Les taux précédents s'entendent, tous symptômes et complications compris.		100
Cependant, dans les cas relativement rares où existent des douleurs surajoutées d'une intensité et d'une constance particulièrement pénibles, reconnaissant pour origine la lésion radicule-médullaire en cause, une majoration pourra exceptionnellement être prévue		10 à 20

III. — Moelle

5° ATROPHIES MUSCULAIRES MÉDULLAIRES

Les atrophies musculaires de cet ordre à indemniser peuvent être :

Soit résiduelles et fixes ;

Soit évolutives et progressives ;

Soit exceptionnellement régressives.

Membre supérieur

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

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

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	POURCENTAGE d'invalidité	
	Côté droit p. 100	Côté gauche p. 100
Atrophie des muscles de la main et de l'avant-bras	20 à 60	20 à 50
Atrophie des muscles du bras	10 à 40	10 à 30
Atrophie des muscles du bras, et de la ceinture scapulaire	10 à 40	10 à 30
Atrophie des muscles du bras, de l'épaule et de la ceinture scapulaire	20 à 60	20 à 50
Atrophie complète avec impotence absolue d'un membre	70 à 65	
Atrophie complète avec impotence absolue des deux membres	100	

Membres inférieurs

Atrophie des muscles du pied 5 à 15

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

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

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

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

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

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

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

Atrophie complète avec impotence absolue :

D'un membre 70

Des deux membres 100

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

III. — Moelle

6° TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ D'ORIGINE MÉDULLAIRE

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

III. — Moelle

7° TROUBLES SPHINCTÉRIENS ET GÉNITAUX

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

Rétention fécale :

a) Pouvant se corriger par les moyens habituels d'évacuation rectale 3 à 5

a) Rétention rebelle entraînant des des symptômes de coprostase 10 à 30

Incontinence fécale :	
a) Incomplète ou intermittente et rare	10 à 25
b) Complète et fréquente	30 à 70

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	POURCENTAGE d'invalidité	
	Côté droit p. 100	Côté gauche p. 100
Troubles génitaux :		
Abolitions des érections ou diminutions considérables ne permettant pas les rapports sexuels (considérés comme manifestation isolée de lésions organiques médullaires ou radiculaires)	10 à 20	
Priapisme incoercible et douloureux suivant l'intensité et la fréquence (considéré comme manifestation isolée de lésions organiques médullaires ou radiculaires)	10 à 20	

III. — Moelle

8° SYRINGOMYÉLIE

Elle peut parfois apparaître après traumatisme ou avoir pour point de départ une hématomyélie.	
La syringomyélie pouvant se présenter sous des formes d'intensité et de gravité différentes pourra être évaluée suivant l'échelle suivante :	
Formes frustes ou très lentes avec troubles fonctionnels modérés	20 à 40
Formes plus progressives à amyotrophie limitée avec phénomènes spasmodiques gênants	40 à 60
Formes amyotrophiques graves avec troubles trophiques accentués ou troubles bulbaires	60 à 100
(Ces chiffres s'entendent tous symptômes et complications compris.)	

IV. — Nerfs crâniens

Les réactions des nerfs crâniens peuvent dépendre des lésions traumatiques ou reconnaître une étiologie non traumatique. Le contrôle radiographique et de l'examen électrique seront souvent nécessaires.	
S'il y a eu traumatisme, il faudra distinguer la blessure endocrânienne de la blessure exocrânienne.	
Nerf olfactif. Anosmie simple (unilatérale ou bilatérale). Se référer au barème d'otorhino-laryngologie.	
Nerf optique . (Voir barème d'acuité visuelle.)	
Nerfs moteurs oculaires :	
Ptosis unilatéral (état définitif).	
Ptosis bilatéral.	
Diplopie permanente et définitive.	
Diplopie épisodique variable.	
(Se référer au barème des affections oculaires.)	
Nerf trijumeau :	
Anesthésie simple, sans douleur, par section d'une branche périphérique (nerf surorbitaire, maxillaire supérieur, maxillaire inférieur).	
Algie avec ou sans anesthésie :	
Algie du type intermittent « tic douloureux »	25 à 70
Algie du type continu sympathalgique	30 à 60
Nerf facial :	
Syndrome de paralysie, paralysie du type périphérique :	
Paralysie totale et définitive	

DÉSIGNATION DES INFIRMITES	POURCENTAGE d'invalidité	
	Côté droit p. 100	Côté gauche p. 100
avec réaction de dégénérescence complète	20 à 30	
Paralysie partielle et définitive	10 à 30	
(La paralysie faciale totale ou partielle du type périphérique peut être considérée comme définitive après un délai évolutif de deux ans.)		
Paralysie bilatérale totale suivant l'intensité et l'état des réactions électriques Syndrome d'excitation :	20 à 50	
Contracture postparalytique suivant la défiguration	0 à 10	
Spasmes (hémispasme facial dit essentiel ou postparalytique :		
Crises rares	0 à 10	
Etat spasmodique avec crises répétées	10 à 20	
Nerf auditif :		
Surdité unilatérale ou bilatérale, bourdonnements, bruits divers, association de vertiges (voir barème spécial oreilles).		
Nerf glosso-pharyngien :		
Paralysie bilatérale exceptionnelle (évaluation suivant le degré des troubles fonctionnels observés) ..	5 à 10	
Nerf spinal externe (atrophie du trapèze et du sterno-cleïdo-mastoïdien, chute de l'épaule, déviation en dehors du bord spinal du scapulum, faiblesse de la main homologue ; en général, réadaptation suffisante dans le délai d'un à deux ans, à cause de l'innervation double des muscles trapèze et sterno-cléïdomastoïdien par le plexus cervical profond)	5 à 25	
Nerf hypoglosse :		
Hémiatrophie et réaction de dégénérescence unilatérale	10	
Bilatérale (exceptionnelle)	50 à 60	
Les réactions isolées des nerfs crâniens concernent surtout le nerf facial, le nerf trijumeau et les nerfs moteurs oculaires, avec le nerf optique, moins fréquemment le nerf spinal externe.		
Les quatre derniers nerfs crâniens et principalement le glosso-pharyngien, l'hypoglosse, le pneumo-gastrique, avec association ou non du spinal externe, sont le plus souvent, à cause de leur proximité de cheminement, de leur voisinage tronculaire, intéressés globalement (syndrome paralytique des quatre derniers nerfs crâniens, syndrome du carrefour condylochéiré postérieur), suivant le degré des troubles fonctionnels et suivant défiguration		
		10 à 60

V. — Crâne

Les blessures du crâne avec ou sans perte de substance osseuse peuvent s'accompagner de lésions des centres nerveux, de phénomènes comotionnels plus ou moins durables, enfin de phénomènes subjectifs à évolution

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	POURCENTAGE d'invalidité p. 100
souvent régressive. On devra indemniser ces blessés en tenant compte d'une part de la lésion osseuse et, d'autre part, des troubles fonctionnels ou des phénomènes subjectifs.	
Lésions du cuir chevelu avec phénomènes douloureux, sans brèche osseuse complète	0 à 15
Scalp ou brûlures du cuir chevelu avec cicatrices douloureuses selon l'étendue	5 à 20
Perte de cheveux (si gêne le travail)..	4 à 6
Enfoncement de la table externe des os du crâne	0 à 10
Brèche osseuse depuis 1 centimètre carré jusqu'à 4 centimètres carrés..	20 à 30
Brèche osseuse avec battements duremériens et impulsion à la toux jusqu'à 12 centimètres carrés	20 à 50
Brèche osseuse supérieure à 12 centimètres carrés sans troubles subjectifs	50 à 70
Syndrome subjectif commun des blessures du crâne (céphalée, éblouissements, vertiges), troubles de l'humeur et du caractère, émotivité, angoisse, fatigabilité, insomnie, diminution de la mémoire, troubles vaso-moteurs, tous phénomènes dont la régression est d'ailleurs habituelle (à évaluer séparément)..	5 à 50

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	POURCENTAGE d'invalidité p. 100
Mêmes lésions avec vertiges labyrinthiques démontrés par les épreuves spéciales (épreuves de Barany, épreuves de Babinsky) et par l'examen auriculaire et de l'œil ; ajouter aux évaluations précédentes les évaluations données pour l'oreille ou l'œil dans le barème.	
En cas de double perte de substance osseuse, chaque perte de substance sera appréciée suivant ses dimensions.	
Dans le cas de persistance de corps étranger intra-crânien :	
a) S'il n'y a aucun phénomène surajouté, suivant le nombre, volume, localisation des corps étrangers	20 à 60
b) S'il y a des troubles fonctionnels, les apprécier, suivant la valeur de chacun (voir hémiplégie, aphasie, etc.).	
Conséquences isolées de certaines commotions	
Syndrome subjectif ; céphalées et étourdissement	5 à 10
Commotion auriculaire, syndrome de Ménière post-commotionnel, etc., à évaluer avec le chapitre : « Oreilles ».	
Epilepsie généralisée ou jacksonienne :	
Provoquée par la commotion (peut être très retardée) (voir épilepsie).	
A évaluer suivant le nombre de crises (voir épilepsie).	
Réveillée ou augmentée par la commotion (voir épilepsie).	
Commotion cérébro-spinale prolongée (syndrome complet). Inertie, bradycardie, hypotension, etc,	5 à 60

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	POURCENTAGE d'invalidité p. 100
Contusions cérébrales : degré d'invalidité variable surtout avec les signes de localisation (hémiparésie, aphasie, etc.), évalués avec les blessures du cerveau.	
Névroses (voir névroses).	

