

Arrêté du 11 avril 1967 fixant le barème des taux médicaux d'incapacité permanente des accidents du travail, p. 354.J.O.R.A. N° 38 DU 09/05/1967

Le ministre du travail et des affaires sociales,

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

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

Sur proposition du directeur de la sécurité sociale,

Arrête:

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

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

CHAPITRE I

DISPOSITIONS GENERALES

Section I

Utilisation du barème

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

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

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

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

Section II

Infirmités multiples

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

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

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

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

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

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

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

Section III

Infirmités antérieures

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

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

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

a) d'évaluer la capacité antérieure à l'accident, au regard d'une capacité entière,

b) d'évaluer la capacité restante à la suite de l'accident, au regard d'une capacité entière et compte tenu de toutes les infirmités successives,

c) de rechercher l'aggravation réelle de l'invalidité en faisant la différence entre la capacité antérieure et la capacité restante,

d) de rapporter cette différence à la capacité antérieure pour obtenir le taux de réduction de celle-ci, c'est-à-dire le taux d'incapacité.

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

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

formule dans laquelle:

- C1 désigne la capacité antérieure à l'accident au regard d'une capacité entière,

- C2 désigne la capacité restante après l'accident, au regard d'une capacité entière et compte tenu du taux global des incapacités successives,

- R désigne le taux d'incapacité par lequel le salaire de base sera multiplié conformément aux dispositions de l'article 48 de l'ordonnance n°66-183 du 21 juin 1966 susvisée.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CHAPITRE II

M E M B R E S

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

Art. 22. - Membre supérieur:

Doigts et métacarpe FRACTURES

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

RAIDEURS ARTICULAIRES PLUS OU MOINS SERREES

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

Articulation interphalagienne.....	1 à 4	0 à 3
Articulation métacarpo - phalangienne.....	1 à 3	0 à 1
Articulation inter - phalangienne et métacarpo- phalangienne.....	4 à 8	3 à 6

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

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

Médius. - Annulaire:

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

Auriculaire:

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

Les quatre doigts avec le pouce libre:

Suivant que la gêne fonctionnelle intéresse:

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

Les quatre doigts et le pouce.

Suivant que la gêne fonctionnelle intéresse:

a) l'extension.....	10 à 20	8 à 15
b) la flexion.....	30 à 40	20 0 30

Ankyloses complètes

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

Pouce:

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

Toutes les articulations:

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

Index:

Articulation matécarpo-phalangienne.....	4 à 5	3 à 4
--	-------	-------

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

Médius:

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

Annulaire:

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

Auriculaire:

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

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

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

Pouce:

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

Index:

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

Médius:

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

Annulaire:

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

Auriculaire:

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

b) Extension permanente d'un doigt:

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

c) Importance totale définitive de préhension de la main:

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

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

Pseudarthrose des doigts

Pseudarthrose bâillante, avec large perte de substance osseuse

Phalange unguéale:

Pseudarthrose des doigts

Pseudarthrose ballante, avec large perte de substance osseuse

Phalange unguéale:

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

Autres phalanges:

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

Luxation irréduite et irréductible

Pouce:

Phalangette.....	4 à 6	3 à 5
Métacarpo-phalangienn (suivant la mobilité restaurée).....	10 à 25	8 à 20

Lors de cicatrices adhérentes de la paume et de la raideur des autres doigts.....	30 à 40	20 à 30
Pouce à ressort.....	0 à 3	0 à 2
Pouce collé à l'index.....	15 à 25	15 à 20

Doigts:

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

Amputation ou désarticulation

a) Ablation isolée du pouce ou d'un doigt partiel ou total:

Pouce:

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

Index:

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

Médius:

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

Annulaire:

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

Auriculaire:

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

b) Ablation de plusieurs doigts:

Ablation de deux doigts avec les métacarpiens correspondants:

Index et un autre doigt.....	30 à 40	20 à 30
Deux doigts autres que l'index (lors de mobilité conservée du pouce et des autres doigts).....	20 à 25	15 à 20
Ablation de deux doigts avec ou sans les métacarpiens correspondant lors de raideur très prononcée du pouce et des autres doigts et d'atrophie de la main.....	50 à 55	40 à 45

Ablation de trois doigts avec les métacarpiens correspondants:

Index et deux autres doigts.....	40 à 50	30 à 40
Médius, annulaire, auriculaire (suivant l'état de mobilité du pouce et de l'index).....	40 à 50	30 à 35
Lors d'immobilisation du pouce et du doigt restant.....	55 à 60	45 à 50

Ablation de trois doigts sans les métacarpiens correspondants:
Index et deux autres doigts (lors de mobilité
conservée du pouce et du doigt restant)..... 40 à 45 30 à 35
Médius, annulaire, auriculaire (lors de mobilité
conservée du pouce et du doigt restant)..... 30 à 35 20 à 25
Lors d'immobilisation du pouce et du doigt

Arrêté du 11 avril 1967 fixant le barème des taux médicaux d'incapacité permanente des accidents
du travail, p. 354.

Le ministre du travail et des affaires sociales,

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

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

Sur proposition du directeur de la sécurité sociale,

Arrête:

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

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

CHAPITRE I

DISPOSITIONS GENERALES

Section I

Utilisation du barème

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

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

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

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

Section II

Infirmités multiples

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

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

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

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

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

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

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

Section III

Infirmités antérieures

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

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

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

- a) d'évaluer la capacité antérieure à l'accident, au regard d'une capacité entière,

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

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

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

formule dans laquelle:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

sdfgf

CHAPITRE II

M E M B R E S

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

Art. 22. - Membre supérieur:

Doigts et métacarpe FRACTURES

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

RAIDEURS ARTICULAIRES PLUS OU MOINS SERREES

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

Articulation interphalagienne.....	1 à 4	0 à 3
Articulation métacarpo-phalangienne.....	1 à 3	0 à 1
Articulation inter-phalangienne et métacarpo-phalangienne.....	4 à 8	3 à 6

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

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

Médius. - Annulaire:

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

Auriculaire:

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

Les quatre doigts avec le pouce libre:

Suivant que la gêne fonctionnelle intéresse:

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

Les quatre doigts et le pouce.

Suivant que la gêne fonctionnelle intéresse:

a) l'extension.....	10 à 20	8 à 15
b) la flexion.....	30 à 40	20 0 30

Ankyloses complètes

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

Pouce:

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

Toutes les articulations:

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

Index:

Articulation matécarpo-phalangienne.....	4 à 5	3 à 4
Articulation de la première et la deuxième		

phalange.....	8 à 10	6 à 8
Articulation de la deuxième et la troisième		
phalange.....	2 à 3	0 à 1
Les deux dernières articulations.....	8 à 10	6 à 8
Les trois articulations.....	13 à 15	10 à 12

Médius:

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

Annulaire:

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

Auriculaire:

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

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

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

Pouce:

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

Index:

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

Médius:

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

Annulaire:

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

Auriculaire:

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

b) Extension permanente d'un doigt:

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

c) Importance totale définitive de préhension de la main:

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

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

Pseudarthrose des doigts

Pseudarthrose bâillante, avec large perte de substance osseuse

Phalange unguéale:

Pseudarthrose des doigts

Pseudarthrose ballante, avec large perte de substance osseuse

Phalange unguéale:

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

Autres phalanges:

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

Luxation irréduite et irréductible

Pouce:

Phalangette.....	4 à 6	3 à 5
Métacarpo-phalangienn (suivant la mobilité restaurée).....	10 à 25	8 à 20
Lors de cicatrices adhérentes de la paume et de		

la raideur des autres doigts.....	30 à 40	20 à 30
Pouce à ressort.....	0 à 3	0 à 2
Pouce collé à l'index.....	15 à 25	15 à 20

Doigts:

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

Amputation ou désarticulation

a) Ablation isolée du pouce ou d'un doigt partiel ou total:

Pouce:

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

Index:

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

Médius:

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

Annulaire:

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

Auriculaire:

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

b) Ablation de plusieurs doigts:

Ablation de deux doigts avec les métacarpiens correspondants:

Index et un autre doigt.....	30 à 40	20 à 30
Deux doigts autres que l'index (lors de mobilité conservée du pouce et des autres doigts).....	20 à 25	15 à 20
Ablation de deux doigts avec ou sans les métacarpiens correspondant lors de raideur très prononcée du pouce et des autres doigts et d'atrophie de la main.....	50 à 55	40 à 45

Ablation de trois doigts avec les métacarpiens correspondants:

Index et deux autres doigts.....	40 à 50	30 à 40
Médius, annulaire, auriculaire (suivant l'état de mobilité du pouce et de l'index).....	40 à 50	30 à 35
Lors d'immobilisation du pouce et du doigt restant.....	55 à 60	45 à 50

Ablation de trois doigts sans les métacarpiens correspondants:		
Index et deux autres doigts (lors de mobilité conservée du pouce et du doigt restant).....	40 à 45	30 à 35
Médius, annulaire, auriculaire (lors de mobilité conservée du pouce et du doigt restant).....	30 à 35	20 à 25
Lors d'immobilisation du pouce et du doigt restant.....	55 à 60	45 à 50

Ablation de la phalangette du pouce et des deux dernières phalanges de l'index:		
Avec mobilité complète des moignons.....	18 à 20	13 à 15
Sans mobilité des moignons.....	28 à 30	20 à 25

Ablation totale du pouce et de l'index:		
Si les autres doigts sont assez mobiles pour faire préhension avec la paume.....	40 à 45	35 à 40
Si les autres doigts sont déviés ou de mobilité plus ou moins incomplète.....	50 à 60	40 à 50
Ablation totale du pouce et de trois ou de deux doigts autres que l'index.....	50 à 60	40 à 45

Ablation de quatre doigts:		
Le pouce restant et mobile.....	45 à 50	35 à 45
Lors d'immobilisation du pouce restant.....	55 à 60	45 à 55

Ablation simultanée aux deux mains:		
Des pouces et de tous les doigts.....	100	
Des pouces et de tous les doigts à l'exception d'un seul.....	95 à 100	
Des pouces ou de trois ou quatre doigts.....	90 à 95	
Des deux pouces.....	60 à 70	
Des deux pouces et des deux index.....	80 à 85	
Des deux pouces et de trois ou quatre doigts autres que les index.....	70 à 80	

Métacarpe

Cal plus ou moins difforme, saillant, gêne motrice des doigts correspondants.....	5 à 15	4 à 12
Fractures avec perte de substance osseuse sur l'un ou l'autre bord de la main, déviation secondaire de la main, écartement ou gêne motrice importante des doigts.....	10 à 20	8 à 15
Fracture de Bennett.....	8 à 15	6 à 12

Perte totale de la main

Par désarticulation du poignet ou amputation très basse de l'avant-bras.....	68 à 70	58 à 60
Par désarticulation des cinq métacarpiens.....	68 à 70	58 à 60
Par amputation intra - métacarpienne.....	68 à 70	58 à 60
Par ablation du pouce et des quatre doigts.....	68 à 70	58 à 60
Perte des deux mains.....	100	

Poignet

- a) Les mouvements de flexion et d'extension varient normalement entre 95° et 130°;
- b) Les mouvements de pronation et de supination embrassent normalement un angle total de 180°.

Fractures et luxations

Luxation (fracture du semi-lunaire).....	8 à 20	6 à 15
Fracture du scaphoïde carpien.....	6 à 20	5 à 15
Luxation du demi - lunaire et du grand os.....	20 à 25	15 à 25
Ostéoporose post-traumatique.....	10 à 25	8 à 20

Raideurs articulaires et ankyloses partielles

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

Ankyloses complètes

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

Pseudarthrose (Poignet ballant)

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

Main botte, radial ou cubitale

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

CHAPITRE III

V A I S S E A U X

Art. 24. - ANEVRIsmES (1).

Evaluation de l'invalidité suivant la gêne fonctionnelle.

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

Art. 25. - OBLITERATIONS VASCULAIRES.

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

a) Peut exister sans occasionner l'invalidité.

a') Atrophie du membre sous-jacent compliquée
de..... 10 à 40

raideurs articulaires

a") Lors de lésions nerveuses simultanés (voir nerfs).

a'') Lors de sphacèle périphérique du membre (voir amputation).