VI. — Méninges MÉNINGITES — ÉTATS MÉNINGÉS

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

VII. — Encéphale

1° HÉMIPLÉGIE ORGANIQUE

Caractérisée non seulement par les troubles de la motilité, mais par le signé du peaucier, l'extension des orteils, la flexion combinée de la cuisse et du tronc, les troubles des réflexes tendineux, etc.	
Hémiplégie complète :	
a) Flasque : incapacité temporaire. Si persiste au-delà de six mois	100
b) Avec contracture :	
Côté droit	70 à 80
Côté gauche	50 à 70
c) Avec troubles sphinctériens	80 à 100
d) Avec aphasie	100
Hémiplégie incomplète :	
Côté droit	10 à 60
Côté gauche	8 à 50

VII. — Encéphale

2° MONOPLÉGIE ORGANIQUE

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

a) Membre supérieur :	
Monoplégie complète :	
Côté droit	70 à 75
Côté gauche	60 à 65
Monoplégie incomplète :	
Côté droit	10 à 50
Côté gauche	10 à 40
b) Membre inférieur : la marche est	
possible le plus souvent :	
Monoplégie incomplète par lésion de l'écorce cérébrale	10 à 30

VII. — Encéphale

3° PARAPLÉGIE ORGANIQUE D'ORIGINE CÉRÉBRALE

Dans la très grande majorité des cas est incomplète.
Pour l'évaluation, voir plus haut les paraplégies médullaires.

VII. — Encéphale

4° APHASIE

(Complète et exceptionnelle)

a) Avec difficulté de l'élocution, sans altération considérable du langage intérieur	10 à 30
b) Aphasie sensorielle avec altération du langage intérieur	60 à 100

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	POURCENTAGE d'invalidité p. 100
c) Avec impossibilité de correspondre avec ses semblables (altération du langage intérieur)	60 à 80
Eventuellement, ajouter le déficit mental	
Le taux de 60 à 80 envisagé ci-dessus est applicable si l'aphasie est isolée.	
Si elle est associée à une hémiplégié, on ajoutera aux taux de l'hémiplégié un taux de 20.	

VII. — Encéphale

5° DIPLÉGIE CÉRÉBRALE

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

VII. — Encéphale

6° SYNDROME CÉRÉBELLEUX

Caractérisé par les troubles de l'équilibre statique (vertiges, catatonie, etc.), et de l'équilibre cinétique (démarche titubante, synergie, hypermétrie, adiadococinésie, etc.).	
Unilatéral (comparer au degré d'hémiplégié correspondant) :	
Côté droit	10 à 80
Côté gauche.	10 à 75
Bilatéral (comparer au degré de diplégie correspondant)	30 à 100

VII. — Encéphale

7° SYNDROMES PARKINSONIENS

Établir d'abord le rapport avec l'accident, qui est rare.	
Le syndrome parkinsonien peut se présenter sous des formes diverses et avec des taux d'invalidité différents	10 à 100
Torticolis traumatique	15 à 20

VIII. — Epilepsies

1° EPILEPSIES NON JACKSONIENNES

A. — Crises convulsives

Epilepsies traumatique suivant le degré de gravité ou de fréquence des crises dûment vérifiées	30 à 100
Accès rares	20 à 30

VIII. — Epilepsies

1° EPILEPSIES NON JACKSONIENNES

B. — Equivalents épileptiques (Epilepsies non convulsives)

Les manifestations de cette sorte d'épilepsie doivent pratiquement être limitées aux trois espèces suivantes :	
Absence, accès vertigineux et épilepsie procrursive.	
Leur taux sera estimé de la façon suivante :	
Accès vertigineux ou accès procrursifs survenant une à trois fois par an	0 à 10
Accès vertigineux ou procrursifs se produisant une fois par mois	10 à 20
Accès vertigineux ou procrursifs survenant une fois par semaine en moyenne	20 à 30
Accès vertigineux ou procrursifs survenant en moyenne trois fois par semaine	40 à 50
Accès vertigineux ou procrursifs survenant de façon très fréquente, avec des manifestations graves ..	40 à 80

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	POURCENTAGE d'invalidité p. 100
2° EPILEPSIES JACKSONIENNES	
Crises limitées à quelques groupes musculaires en très petit nombre, soit de la face, soit d'un membre et se répétant jusqu'à dix, douze fois par an	0 à 10
Crises limitées comme précédemment et se répétant en moyenne jusqu'à une fois par semaine	10 à 20
Crises limitées comme précédemment et se répétant en moyenne plusieurs fois par semaine	20 à 30
Crises occupant des groupes assez étendus et se répétant jusqu'à dix ou douze fois par an	10 à 20
Crises analogues se répétant en moyenne jusqu'à une fois par semaine	20 à 30
Crises analogues se répétant en moyenne plusieurs fois par semaine.	20 à 40
Crises généralisées. Leur taux est le même que celui des crises d'épilepsie essentielle.	

IX. — Système sympathique

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

Nerfs périphériques . — L'incapacité est augmentée par l'adjonction de troubles sympathiques : causalgie, sympathalgie, troubles vasomoteurs, sécrétoires, trophiques, réflexes, troubles physiopathiques sympatho-génétiques.

X. — Névrosé ;

A. — Etats neuro-psychasthéniques

Comprenant tous les syndromes à base d'épuisement physique ou psychique et d'hyperémotivité anxieuse :	
a) Cas à prédominance clinique d'épuisement physique ou psychique (réaction émotionnelle causée par un accident) :	
Signes fonctionnels d'ordre somatique sans symptômes objectifs	0 à 10
Signes somatiques avec retentissement net sur l'état général	10 à 40
Signes psychiques allant de la fatigabilité cérébrale simple à l'impuissance intellectuelle caractérisée (consciente)	20 à 50
Symptômes vago-sympathiques marqués ou prédominants (en plus de l'invalidité ci-dessus)	5 à 20
b) Cas à prédominance clinique d'hyperémotivité anxieuse :	
Syndromes anxieux provoqués par un gros accident (explosions, électrocutions, etc.). Suivant l'intensité des symptômes considérés en eux-mêmes	10 à 50

X. — Névrosé ;

B. — Etats hystériques et pithiatiques

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

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

X. — Névrosé ;

C. — Syndromes moteurs fonctionnels

Sans base organique décelable 0 à 20

XI. — Maladies mentales

Démences

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

Démence incomplète. — Affaiblissement simple des facultés mentales, notamment de l'attention et de l'affectivité ; état d'indifférence sans perte profonde de la mémoire et avec conservation partielle de la capacité fonctionnelle	60 à 90
Démence complète. — Affaiblissement prononcé et global des facultés mentales avec ou sans gâtisme, et toutes manifestations ou complications comprises	100

Chapitre - IV LESION MAXILLO-FACIALES ET STOMATOLOGIE

Face

I. — VASTES MUTILATIONS

Perte des deux maxillaires supérieurs avec perte de l'arcade dentaire, de la voûte palatine et du squelette nasal	90 à 100
Perte du maxillaire inférieur dans la totalité de sa portion dentaire	90 à 100
Perte d'un maxillaire supérieur avec communication bucco-nasale et perte de la totalité de l'arc mandibulaire.	100
Perte d'un seul maxillaire supérieur avec conservation de l'autre et conservation de l'arc mandibulaire.	50 à 60
Perte d'un maxillaire supérieur avec communication bucco-nasale et perte de substance plus ou moins étendue de l'arc mandibulaire	70 à 90

II. — MUTILATIONS LIMITÉES

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

- 1° Le nombre des dents conservées et utilisables ;
- 2° La possibilité ou l'impossibilité d'une prothèse susceptible de rétablir un coefficient de mastication suffisant , cet élément étant déterminé par l'état de consolidation (pseudarthrose) et par l'état de l'articulé dentaire ;
- 3° L'éventualité d'une intervention réparatrice ayant des chances d'améliorer

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	POURCENTAGE d'invalidité p. 100
de façon appréciable l'état fonctionnel, l'évaluation devant être d'autant plus large que ces chances sont plus discutables ;	
4° Les taux ci-dessous devront s'ajouter à l'incapacité déterminée par la perte des dents évaluée séparément, quand celle-ci entraîne par elle-même une aggravation fonctionnelle.	