B. - Veineuses:

b) Lors d'oedème chronique, dûment vérifié..... 10 à 30

b') Oblitération bilatérale et oedème chronique
aux deux membres inférieurs gênant la marche
et la station debout..... 20 à 50

Art. 26. - VARICES.

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

Complication des varices

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

Ulcère variqueux récidivant étendu..... 15 à 30
(si gros oedème etc...)

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

Phlébite chronique (voir oblitérations veineuses).

CHAPITRE IV

NEURO-PSYCHIATRIE, CRANE, RACHIS

Art. 27. - NERFS PERIPHERIQUES.

1° - Lésions traumatiques:

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

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

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

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

A. - Membre supérieur

Paralysie totale du membre supérieur.....	70 à 80	60 à 70
Paralysie radiculaire supérieure Duchenne-Erb comprenant deltoïde, biceps, brachial antérieur, caraco-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 nef circonflexe.....	25 à 30	20 à 30
Paralysie du nerf musculo - cutané (biceps), cette paralysie permet, cependant, la flexion de l'avant-bras sur le bras par le long supinateur.	15 à 25	10 à 20
- Paralysie du nerf médian:		
a) Au bras (paralysie des muscles anti- brachiaux).....	45 à 55	35 à 45
b) Au poignet (paralysie de l'éminence thénar anesthésie).....	15 à 25	5 à 15
- Paralysie du nerf cubital:		
a) Au bras (muscles antibrachiaux et muscles de la main).....	25 à 35	15 à 25
b) Au poignet (muscles de la main, 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 associé du médian et du cubital.....	45 à 55	45 à 55
Syndrôme de paralysie du sympathique cervical (Claude B. Horner), myosis enophtalmie, rétrécissement de la fente palpébrale, majoration de.....	5 à 10	
Syndrôme d'exploitation du sympathique cervical (Pourfour Du Petit), mydriase exophtalmie, majoration de.....	5 à 10	
Ulcérations persistantes, troubles trophiques cutanés, majoration de.....	5 à 20	
Réaction névritique (douleurs, raideurs, rétractions fibreuses, troubles trophiques, etc...), majoration de.....	8 à 50	
Réaction causalgique majoration de.....	30 à 60	

B. - Membre inférieur

Paralysie totale d'un membre inférieur:

1° Flasque.....	70 à 80
2° Spasmodique.....	10 à 50
Paralysie complète du nerf sciatique.....	35 à 45

Paralysie du nerf sciatique poplité externe.....	15 à 30
Paralysie du nerf sciatique poplité interne.....	15 à 25
Paralysie du nerf crural.....	45 à 55
Paralysie du nerf obturateur.....	10 à 20
Ulcérations persistantes, troubles trophiques cutanés, majoration de.....	5 à 20
Réaction causalgique, majoration de.....	20 à 60
Réactions névritiques, majoration de.....	10 à 40

2° - Névrites périphériques:

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

3° - Algies:

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

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

a) Un grand nombre de névralgies sont symptomatiques, en rapport avec une lésion organique quelconque (névrites spontanées ou traumatismes des nerfs, compressions ou inflammations des troncs nerveux par lésion articulaire ou osseuse de voisinage, radiculites, myélites ou 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 sur ajouté, légitimant une majoration de l'invalidité proportionnelle à leur intensité;

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

c) L'invalidité doit être appréciée en fonction à la fois de l'intensité et de l'extension des névralgies, de la gêne fonctionnelle apportée au travail et du retentissement possible sur l'état général.

Elle est donc infiniment variable, selon les cas, selon les réactions du blessé et selon même les périodes de l'affection.

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

Névrалgie sciatique

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

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

Art. 28. - COLONNE VERTEBRALE.

1° - Fractures et luxations:

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

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

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

Paraplégie par traumatisme médullaire (voir paraplégie médullaire).

Hémiplégie spinale (souvent légère):

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

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

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 soit localisées au siège précis du traumatisme, qu'elles se constituent rapidement, puis perdant leur caractère évolutif, ont tendance à se fixer, parfois même à régresser contrairement aux lésions analogues non traumatiques qui sont plus diffuses et dont l'évolution est plus lente, mais indéfiniment progressive.

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

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

Rhumatisme vertébral:

Immobilisation douloureuse de la région lombaire
(lombarthrie) selon le degré d'immobilisation
et de douleurs..... 5 à 25
Immobilisation douloureuse de la région
cervicale..... 5 à 25
Avec douleurs à forme névralgique irradiées
le long des membres supérieurs ou inférieurs
à forme de névrite brachiale ou curale..... 20 à 40

Spondylose rhizomélique (immobilisation du
rachis, des branches et des épaules):

1° l'immobilisation est limitée à la région

lombaire; elle est modérément douloureuse,
la mobilité des hanches n'est pas très
réduite..... 20 à 30

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

3° - Lésions ostéomyélitiques:

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

4° - Anomalies vertébrales:

Les anomalies vertébrales (anomalies d'occlusion du rachis: spina
bifida, vices de différenciation régionale: sacralisation lombalisation,
côtes cervicales, syndrome de réduction numérique, spondyloisthésis), 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.

Spondyloisthésis modifié par traumatisme..... 5 à 15

Art. 29. - MOELLE.

1° - Paralégies médullaires:

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

Ces diverses paraplégies peuvent être flasques ou spasmodiques, 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'importance motrice plus ou moins grande, concernant les mouvements
nécessaires aux soins corporels et à l'alimentation en particulier.

2° - Quadriplégie:

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

a) Quadriplégie incomplète permettant la marche
avec ou sans appuis laissant une utilisation
relative des membres supérieurs pour

l'entretien corporel.....	60 à 90
b) Quadriplégie nécessitant le confinement au lit.....	100

3° - Syndrôme de Brown - Sequard:

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

4° - 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..... 100

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

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

5° - Atrophies musculaires médullaires:

Les atrophies musculaires de cet ordre à indemniser peuvent être:

Soit résiduelles et fixes;
Soit évolutives et progressives;
Soit exceptionnellement régressives.

Membre supérieur

Atrophie des muscles de la main.....	5 à 30	5 à 20
Atrophie des muscles de l'avant-bras.....	10 à 40	10 à 30
Atrophie des muscles de la main et de l'avant- bras.....	20 à 60	20 à 50
Atrophie des muscles du bras.....	10 à 40	10 à 30
Atrophie des muscles de l'épaule et de la ceinture scapulaire.....	10 à 40	10 à 30
Atrophie des muscles du bras, de l'épaule et de la ceinture scapulaire.....	20 à 60	20 à 50
Atrophie complète avec impotence absolue d'un membre.....	75	65
Atrophie complète avec impotence absolue des des membres.....		100

Membre inférieur

Atrophie des muscles du pied.....	5 à 15
-----------------------------------	--------

Atrophie des muscles de la jambe (région Antéro - externe).....	10 à 20
Atrophie des muscles de la jambe (en totalité)..	10 à 30
Atrophie des muscles du pied et de la jambe.....	20 à 40
Atrophie des muscles de la cuisse (région antérieure).....	20 à 40
Atrophie des muscles de la cuisse (en totalité).	20 à 50
Atrophie des muscles de la ceinture pelvienne et de la masse sacro - lombaire.....	30 à 50
Atrophie des muscles de la cuisse, de la ceinture pelvienne et de la masse sacro - lombaire.....	30 à 60
Atrophie complète avec impotence absolue:	
D'un membre.....	70
Des deux membres.....	100

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

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

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

7° - Troubles sphinctériens et génitaux:

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

Rétention fécale:

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

Incontinence fécale:

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

Troubles génitaux:

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

Priapisme incoercible et douloureux suivant l'intensité et la fréquence (considéré comme manifestation isolée de lésions organiques

médullaires ou radiculaires)..... 10 à 20

8° - Syringomyélie:

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

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

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

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

Art. 30. - NERFS CRANIENS.

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

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

Nerf olfactif. Anosmie simple (unilatérale ou bilatérale).

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

Nerf optique (voir barème d'acuité visuelle).