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	POURCENTAGE d'invalidité p. 100
----------------------------	------------------------------------

II. — MUTILATIONS LIMITÉES

A. — Maxillaire supérieur

I. — Consolidation vicieuse

1° Grande mobilité de la totalité du maxillaire supérieur (disjonction crânio-faciale), mastication impossible (y compris le déficit dentaire).	60 à 80
2° Consolidation vicieuse avec mobilité d'un fragment plus ou moins étendu du maxillaire supérieur, l'autre portion restant fixe, suivant l'étendue de la portion mobile et la possibilité de mastication ou de prothèse (y compris le déficit dentaire)	20 à 50
3° Troubles sérieux de l'articulé dentaire (faux prognathisme) peu compatible ou incompatible avec une prothèse (y compris le déficit dentaire)	15 à 30
4° Consolidation vicieuse entraînant un trouble léger de l'articulé dentaire ou compatible avec une prothèse (y compris le déficit dentaire)	5 à 15

II. — MUTILATIONS LIMITÉES**A. — Maxillaire supérieur****II. — Perte de substance**

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

II. — MUTILATIONS LIMITÉES**B. — Maxillaire inférieur****I. — Consolidation vicieuse**

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

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS POURCENTAGE d'invalidité p. 100**II. — MUTILATIONS LIMITÉES****B. — Maxillaire inférieur****II. — Perte de substance et pseudarthrose**

1° Vaste perte de substance avec pseudarthrose très lâche ne permettant ni la mastication, ni la pose d'une prothèse (y compris le déficit dentaire)	60 à 85
2° Pseudarthrose plus serrée suivant la possibilité de mastication ou de prothèse et suivant son siège, d'après le détail ci-dessous (majorant le déficit dentaire)	0 à 25
Pseudarthrose serrée de la branche ascendante : 0 à 5 %.	
Pseudarthrose lâche de la branche ascendante : 10 à 15 %.	
Pseudarthrose serrée de la branche horizontale : 5 à 10 %.	
Pseudarthrose lâche de la branche horizontale : 15 à 25 %.	
Pseudarthrose serrée de la région symphysaire : 10 à 15 %.	
Pseudarthrose lâche de la région symphysaire : 15 à 25 %.	
3° Perte de substance partielle de l'arcade dentaire permettant une prothèse fonctionnellement bonne (majorant le déficit dentaire)	0 à 5
Dans tous les cas douteux, il est recommandé de ne formuler une évaluation définitive qu'après un délai permettant d'apprécier l'accommodation du blessé à la prothèse.	

II. — MUTILATIONS LIMITÉES**C. — Articulation temporo-maxillaire**

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

II. — MUTILATIONS LIMITÉES**D. — Constriction des mâchoires**

1° Ecartement inter-maxillaire inférieur à 10 millimètres, suivant les causes de la constriction (lésions musculaires, brides cicatricielles, etc.)	20 à 80
2° Ecartement inter-dentaire de 30 à 10 millimètres	5 à 20
3° Troubles surajoutés éventuellement du fait des brides cicatricielles entravant l'hygiène buccale, la prononciation, la perte de la salive, etc., majoration de	10 à 20

II. — MUTILATIONS LIMITÉES**E. — Langue**

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

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	POURCENTAGE d'invalidité p. 100
----------------------------	---------------------------------

II. — MUTILATIONS LIMITÉES

F. — Dents

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

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

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

1 pour les incisives et les canines ;

1,25 pour les prémolaires ;

1,50 pour les molaires.

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

Chapitre - V OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Nez

I. — STÉNOSES NASALES

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

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

a) Sténose unilatérale

Simple diminution du calibre de la narine ou de la fosse nasale	0 à 3
-----------------------------------------------------------------	-------

Formation de croûtes, rhino-pharyngite	3 à 6
----------------------------------------	-------

Sténose totale avec catarrhe tubotympanique, obscurité des sinus correspondants (sans sinusite suppurée, etc.)	6 à 10
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------

b) Sténose bilatérale

Diminution de la perméabilité ne dépassant pas le tiers de la perméabilité physiologique	5 à 8
------------------------------------------------------------------------------------------	-------

Diminution plus accentuée avec croûtes, rhino-pharyngite, etc	8 à 12
---------------------------------------------------------------	--------

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	POURCENTAGE d'invalidité p. 100
Sténose serrée avec respiration exclusivement buccale et troubles à distance	12 à 20
c) Perforation de la cloison nasale	
N'entraîne pas en général d'incapacité permanente.	

II. — TROUBLES OLFACTIFS

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

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

Anosmie	5 à 10
---------	--------

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

III. — TROUBLES ESTHÉTIQUES PAR MUTILATION NASALE

Une mutilation sérieuse du nez entraîne une aggravation de l'incapacité fonctionnelle par entrave à l'embauche dans certaines professions (artistes, vendeurs et vendeuses, garçons de café, garçons coiffeurs, etc.) Troubles esthétiques en tenant compte du changement de profession éventuellement nécessaire	5 à 30
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------

Sinusites

1° Il faut entendre par sinusite une infection des cavités sinusales se manifestant par une suppuration constatée à la rhinoscopie ou la ponction et non par une simple obscurité des sinus à la transillumination sans signes d'infection.
2° Les sinusites traumatiques subissent un facteur particulier de gravité et de résistance au traitement, du fait des lésions osseuses qui les compliquent dans certains cas (fistules, bourgeonnements, etc.).

I. — Sinusites maxillaires

Les résultats thérapeutiques sont généralement favorables.

a) Sinusite maxillaire unilatérale ..	5 à 10
----------------------------------------	--------

b) Sinusite maxillaire bilatérale ..	10 à 15
---------------------------------------	---------

N. B. — Sinusite maxillaire avec fistule endo-buccale ou extérieure (résultat thérapeutique aléatoire), majoration de	5 à 10
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------

II. — Sinusites fronto-ethmoïdales

Les résultats thérapeutiques sont infidèles, les récurrences fréquentes, les complications endo-crâniennes sont à craindre.

a) Sinusite fronto-ethmoïdale unilatérale	10 à 20
--------------------------------------------	---------

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	POURCENTAGE d'invalidité p. 100
b) Sinusite fronto-ethmoïdale bilatérale	20 à 30
Sinusite fronto-ethmoïdale avec fistule, majoration de	5 à 10

III. — Sinusites sphénoïdales

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

a) Sinusite sphénoïdale unilatérale ..	10 à 20
-----------------------------------------	------------

b) Sinusite sphénoïdale bilatérale ..	20 à 30
----------------------------------------	------------

IV. — Crânio-hydrorrhée

L'écoulement par la fosse nasale de liquide céphalo-rachidien consécutif à un traumatisme crânien, suppose l'existence d'une fracture de la lame criblée de l'ethmoïde. Cas très rare, gravité considérable	100
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

V. — Rhinites croûteuses post-traumatiques

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

Ne doivent pas être confondus avec un ozène préexistant ou une syphilis nasale.

Rhinite croûteuse post-traumatique unilatérale	5 à 10
------------------------------------------------	--------

Rhinite croûteuse post-traumatique bilatérale	10 à 20
-----------------------------------------------	------------

Larynx

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

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

1° La mobilité des cordes vocales ;

2° Du calibre de la glotte, de la sous-glote et du vestibule laryngé dans l'inspiration maxima et dans la phonation ;

3° Du degré des troubles fonctionnels paralytiques ou des lésions cicatricielles, celles-ci pouvant aller de la simple palmature améliorable chirurgicalement jusqu'à rétrécissement tubulaire massif, incurable et extrêmement sténosant.

Les troubles d'origine laryngée sont de deux ordres : **VOCAUX** (dysphonie, aphonie), et **respiratoires** (dyspnée).

Les troubles vocaux et respiratoires peuvent être associés.

I. — TROUBLES VOCAUX

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

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	POURCENTAGE d'invalidité p. 100
a) Dysphonie seule	5 à 15
b) Aphonie sans dyspnée	20 à 30

II. — TROUBLES RESPIRATOIRES

(Paralysie récurrentielle bilatérale exceptionnellement surtout cicatrices étendues et sténosantes)

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

Pharynx

Le **rhinopharynx** peut être intéressé par un traumatisme des maxillaires supérieurs et présenter des pertes de substance du voile (précédemment évaluées) ou des rétrécissements cicatriciels (précédemment évalués). (Sténoses nasales).