Nerfs moteurs oculaires:

Ptosis unilatéral (état définitif).

Ptosis bilatéral.

Diplopie permanente et définitive.

Diplopie épisodique variable.

(Se référer au barème des affections oculaires).

Nerf trijumeau:

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

Algie avec ou sans anesthésie:

Algie du type intermittent "tic douloureux"..... 25 à 70

Algie du type continu sympathologique..... 30 à 80

Nerf facial:

Syndrôme de paralysie, paralysie du type périphérique:

Paralysie totale et définitive avec réaction de dégénérescence complète..... 20 à 30

Paralysie partielle et définitive..... 10 à 30

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

Syndrôme d'excitation:

Contracture post paralytique suivant la défiguration..... 0 à 10

Spasmes (hémispasme facial dit essentiel) ou Post paralytique:

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 glosseo - pharyngien:

Paralysie bilatérale exceptionnelle ( valuation suivant le degré des troubles fonctionnels observés)..... 5 à 10

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

Nerf hypoglosse:

Hémiatrophie et réaction de dégénérescence unilatérale..... 10
Bilatérale (exceptionnelle)..... 50 à 60

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

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

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

Lésions du cuir chevelu avec phénomènes douloureux, sans brèche osseuse complète.....	0 à 15
Scalp ou brûlures du cuir chevelu avec cicatrices douloureuses selon l'étendue.....	5 à 20
Perte de cheveux (si elle gêne le travail).....	4 à 6
Enfoncement de la table externe des os du crâne.	0 à 10
Brèche osseuse depuis 1 centimètre carré jusqu'à 4 centimètres carrés.....	20 à 30
Brèche osseuse avec battements duremériens et impulsions à la toux jusqu'à 12 centimètres carrés.....	20 à 50
Brèche osseuse supérieure à 12 centimètres carrés sans troubles subjectifs.....	50 à 70
Syndrôme subjectif commun des blessures du crâne (céphalée, éblouissements, vertiges), troubles de l'humeur et du caractère, émotivité, angoisse, fatigabilité, insomnie, diminution de la mémoire, troubles vaso-moteurs, tous phénomènes dont la régression est d'ailleurs habituelle (à évaluer séparément).....	5 à 50

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

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

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

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

Conséquences isolées de certaines commotions.

Syndrôme subjectif, céphalées et étourdissements..... 5 à 10

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

Epilepsie généralisée ou jacksonienne:

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

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

Réveillée ou augmentée par la commotion (voir épilepsie).

Commotion cérébro-spinale prolongée (syndrome complet). Inertie, bradycardie, hypotension, etc... 5 à 60

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

Névroses (voir névroses).

Art. 32. - MENINGES.

Méningites. - Etat méninge.

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

Art. 33. - ENCEPHALE.

1° - Hémiplégie organique:

Caractérisée non seulement par des troubles de la motilité mais par le signe 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 elle persiste au-delà de six mois..... 100

b) avec contracture:

Côté droit..... 70 à 80

Côté gauche..... 50 à 70

c) Avec troubles sphinctériens..... 80 à 100

d) Avec aphasia..... 100

Hémiplégie incomplète:

Côté droit..... 10 à 60

Côté gauche..... 8 à 50

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

3° - Paraplégie organique d'origine cérébrale:

Dans la très grande majorité des cas, est incomplète.

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

4° - Aphasie:

(Complète et exceptionnelle).

- a) Avec difficultés de l'élocution, sans
altération considérable du langage intérieur. 10 à 30
- b) Aphasie sensorielle avec altération du
langage intérieur..... 60 à 100
- c) Avec impossibilité de correspondre avec ses
semblables (altération du langage intérieur). 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 hémiplégie, on ajoutera au taux de
l'hémiplégie, un taux de 20.

5° - Diplégie cérébrale:

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

6° - Syndrômes cérébelleux:

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'hémiplégie correspondant):

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

7° - Syndrômes parkinsoniens:

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

Le syndrome parkinsonien peut se présenter sous
des formes diverses et avec des taux d'invalidité
différents..... 10 à 100
Torticolis traumatique..... 15 à 20

Art. 34. - EPILEPSIES.

1° - Epilepsies non jacksonniennes:

A. - Crises convulsives:

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

B. - Equivalents épileptiques:

(Epilepsies non convulsives).

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

Absences, accès vertigineux et épilepsies procrursives:

Leur taux sera estimé de la façon suivante:

Accès vetigineux 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

2° - Epilepsies jacksonniennes:

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

Art. 35. - SYSTEME SYMPATHIQUE.

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

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

Art. 36. - NEVROSES.

A. - Etats neuro-psychasthéniques.

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

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

Signes fonctionnels d'ordre somatique sans symptômes objectifs.....	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:

Syndrômes anxieux provoqués par un gros accident (explosions, électrocutions, etc...) suivant l'intensité des symptômes considérés en eux-mêmes.....	10 à 50
--	---------

B. - Etats hystériques et pithiatiques:

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

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

C. - Syndrômes moteurs fonctionnels.

Sans base organique décelable.....	0 à 20
------------------------------------	--------

Art. 37. - MALADIES MENTALES.

Démences

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

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

CHAPITRE V

LESIONS MAXILO-FACIALES ET STOMATOLOGIE

Art. 38. - VASTES MUTILATIONS DE LA FACE.

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

Art. 39. - MUTILATIONS LIMITEES DE LA FACE.

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

1° Le nombre des dents conservées et utilisables,

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

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

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

A. - Maxillaire supérieur.

I. - Consolidation vicieuse:

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

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

On attribue, à chaque dent, un coefficient particulier:

Incisives.....	1
Canines.....	2
Prémolaires.....	3
Molaires.....	5

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

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

II. - Perte de substance:

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

B. - Maxillaire inférieur.

I. - Consolidation vicieuse:

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

II. - Perte de substance et pseudarthrose:

- 1° Vaste perte de substance avec pseudarthrose très lâche ne permettant ni la mastication ni la pose d'une prothèse (y compris le déficit dentaire)..... 60 à 85
- 2° Pseudarthrose plus serrée suivant la possibilité de mastication ou de prothèse et suivant son siège d'après le détail ci-dessous

(majorant le déficit dentaire)..... 0 à 25

Pseudarthrose serrée de la branche ascendante: 0 à 5 p. 100
Pseudarthrose lâche de la branche ascendante: 10 à 15 p. 100
Pseudarthrose serrée de la branche horizontale: 5 à 10 p. 100
Pseudarthrose lâche de la branche horizontale: 15 à 25 p. 100
Pseudarthrose serrée de la région symphysaire: 10 à 15 p. 100
Pseudarthrose lâche de la région symphysaire: 10 à 25 p. 100

3° Perte de substance partielle de l'arcade dentaire permettant une prothèse fonctionnellement bonne (majorant le déficit dentaire)..... 0 à 5

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

C. - Articulation temporo-maxillaire.

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

D. - Constriction des mâchoires.

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

E. - Langue.

Amputation partielle de la langue avec un très léger degré de gêne de la parole, de la mastication, de la déglutition..... 10 à 20
Amputation étendue avec gêne fonctionnelle..... 35 à 75
Amputation totale..... 80

Paralysie de la langue, sensibilité et mobilité (voir neurologie).

F. - Dents.

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

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

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

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

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

CHAPITRE VI

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Art. 40. - NEZ

I. - Sténoses nasales:

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

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

a) Sténose unilatérale:

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

b) Sténose bilatérale:

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

c) Perforation de la cloison nasale:

N'entraîne pas en général d'incapacité permanente.

II. - Troubles olfactifs:

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

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

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

III. - Troubles esthétiques par mutilation nasale:

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

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

Art. 41. - SINUSITES.

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

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

I. - Sinusites maxillaires:

Les résultats thérapeutiques sont généralement favorables.

a) Sinusite maxillaire unilatérale..... 5 à 10
b) Sinusite maxillaire bilatérale..... 10 à 15

N.B. - Sinusite maxillaire avec fistule endo-
buccale ou extérieure (résultat thérapeutique
aléatoire). Majoration de..... 0 à 10

II. - Sinusites fronto-ethmoïdales:

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

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

N.B. - 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-ethmoïdites 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 substances endo-nasales étendues et s'accompagnent de troubles respiratoires purement fonctionnels.