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

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

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

Œsophages

L'œsophage n'est qu'exceptionnellement intéressé par un traumatisme extérieur

On rencontre des cas de sténose cicatricielle consécutive à l'ingestion d'un liquide caustique. Ces sténoses devront être vérifiées par radiographie et au besoin par œsophagoscopie

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

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

Sténose moyenne, sans gastrostomie, permettant l'alimentation liquide ou semi-liquide et améliorable par dilatation, suivant état général	30 à 60
Sténose plus serrée, après échec de la dilatation ou avec gastrostomie définitive, suivant état général	60 à 100

Oreille

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

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	POURCENTAGE d'invalidité p. 100
importante secondaire par rapport aux troubles auditifs et vertigineux. Il arrive fréquemment que plusieurs de ces éléments d'incapacité se trouvent réunis chez un même sujet. Diverses associations sont possibles qui devront être évaluées conformément aux indications données pour le calcul des « incapacités multiples ». Seule, l'association surdité — bourdonnements, constituée par le groupement de deux symptômes d'une même lésion affectant une seule et même fonction, échappera à cette règle.	

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	POURCENTAGE d'invalidité p. 100
I. — SURDITÉ	
<p>En langage d'expertise le terme de « surdité » sert généralement à désigner tout déficit auditif quelle que soit son importance : hypoacousie aux divers degrés, perte complète de l'audition. D'une façon générale, la surdité devient un facteur d'incapacité à partir du degré où elle réduit la faculté de la vie de relation de l'ouvrier nécessaire au bon exercice de son métier quel qu'il soit : c'est de cette incapacité générale de travail qu'il va être question. On notera cependant que certains métiers mettent spécialement et directement en jeu la fonction auditive et qu'ils réclament de ce fait, pour un degré de surdité donné, un taux d'incapacité supérieur à celui de l'incapacité générale de travail.</p>	
Exagération Psychose post-traumatique Pithiatisme	
<p>La simulation vraie, consciente, persévérante de la surdité est exceptionnelle en pratique d'expertises pour accidents du travail.</p>	
<p>L'exagération plus ou moins consciente, « sinistrose » de Brissaud ou « psychose post-traumatique », est au contraire un fait assez fréquent. La jurisprudence n'admettant pas l'indemnisation d'un tel état, l'expert déterminera l'incapacité d'après le degré de surdité tel qu'il lui apparaît après les épreuves de contrôle.</p>	
<p>La surdité pithiatique, conséquence possible d'un choc psychique dû à l'accident (hystéro-traumatisme) est extrêmement rare en matière d'accidents du travail et assez facile à dépister. Elle est curable spontanément ou par psychothérapie. En attendant la révision, on fixera le taux d'incapacité en tenant compte du fait que le sourd pithiatique a plus ou moins conservé ses réflexes auditifs de défense.</p>	
Détermination de l'acuité auditive	
<p>L'acoumétrie phonique est à la base de l'évaluation de l'incapacité. On notera donc pour chaque oreille la</p>	

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	POURCENTAGE d'invalidité p. 100
<p>distance à laquelle le sujet perçoit des mots prononcés à voix haute ou de conversation (V. H.) et à voix basse ou chuchotée (V. C.). Afin d'explorer l'ensemble du champ auditif symphonique, le répertoire comprendra des mots isozonaux, les uns de tonalité aiguë, les autres à tonalité grave et des mots hétérozonaux composés d'un phénomène aigu et d'un grave.</p>	
<p>On tiendra compte du phénomène de « l'indistinction du langage articulé » en rapport avec la rapidité d'émission des différents phonèmes : pour deux sujets paraissant présenter une hypoacousie de même degré, l'indistinction peut commencer à apparaître avec une rapidité de diction différente.</p>	
<p>A la notation de la perception de la voix, il est d'usage de joindre celle de la perception de la montre, acoumètre instrumental simple, qu'on a toujours sous la main, donnant des résultats précis et comparables entre eux d'un examen à l'autre.</p>	
<p>Pour pratiquer dans les meilleures conditions cet examen acoumétrique, il faut priver l'expertisé du contrôle visuel en lui bandant les yeux. De cette façon, on jugera mieux de la concordance de ses réponses pour une même épreuve répétée et par là même de sa sincérité. En cas de doute, on fera appel aux « épreuves de contrôle » proprement dites. Nous n'avons pas à les décrire ici ; elles varient suivant le genre de surdité accusée par l'expertisé (unilatérale complète ou incomplète, bilatérale complète ou incomplète). Signalons que les épreuves dites « de surprise » sont parmi les meilleures : non seulement elles sont souvent décisives pour dépister l'exagération, mais elles permettent encore d'apprécier approximativement l'acuité auditive réelle.</p>	
Diagnostic du type de surdité	
<p>On ne négligera pas de rechercher par l'acoumétrie instrumentale appropriée s'il s'agit d'une surdité de transmission (oreille moyenne) ou de perception (labyrinthe et ses voies nerveuses) ou d'une forme mixte (tympano-labyrinthique).</p>	
<p>Ce diagnostic présente un double intérêt :</p>	
<p>a) Un assez grand nombre de sourds de la transmission bénéficient dans les conditions mêmes de leur travail (usine, atelier, transports) du phénomène de la « paracousie de Willis », phénomène étranger aux surdités de perception. Cette notion peut donc intervenir, mais seulement dans une faible mesure dans l'estimation du pourcentage.</p>	
<p>b) La constatation d'une surdité de perception appuie éventuellement les dires d'un blessé du crâne lorsqu'il se plaint d'autres phénomènes</p>	

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	POURCENTAGE d'invalidité p. 100
<p>postcommotionnels (vertiges entre autres), mieux que ne saurait le faire la constatation d'une surdité de transmission.</p>	
Diagnostic de l'origine	
<p>Dans certains cas le problème qui se pose n'est pas tant d'établir l'existence de la surdité et son degré que de reconnaître son origine, certains blessés pouvant profiter de l'accident en cause pour tenter de lui faire attribuer une surdité préexistante.</p>	
<p>A la solution de ce difficile problème devront participer l'étude des commémoratifs, le certificat d'origine et les données de l'examen physique du tympan, dont certains aspects peuvent être caractéristiques à cet égard.</p>	

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	POURCENTAGE d'invalidité p. 100
<p>En procédant à ce diagnostic, on pensera qu'un traumatisme crânien non seulement peut surajouter ses effets propres sur l'organe auditif à ceux d'une otopathie constitutionnelle ; mais qu'il peut aussi aggraver anatomiquement celle-ci en lui donnant un coup de fouet. Cette notion a été établie en ce qui concerne l'otospongiose. Elle paraît valable aussi pour toutes les otopathies constitutionnelles et pour les otorrhées préexistantes dont certains traumatismes peuvent provoquer le réchauffement ou la récurrence.</p> <p style="text-align: center;">Evolution et pronostic des surdités traumatiques</p> <p>On peut, dans une certaine mesure, prévoir l'évolution ultérieure d'une surdité traumatique d'après le diagnostic de la lésion :</p> <p>a) Surdité par fracture du rocher intéressant le labyrinthe : unilatérale, complète, définitive</p> <p>.</p> <p>b) Surdité par rupture du tympan et lésions de la caisse avec ou sans otorrhée : généralement unilatérale, de degré léger ou moyen, définitive, souvent associée à une surdité commotionnelle.</p> <p>c) Surdité par commotion : souvent</p>	

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	POURCENTAGE d'invalidité p. 100
<p>bilatérale, de degré très variable. Régresse dans 50 p. 100 des cas environ ; dans 10 p. 100 elle persiste et même évolue vers l'aggravation, évolution à prévoir quand le vestibule est hypoexcitable.</p> <p style="text-align: center;">Pourcentage d'incapacité pour surdité</p> <p>L'incapacité générale de travail par surdité est représentée par la difficulté que ce trouble apporte à la vie de relation de l'ouvrier dans l'exercice de son métier quel qu'il soit. Eu égard à cette notion générale, on peut dresser une échelle de gravité à trois degrés :</p> <p>a) Surdité légère . — Un sujet dont l'acuité auditive est amoindrie mais qui perçoit encore la V. H. à cinq ou six mètres et la V. C. à un mètre environ, peut se mêler sans gêne notable à une conversation générale : il n'est pas déprécié au point de vue capacité ouvrière. C'est donc approximativement au-dessous de ce jalon acoumétrique que commence la surdité légère.</p> <p>b) Surdité moyenne . — Dès qu'un sourd ne peut plus converser qu'en tête-à-tête, sa capacité ouvrière est fortement réduite. Cette surdité moyenne existe approximativement à partir du moment où la V. H. n'est plus perçue qu'à 1 mètre et la V. C. à 0,10 centimètres. Notons qu'une surdité unilatérale même complète n'empêche pas de participer à une conversation générale ; elle reste dans le des cadre des surdités légères.</p> <p>c) Surdité forte et surdité totale . — Un ouvrier qui ne peut plus entendre que les mots ou les phrases prononcées à voix haute forte au voisinage du pavillon est un grand sourd ; ses vestiges auditifs ne peuvent guère servir en pratique à sa vie de relation ; son incapacité n'est guère moindre de celle du sujet qui est atteint d'une perte réellement complète de l'audition ; elle est pratiquement complète ou totale.</p> <p>Les trois degrés d'incapacité qu'on vient de distinguer sont définis par l'acuité auditive globale du sujet ; ils constituent les trois grands jalons du barème. Mais celui-ci doit aussi envisager des degrés intermédiaires et pour cela tenir compte de la valeur de chaque oreille. C'est ce qu'indique le tableau ci-dessous</p> <p>.</p>	

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	POURCENTAGE d'invalidité p. 100
<p style="text-align: center;">Remarque relative aux métiers utilisant spécialement la fonction auditive</p> <p>Tel sujet ne présentant qu'une faible hypoacousie pour la voix, peut avoir perdu la perception des sons graves ou des sons aigus ou plus rarement la perception de certains sons intermédiaires (trous auditifs) ; l'exercice de son métier peut en souffrir ; noter que certains hypoacousiques même légers « entendent faux ». On insistera donc ici sur l'acoumétrie instrumentale de façon à explorer l'ensemble du champ auditif : une montre, une demi-douzaine de diapasons jalonnant le champ auditif, un monocorde de Struyken ou un sifflet de Galton suffisent pour cela.</p> <p>Les musiciens professionnels (exécutants, fabricants, accordeurs) ne sont pas les seuls à rentrer dans cette catégorie d'expertisés. Il faut y joindre les téléphonistes, les employés de T. S. F., les contrôleurs des sons dans l'industrie cinématographique, les secrétaires et sténo-dactylographes. Certains ouvriers spécialisés de l'industrie automobile ont besoin d'une acuité auditive intacte : épreuves au banc d'essai, mise au point d'un moteur ou de tout autre mécanisme, rodage d'engrenages (la plupart des ateliers comportent des « chambres de silence »).</p> <p>Il y aura lieu d'augmenter les taux d'incapacité indiqués ci-dessus d'un pourcentage supplémentaire en rapport avec les nécessités de chacun</p>	

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	POURCENTAGE d'invalidité p. 100
<p>de ces métiers spéciaux ; le seuil d'incapacité correspond à un degré d'hypoacousie moindre que dans la généralité des métiers et pour un même degré, le taux d'incapacité est plus élevé. Spécifier dans le rapport les éléments justifiant l'augmentation du pourcentage.</p>	

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	POURCENTAGE d'invalidité p. 100
II. — BOURDONNEMENTS	
En règle générale, les bourdonnements d'oreilles ou bruits subjectifs d'origine traumatique n'existent pas à l'état isolé, c'est-à-dire en dehors de tout déficit auditif ; mais ils ne sont pas forcément conditionnés par un déficit important. Comme ils échappent à tout contrôle direct, ils ne seront pris en considération que si le sujet a manifesté par ailleurs une bonne foi évidente au cours de l'examen acoumétrique.	
Bourdonnements assez violents pour gêner le sommeil, ou créer un certain état de dépression psychique..	5 à 10
(Ce pourcentage s'ajoute par simple addition à celui afférent à la surdité.)	
III. — VERTIGES ET TROUBLES DE L'ÉQUILIBRE	
On admet généralement que le vertige traduit jours une atteinte du vestibule, en entendant par ce mot, non seulement l'appareil périphérique, partie de l'oreille interne, mais aussi ses voies nerveuses centrales. Le vertige, phénomène subjectif, s'ac-	

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	POURCENTAGE d'invalidité p. 100
compagne toujours, en principe, de troubles de l'équilibre, phénomènes objectifs.	
Les vertiges post-traumatiques sont, plus souvent encore que les troubles auditifs, l'objet d'expertise otologique. Ils constituent un des éléments les plus fréquents et les plus importants du « syndrome post-commotionnel ». Ils s'y rencontrent assez souvent indépendamment de tout trouble auditif. Par contre, il est assez rare de les observer en dehors de tout autre trouble de commotion nerveuse (céphalée, troubles de mémoire, fatigabilité, etc.).	
L'otologiste est donc appelé, isolément ou en collaboration avec un neurologue, à expertiser la plupart des accidentés souffrant de troubles post-commotionnels. Lorsque les éléments du syndrome autres que le vertige sont peu accusés, il s'acquitte généralement à lui seul de la mission d'expertise. En cas contraire, il demande l'adjonction d'un expert en neurologie.	
Variétés de vertiges	
L'analyse de la sensation vertigineuse doit être faite au cours de l'interrogatoire du sujet, de façon à se rendre compte de la gêne qu'il peut en éprouver ou du risque qu'il peut encourir. Il en existe deux forformes :	
a) Dans une première forme, le vertige est du type labyrinthique classique . Il procède par accès imprévus plus ou moins violents pouvant entraîner un fort déséquilibre et la chute brusque ; cet accès s'accompagne fréquemment de nausées et de vomissements.	
b) Dans une deuxième forme, la plus fréquente, type commotionnel ou subjectif , il s'agit de sensation vague d'instabilité, avec éblouissements ; le sujet craint de tomber, mais ne tombe pas ; les accès sont discrets et brefs, plus ou moins espacés, survenant principalement à l'occasion de mouvements brusques et de certaines attitudes de la tête. Dans les cas graves, ils constituent presque un état de mal.	
Diagnostic . — Contrôle	
Le vertige étant un phénomène subjectif pose en expertise un difficile problème d'estimation d'incapacité. Son contrôle se basera sur le comportement général et l'interrogatoire du blessé, sur la recherche des troubles de l'équilibre et des troubles vestibulaires spontanés, sur la valeur des réflexes vestibulaires et, indirectement, sur les données de l'examen acoumétrique.	
a) Comportement général du blessé. Son interrogatoire.	
La façon dont se comporte le blessé doit être bien observée d'un bout à l'autre de l'examen.	

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	POURCENTAGE d'invalidité p. 100
Lorsque les vertiges s'accompagnent d'autres troubles post-commotionnels, l'interrogatoire convenablement conduit apportera généralement un des meilleurs tests de contrôle : la description conforme et spontanée par l'expertisé de ce complexe très particulier qu'est le « syndrome subjectif commun ».	
b) Recherches des troubles vestibulaires objectifs spontanés.	
Des troubles de l'équilibre devraient, en principe, permettre d'objectiver tous vertiges ; mais dans la plupart des cas, ces troubles n'apparaissent qu'au moment même de la sensation vertigineuse qui peut être de très courte durée ; ils sont souvent insaisissables parce que trop légers ou trop brefs. On les déclanchera parfois en faisant exécuter par le sujet certaines manœuvres favorables à l'apparition du vertige.	
D'autre part, un examen méthodique permet dans certains cas de déceler de petits troubles vestibulaires objectifs spontanés ; mais ils sont souvent très discrets et demandent à être recherchés avec méthode ; fin nystagmus spontané, nystagmus de position, déviation spontanée des deux bras ou d'un seul bras ; Romberg positif, déviation de la marche aveugle ; dysharmonie vestibulaire. Chacun de ces signes, même isolé (cas fréquent), a une valeur de contrôle considérable, à condition qu'il soit net et retrouvé toujours semblable à lui-même à chaque répétition de l'épreuve.	
c) Etude des réflexes vestibulaires	

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	POURCENTAGE d'invalidité p. 100
<p>La réflexivité vestibulaire que l'on étudie par les épreuves dites « instrumentales » (calorique rotatoire) peut se présenter sous les modalités suivantes : inexcitabilité, hypoexcitabilité, excitabilité dysharmonieuse, hyperexcitabilité, excitabilité normale.</p> <p>a) L'hypoexcitabilité unie ou bilatérale (qu'elle porte sur l'ensemble des canaux semi-circulaires ou sur un seul groupe de ces canaux), de même que l'excitabilité dysharmonieuse, permettent de conclure à une atteinte organique de l'appareil labyrinthique. La réalité des vertiges ne peut alors être discutée ; en général, leur régression ne se fera que très lentement ; les expertises en révision permettent en effet de constater que le déficit des réflexes persiste le plus souvent et qu'il s'est parfois aggravé. L'inexcitabilité complète évoquant l'hypothèse d'une fracture du labyrinthe..</p> <p>b) L'hyperexcitabilité vestibulaire est le plus souvent bilatérale. Dans certains cas, elle consiste en une exagération des réflexes vestibulaires proprement dits. Mais le plus souvent, elle est représentée par des phénomènes réactionnels dépassant le domaine de la physiologie laby-</p>	

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	POURCENTAGE d'invalidité p. 100
<p>rithmique (troubles vaso-moteurs de la face, tachycardie, tremblements, vertiges, déséquilibre de sens non systématisé, tendance syncopale) ; elle fait alors partie de ce test général de commotion cérébro-labyrinthique : l'exagération de l'ensemble des réactions psychomotrices aux diverses excitations sensorielles. Dans les deux cas, l'hyperexcitabilité vestibulaire est un bon signe permettant d'authentifier les troubles post-commotionnels (vertiges entre autres) accusés par le blessé. Mais elle leur confère une gravité moindre que dans le cas précédent ; elle ne représente, en effet, qu'un état transitoire et dans la plupart des cas de ce genre, l'expertise en révision montre, en effet, que les réactions ont repris une valeur normale ou à peu près normale.</p> <p>C) La constatation d'une excitabilité normale n'exclut pas l'existence de vertiges post-commotionnels, une assez forte proportion (50 p. 100 environ) de vertigineux d'origine traumatique, dont on a par ailleurs de bonnes raisons d'admettre la parfaite sincérité, se présentent, en effet, avec des réflexes vestibulaires quantitativement et qualitativement normaux.</p> <p>d) Une formule acoumétrique indiquant une atteinte de l'appareil cochléaire témoigne de son côté, bien qu'indirectement, en faveur de la réalité des vertiges dont se plaint le blessé. D'une façon générale, l'examen cochléaire et l'examen vestibulaire se prêtent un mutuel appui.</p>	
Echelle de gravité Pourcentage d'incapacité	
En se basant sur les données précédentes, on peut établir une échelle de gravité des vertiges et de l'incapacité correspondante :	
1er degré :	
Pas de trouble vestibulaire objectif (ni spontané, ni réflexe), pas de déficit cochléaire	5 à 10
2e degré :	
Hyperexcitabilité aux épreuves vestibulaires	10 à 20
3e degré :	
a) Un ou plusieurs troubles vestibulaires objectifs spontanés ;	
b) Réflexes vestibulaires déficitaires ou dysharmonieux ;	
Dans les deux cas	20 à 40
(En cas d'association, les pourcentages ci-contre seront appliqués suivant les indications données pour le calcul des « incapacités multiples ».)	
Remarque relative à certaines professions	
Les vertiges offrent pour l'exercice de certains métiers, non seulement	

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	POURCENTAGE d'invalidité p. 100
<p>une gêne particulièrement marquée, mais aussi un danger vital en raison des chutes qu'il peut provoquer. Les ouvriers peintres, couvreurs, maçons, électriciens, tapissiers, chauffeurs d'automobile, etc., rentrent dans ce cas. Pour ces professions on établira l'incapacité à la limite supérieure des diverses marges qui viennent d'être indiquées, ou même au-dessus. Les éléments justifiant cette augmentation du pourcentage seront indiqués dans le rapport.</p> <p>Cependant, les vertiges ayant le plus souvent une évolution régressive, on n'aura qu'exceptionnellement à prévoir un changement de profession.</p>	
IV. — OTITE SUPPURÉE CHRONIQUE	
L'otorrhée traumatique est la conséquence d'une infection de l'oreille moyenne qui s'est faite à la faveur d'une rupture du tympan et qui est passée à l'état chronique. Le plus souvent cette rupture du tympan est liée à une fracture du rocher ou à une action directe et particulièrement à un choc pneumatique (explosions).	

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	POURCENTAGE d'invalidité p. 100
Si, en matière d'accidents du travail, la loi ne permet pas de tenir compte du danger vital entretenu par l'otorrhée traumatique, il est par contre légitime de considérer que les précautions, les soins médicaux nécessités par cette otorrhée et la perte de temps qui en résulte, atténuent dans une certaine mesure la capacité professionnelle.	
Otorrhée tubaire unilatérale	1 à 5
Otorrhée tubaire bilatérale	1 à 8
Otite suppurée chronique avec ostéite unilatérale	5 à 10
Otite suppurée chronique avec ostéite bilatérale	8 à 15
(L'otorrhée traumatique étant toujours associée au moins à des troubles auditifs, les pourcentages ci-contre seront appliqués suivant les indications données pour le calcul des « incapacités multiples ».)	
V. PARALYSIE FACIALE	
Toujours associée à des troubles auditifs ou vertigineux et parfois, en outre, à une otorrhée.	
Paralysie faciale unilatérale	10 à 30
Diplégie faciale (exceptionnelle)	20 à 50
(Les pourcentages ci-contre seront appliqués suivant les indications données pour le calcul des « incapacités multiples ».)	
VI. — MUTILATIONS ET CICATRICES VICIEUSES DE L'OREILLE EXTERNE	
Ces déformations peuvent être dues à une plaie traumatique quelconque, à une brûlure, exceptionnellement à un eczéma d'origine professionnelle. Elles portent sur le pavillon ou sur le conduit :	
a) Les déformations cicatricielles du pavillon, la perte même de cet	

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	POURCENTAGE d'invalidité p. 100
organe n'entraînent pas d'incapacité du travail. Exceptionnellement, l'enlaidissement qu'elles produisent peut gêner la faculté de reclassement de l'ouvrier.	
Le taux de ce préjudice esthétique varie suivant son importance et suivant la profession	2 à 10
b) Il faut qu'une sténose du conduit soit très serrée pour déterminer par elle-même une diminution de l'acuité auditive. En dehors de cette	

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	POURCENTAGE p. 100 d'invalidité
éventualité, elle entraîne un certain degré d'incapacité dans la mesure où elle entrave le nettoyage régulier du conduit, favorise le dépôt de cerumen ou fait obstacle au traitement d'une suppuration de la caisse. Sténose unilatérale, suivant le degré..	1 à 5
Sténose bilatérale, suivant le degré..	1 à 10
(En cas d'association, ces pourcentages seront appliqués suivant les indications données pour le calcul des « incapacités multiples ».)	

Chapitre - VI OPHTALMOLOGIE

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	POURCENTAGE d'invalidité p. 100
Altération de la fonction visuelle	
Il y a lieu de tenir compte :	
1° Des troubles de la vision centrale ;	
2° Des troubles de la vision périphérique ;	
3° Des troubles de la vision binoculaire ;	
4° Des troubles du sens chromatique et du sens lumineux.	

I. — CÉCITÉ COMPLÈTE ET QUASI-CÉCITÉ OU CÉCITÉ PROFESSIONNELLE

Sont atteints de cécité complète ceux dont la vision est abolie (V = 0, au sens absolu du mot, avec abolition du réflexe lumineux). Sont considérés comme atteints de quasi-cécité ou cécité professionnelle ceux dont la vision centrale est égale ou inférieure à 1/20e, d'un

œil, celle de l'autre étant inférieure à 1/20e, qu'il y ait ou non déficience des champs visuels.	
Cécité complète	100
Quasi-cécité ou cécité professionnelle.	100

II. — PERTE COMPLÈTE DE LA VISION D'UN ŒIL, L'AUTRE ÉTANT NORMAL

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

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	POURCENTAGE d'invalidité p. 100
Est considéré comme perdu celui dont la vision est inférieure à 1/20e (perte de la vision professionnelle d'un œil).	
Il faut distinguer les cas de perte de la vision sans lésion apparente, des cas de mutilation (énucléation, etc.), ou de difformités apparentes (staphylomes étendus, etc.).	
Perte de la vision d'un œil sans difformité apparente	25 à 30
Ablation ou altération du globe avec prothèse possible	28 à 33
Sans prothèse possible	35 à 40 et même davantage suivant l'importance de la mutilation.

III. — DIMINUTION DE LA VISION DES DEUX YEUX

- 1° Le degré de vision sera estimé en tenant compte de la correction optique par les verres ;
- 2° On utilisera l'échelle optométrique décimale dite de Monoyer bien éclairée et imprimée sur une page blanche ;
- 3° Il y a lieu de répéter que, dans les examens fonctionnels, le spécialiste devra toujours recourir aux procédés habituels de contrôle. Dans certains cas, mention sera portée qu'il a été nécessaire de recourir à ces épreuves sans qu'il y ait lieu de spécifier celles qui ont été employées.

TABLEAU GÉNÉRAL D'ÉVALUATION (VISION CENTRALE) (*)

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

DEGRÉS DE VISION	9/10 à 8/10	7/10 à 6/10	5/10 à 4/10	3/10	2/10	1/10	1/20	MOINS DE 1/20	ÉNUCLÉATION PROTHÈSE (**)
9/10 à 8/10	0	2 à 3	4 à 7	8 à 11	15 à 18	19 à 22	22 à 25	25 à 30	28 à 33
7/10 à 6/10	4 à 3	5 à 6	7 à 10	12 à 15	18 à 21	22 à 25	25 à 30	30 à 33	33 à 38
5/10 à 4/10	4 à 7	7 à 10	10 à 13	18 à 21	22 à 25	25 à 30	35 à 40	45 à 50	48 à 53
3/10	8 à 11	12 à 15	18 à 21	22 à 25	40 à 45	30 à 35	50 à 55	55 à 60	58 à 63
2/10	15 à 18	18 à 21	22 à 25	30 à 35	45 à 50	55 à 60	60 à 70	70 à 80	73 à 83
1/10	19 à 22	22 à 25	25 à 30	40 à 45	55 à 60	70 à 80	80 à 90	90 à 95	93 à 98
1/20	22 à 25	25 à 30	35 à 40	50 à 55	60 à 70	80 à 90	95 à 98	100	100
MOINS DE 1/20	25 à 30	30 à 35	45 à 50	55 à 60	70 à 80	90 à 95	100	100	100
ÉNUCLÉATION PROTHÈSE (**)	28 à 33	33 à 38	48 à 53	58 à 63	73 à 83	93 à 98	100	100	100

Observations importantes .

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

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

IV. — VISION PÉRIPHÉRIQUE CHAMP VISUEL

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

A 30° :

Un seul œil	3 à 5
Les deux yeux	5 à 20
Moins de 10° :	
Un seul œil	10 à 15
Les deux yeux	70 à 80
2° Scotomes centraux suivant étendue (le taux se confond avec celui attribué à la baisse de la vision) :	
Un seul œil (suivant le degré de vision)	15 à 30
Les deux yeux (suivant le degré de vision)	40 à 100
3° Hémianopsie :	
a) Hémianopsie avec conservation de la vision centrale :	
Hémianopsie homonyme droite ou gauche	30 à 35
Hémianopsie hétéronyme :	
Nasale	10 à 15
Bitemporale.	70 à 80
Hémianopsie horizontale :	
Supérieure	10 à 15
Inférieure	30 à 50
Hémianopsie dite en quadrant :	
Supérieure	7 à 10
Inférieure	20 à 25
Ce taux s'ajoutera à celui de l'hémianopsie horizontale ou verticale dans les cas où trois quadrants du champ visuel ont disparu.	
Hémianopsie chez un borgne avec conservation de la vision centrale :	
Nasale	60 à 70
Inférieure	70 à 80
Temporale	80 à 90
b) Hémianopsie avec perte de vision centrale uni ou bilatérale.	
Ajouter à ces taux celui indiqué par le tableau ci-dessus sans que le total puisse dépasser 100 p. 100.	
V. — VISION BINOCULAIRE OU SIMULTANÉE	
Le déséquilibre de la fonction qui permet aux deux yeux de fixer le même objet entraîne une diplopie, lorsque le degré de vision est suffisant des deux côtés :	
Diplopie	5 à 20
Diplopie dans la partie inférieure du champ	10 à 25
VI. — TROUBLES DU SENS CHROMATIQUE ET DU SENS LUMINEUX	
Ces troubles, d'ailleurs très rares, sont des symptômes de lésion de l'appareil nerveux sensoriel ; ils entrent en ligne de compte dans l'appréciation de l'invalidité due à ces lésions.	

VII. — QUELQUES CAS PARTICULIERS

1° Taies de cornée

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

- a) En cas de taie centrale (la vision diminue lorsque la pupille se rétrécit : travail en pleine lumière, travail de près).
- b) Lorsque la vision optima n'est obtenue qu'avec l'aide d'un verre de degré élevé (ces verres, souvent théoriques, peuvent gêner la vision binoculaire).
- c) Lorsque la taie entraîne un éblouissement qui gêne même la vision de l'œil opposé (non blessé).

2° Paralysie de l'accommodation et du sphincter irien

Ophtalmoplégie interne totale :

Unilatérale	10 à 15
-------------	---------------

Bilatérale	15 à 20
------------	---------------

Mydriase existant seule et déterminant des troubles fonctionnels :

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

Bilatérale	7 à 10
------------	--------------

3° Cataractes

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

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

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS

POURCENTAGE
d'invalidité
p. 100

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

C) Cataractes bilatérales opérées ou résorbées.

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

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

Annexes de l'œil

I. — ORBITE

1° Nerfs moteurs :

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

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

2° Nerfs sensitifs :

Névrites, névralgies très douloureuses.

Lésions de la Ve paire (syndrome neuro-paralytique), suivant le degré de vision 15 % à ajouter au trouble visuel	15 à 25
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------

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

II. — PAUPIÈRES

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	POURCENTAGE d'invalidité p. 100
1° Déviation des bords palpébraux (entropion, trichiasis, ectropion, cicatrices vicieuses, symblépharon, ankyloblépharon, suivant étendue), à ajouter à la diminution de la vision et à la défiguration éventuelle	5 à 20
2° Ptosis ou blépharospasme : taux basé sur le degré de vision et suivant que, en position primaire (regard horizontal de face), la pupille est plus ou moins découverte : Un œil	5 à 25
Les deux yeux	20 à 70

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	POURCENTAGE d'invalidité p. 100
3° Lagophtalmie cicatricielle ou paralytique : Ajouter aux troubles visuels 10 % pour un œil.	
4° Voies lacrymales :	
Larmoiement	0 à 10
Fistules (résultant par exemple de dacryocystite ou de lésions osseuses) :	
Pour chaque œil	5 à 10

Chapitre - VII THORAX

Fracture du sternum	
La fracture isolée du sternum :	
a) Simple	3 à 10
b) Avec enfoncement, sans lésions et suivie de douleurs qui empêchent tout effort violent	10 à 20
c) Avec lésions profondes du cœur, des vaisseaux, des poumons (voir ces mots).	
Fracture des côtes non compliquée	
Suivant la déformation et le degré de gêne fonctionnelle, le nombre de côtes brisées 2	à 30
Grands fracas du thorax	30 à 50
Pleurésie traumatique avec déformations thoraciques consécutives indélébiles et troubles fonctionnels ..	5 à 30
Hémithorax. Adhérences et rétractions thoraciques consécutives	5 à 20
Pyothorax (empyème), suivant fonctionnement pulmonaire révélé par les signes physiques et la radioscopie, le retrait de la cage thoracique ou le retentissement sur l'état général	10 à 50
Hernie irréductible du poumon	10 à 40
Tuberculose	
Tuberculose pulmonaire . — Il importe de noter que, dans la plupart des cas, il n'y aura lieu d'évaluer que la poussée évolutive, la tuberculose pulmonaire préexistante étant une lésion indépendante de l'accident en cause d'où-cette double possibilité :	
1° Il n'existe pas du fait de l'accident, de modification de la lésion antérieure : il y a seulement à évaluer la durée de l'incapacité temporaire (poussée évolutive)	

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	POURCENTAGE d'invalidité p. 100
2° Il existe, du fait de l'accident, une modification de la lésion antérieure ; il y a à évaluer cette modification sous forme d'une incapacité permanente	10 à 100
Cœur et aorte	

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	POURCENTAGE d'invalidité p. 100
NOTA. — Dans les cas de troubles cardiaques fonctionnels et de troubles subjectifs, sans asystolie et sans signes stéthoscopiques de lésion valvulaire ou péricardique, tels que les cas de palpitations simples, de tachycardie sans lésion, de douleurs précordiales, de dilatation et hypertrophie cardiaques dites de fatigue ou de croissance, il est désirable que l'examen des sujets soit confié à des médecins possédant une compétence spéciale en cardiologie.	
Adhérences péricardiques ou lésions valvulaires, coexistant, ou existant séparément, ou myocardites :	
a) Bien compensées	
b)) Avec troubles fonctionnels caractérisés	5 à 20
c) Avec asystolie confirmée	20 à 80
d) Ruptures traumatiques de valvules	80 à 100 50 à 100
Affections cardio-rénales, consécutives à une maladie infectieuse ou à une intoxication, suivant les troubles fonctionnels ou les complications	30 à 90
Artério-sclérose (Ne donne pas lieu à estimation d'invalidité).	
Anévrisme de l'aorte. L'anévrisme de l'aorte, dans les cas très rares où il est d'origine traumatique ou infectieuse, en dehors de la syphilis	40 à 80

Chapitre - VIII ABDOMEN

Estomac	
Ulcère chronique	
:	
a) Séquelles cicatrisées	10 à 40
b) Rétrécissement du pylore, dilatation d'estomac, amaigrissement.	50 à 80
c) Adhérences douloureuses	10 à 40
Fistule stomacale, suivant l'état de dénutrition rapide, la nécessité de soins constants, les douleurs, les complications	30 à 90
Intestin grêle	
Fistules intestinales :	
a) Fistules étroites	20 à 30

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	POURCENTAGE d'invalidité p. 100
b) Fistules larges, bas situées	40 à 70
c) Fistules larges, haut situées	70 à 90
Gros intestin	
Fistules stercorales :	
a) Fistule stercorale étroite ne livrant passage qu'à des gaz et à quelques matières liquides	20 à 30
b) Fistule stercorale livrant passage à une certaine quantité de matières, la défécation s'effectuant à peu près normalement	30 à 40
c) Anus contre nature livrant passage à la presque totalité du contenu intestinal, avec défécation supprimée ou presque	80 à 90
Prolapsus du rectum : voir incontinence ou rétention fécale	80 à 90
Fistules anales : suivant leur siège (extra — sphinctérienne ou intra-sphinctérienne), leur nombre et leur étendue	10 à 40
Incontinence ou rétention fécale par lésions du sphincter ou de l'orifice anal avec ou sans prolapsus du rectum	30 à 70
Appendicite (si imputable et opérée, suivant l'état de la cicatrice)	0 à 30
Hernies (en relation avec l'accident) :	

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	POURCENTAGE d'invalidité p. 100
Hernie inguinale opérée	0
Hernie inguinale réductible bien maintenue	5 à 8
Hernies bilatérales (d'après les caractères)	5 à 12
Hernie inguinale irréductible	15 à 25
Hernie crurale, ombilicale, ligne blanche épigastrique	5 à 12
Parois de l'abdomen	
Cicatrices opératoires normales (sauf de très vastes cicatrices, une cicatrice opératoire normale n'entraîne pas d'invalidité appréciable)	
Cicatrices ou éventrations :	
a) Cicatrices (sans éventration) très larges et adhérentes, limitant les mouvements du tronc	10 à 30
b) Cicatrices avec éventration post-opératoire après cure radicale	5 à 30
c) Cicatrice avec éventration après laparotomie (appareillable ou non)	15 à 50
Rupture isolée du grand droit de l'abdomen	8 à 20
Hernie ou éventration sans cicatrices consécutive à des ruptures musculaires étendues	10 à 40
Éventration hypogastrique En cas d'éventration lombaire, concomitante (voir plus bas)	10 à 20
Foie	
Fistules biliaires ou purulentes traumatiques ou postopératoires	20 à 60
Rate	
Splénectomie suivant le résultat de l'examen du sang au repos et après l'effort	15 à 30

Chapitre - IX APPAREIL GÉNITO-URINAIRE

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	POURCENTAGE d'invalidité p. 100
Reins	
Néphrectomie avec intégrité fonctionnelle de l'autre rein	30
Néphrectomie avec azotémie irréductible de 0,60 à 1 gramme	30 à 60
Néphrectomie avec azotémie irréductible supérieure à 1 gramme	60 à 100
Néphrectomie, même si la modification rénale n'atteint pas ce taux, lorsqu'il y a une complication cicatricielle, éventration, paralysie partielle des muscles de l'abdomen ..	50 à 70
Éventration lombo-abdominale seule.	10 à 30
Contusions et ruptures du rein selon séquelles : azotémie, albuminurie, hématurie, etc.	10 à 100
Hydronéphrose traumatique	30 à 50
Modification d'une hydronéphrose antérieure	15 à 30
Rupture d'uretère avec périnéphrose ou fistule persistante	30 à 50
Rein mobile toujours indépendant du traumatisme.	
Pyélonéphrite post-traumatique ascendante ou descendante :	
Unilatérale	30 à 50
Bilatérale	60 à 80
Phlegmon périnéphrétique après traumatisme à distance infecté (panaris, phlegmon, etc.) ou après contusion rénale	10 à 20
Tuberculose rénale :	

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	POURCENTAGE d'invalidité p. 100
Modification par traumatisme	15 à 30
Vessie	
Éventration hypogastrique après cystostomie	10 à 30
Fistule hypogastrique persistante ..	50 à 70
Cystite chronique persistante par sondages répétés	20 à 40
Avec infection rénale :	
Unilatérale	40 à 60
Bilatérale	60 à 80
Rétention d'urine chronique et permanente (par lésion de la moelle, de la queue de cheval) :	
Complète	40 à 60
Incomplète	20 à 40
Avec infection rénale	40 à 80
Incontinence d'urine rebelle ou permanente par lésion nerveuse	20 à 40
Le pourcentage de la rétention ou de l'incontinence d'urine par lésion médullaire est à combiner avec celui qu'entraîne par elle-même la blessure de la moelle.	
Urètre	
Rétrécissement de l'urètre postérieur :	
Infranchissable	60 à 80
Difficilement franchissable	30 à 50
Facilement dilatable	15 à 30
Avec destruction du sphincter anal et incontinence des matières	60 à 90
Rétrécissement de l'urètre antérieur :	
Facilement dilatable	15 à 30
Difficilement dilatable	30 à 50
Autoplastie cutanée ou autre de l'urètre après opération	20 à 50

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	POURCENTAGE d'invalidité p. 100
Fistule urinaire persistante avec rétrécissement traumatique	30 à 40
Destruction totale de l'urètre antérieur :	
La miction se faisant :	
Par méat périnéal	50 à 70
Par méat hypogastrique	80 à 90
Ce taux représente l'invalidité globale.	
Rétrécissement de l'urètre avec complications rénales infectieuses. (Voir plus haut et combiner ensemble l'incapacité du rétrécissement et celle de l'infection rénale) (pyélonéphrite).	
Appareil génital	
Atrophie ou destruction ou suppression opératoire :	
a) D'un testicule	1 à 10
b) Des deux testicules suivant l'âge.	20 à 50

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	POURCENTAGE d'invalidité p. 100
Émasculation totale, c'est-à-dire disparition de la verge, de l'urètre antérieur, du scrotum et des testicules (la miction se faisant par un méat périnéal ou hypogastrique) .	80 à 90
Hématocèle et hydrocèle post-traumatique	5 à 15
Séquelles de contusion du testicule ou torsion	5 à 10
Tuberculose épididymo — testiculaire modifiée par le traumatisme :	
Unilatérale	10 à 15
Bilatérale avec lésions prostatovésiculaires	15 à 30

Chapitre - X BASSIN

Luxation irréduite du pubis, puis relâchement étendu de la symphyse pubienne	10 à 25
Fractures du bassin :	8 à 18
Partielles (aile iliaque, branche horizontale du pubis et branche ischio-pubienne).	
Double verticale, etc.	15 à 40
Du cotyle et luxation centrale ..	25 à 70
Fractures du sacrum :	
a) Aileron	5 à 10
b) Verticale ou transversale simple	15 à 40
c) Avec troubles sphinctériens et génitaux	60 à 80
Fracture du coccyx suivant les séquelles douloureuses	5 à 20
Arthrite sacro-iliaque	8 à 25

Chapitre - XI CICATRICES

Voir raideurs et ankyloses des diverses articulations .)	
Cicatrices de l'aisselle, limitant plus	
ou moins l'abduction du bras	
a) Bras collé au corps	30 à 40 25 à 30
b) Abduction limitée de 10° à 45°.	20 à 30 15 à 25
c) Abduction limitée de 45° à 90°.	15 à 20 10 à 15

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	POURCENTAGE d'invalidité p. 100	
d) Abduction conservée jusqu'à 90°, mais sans élévation possible	10 à 15	5 à 10
Cicatrices du coude entravant l'extension complète ; extension limitée :		
a) A 135°	10 à 15	8 à 12
b) A 90°	15 à 20	12 à 15
c) A 45°	35 à 40	25 à 30
d) En deçà de 45°, l'avant-bras étant maintenu en flexion à l'angle très aigu	45 à 50	35 à 40
Cicatrices du creux poplité entravant l'extension complète ; extension limitée :		
a) Entre 135° et 170°		10 à 30
b) Entre 90° et 135°		30 à 50
c) Jusqu'à 90° au moins		50 à 60
Cicatrices de la plante du pied, incurvant la pointe ou l'un des bords		10 à 30

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	POURCENTAGE d'invalidité p. 100
Cicatrices douloureuses et ulcérées, suivant le siège, l'étendue et l'intensité des accidents	5 à 25
Ostéomes	5 à 10

Chapitre - XII OSTEOMYELITE

Fistule persistante unique	10 à 15
----------------------------	---------

DÉSIGNATION DES INFIRMITÉS	POURCENTAGE d'invalidité p. 100
Fistule persistante multiple, rebelle à des interventions répétées, avec os volumineux et irrégulier	20 à 50
Ostéomyélite aiguë des adolescents (exceptionnellement traumatique).	
Cicatrisation, mais persistance d'un os volumineux, irrégulier, douloureux par places	5 à 10

Chapitre - XIII SYPHILIS

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

Le taux d'invalidité permanente partielle devra être évaluée en tenant compte de l'âge et de l'état de santé antérieur du sujet plus ou moins capable de supporter dans l'avenir un traitement actif	10 à 30
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------

B. — Réveil d'accidents syphilitiques tertiaires à l'occasion de traumatismes (gommès, etc.).

(Même remarque qu'en ce qui concerne la tuberculose pulmonaire et l'ulcère de l'estomac.) (Voir chapitres VII et VIII .)