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

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

Art. 42. - LARYNX.

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

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

1° la mobilité des cordes vocales,

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

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

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

Les troubles vocaux et respiratoires peuvent être associés.

I. - Troubles vocaux:

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

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

II. - Troubles respiratoires:

(Paralysie récurrentielle bilatérale exceptionnellement surtout

cicatrices étendues et sténosantes).

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

Art. 43. - PHARYNX.

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

Sténoses nasales.

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

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

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

Art. 44. - OESOPHAGE.

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

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

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

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

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

Art. 45. - OREILLE.

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

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

I. Surdité:

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

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

Exagération, psychose post-traumatique, pithiatisme

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

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

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

Détermination de l'acuité auditive

L'acoumétrie phonique est à la base de l'évaluation de l'incapacité. On notera donc pour chaque oreille, la distance à laquelle le sujet perçoit des mots prononcés à voix haute ou de conversation (V.H.) et à voix basse ou chuchotée (V.C.). Afin d'explorer l'ensemble du champ auditif phonique, le répertoire comprendra des mots izozonaux, les uns de tonalité aiguë, les autres à tonalité grave et des mots h t rozonaux composés d'un phonème aigu et d'un grave.

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

A la notation de la perception de la voix, il est d'usage de joindre celle de la perception de la montre: acoum tre instrumental simple, qu'on a toujours sous la main, donnant ces résultats précis et comparables entre eux d'un examen à l'autre.

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

Diagnostic du type de surdité/

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

Ce diagnostic présente un double intérêt:

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

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

Diagnostic de l'origine:

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

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

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

Evolution et pronostic des surdités traumatiques:

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

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

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

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

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

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

Pourcentage d'incapacité pour surdité:

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

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

b) Surdité moyenne. - Dès qu'un sourd ne peut plus converser qu'en tête-à-tête, sa capacité ouvrière est fortement réduite. Cette surdité moyenne existe approximativement à partir du moment où la V.H. n'est plus perçue qu'à un mètre et la V.C.   10 centimètres. Notons qu'une surdité unilatérale même complète n'empêche pas de participer à une conversation générale; elle reste dans le cadre des surdités légères;

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

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

(1) La prothèse acoustique ne peut guère être utilisée dans les

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

Art. 45. - ruryurytrtyytr try try try

TABLEAU D'EVALUATION DES DIVERS DEGRES DE SURDITE
(Ce tableau se lit comme une table de pythagore)

N.B. En cas d'association I Oreille sourde ou la plus sourde									
de la surdité avec d'autreI-----I-----I-----I-----I-----									

�l�ments d'incapacité, lesI I I I I V.H									
pourcentages ci-contre, I I I I I Iau									
pavill- seront appliqués conformé-I V.H. I V.H. I V.H. I V.H.									
Ion ou non ment au calcul des incapa-I I I I I									
I per�e cit�s multiples. Seule, I 4 � 5 m I 2 � 4 m I 1 � 2 m I 0,25									
I surdit� l'association surdit�- I I I I I � 1 m									
Ipratiqem- bourdonnements doit �tre I I I I I									
Ient totale calcul�e par audition de I-----I-----I-----I-----									
----I-----									
deux pourcentages. I V.C. I V.C. I V.C. I V.C. au I V.C.									
I I I I I I									
I I I I I I									
I0,50-0,80I0,25-0,50I0,05-0,25I per�e I									
per�e									
-----I-----I-----I-----I-----									

I V.H. I V.C. I 0 p.100 I 3 p.100 I 8 p.100 I 12 p.100 I 15									
p.100 InormaleI normale I I I I I									
I-----I-----I-----I-----I-----									

I V.H. I V.C. I 5 p.100 I 10 p.100 I 15 p.100 I 20 p.100 I 25									
p.100 I4 � 5 mI0,50-0,80I I I I I									
I-----I-----I-----I-----I-----									

I V.H. I V.C. I 10 p.100 I 15 p.100 I 25 p.100 I 30 p.100 I 35									
p.100 I2 � 4 mI0,25-0,50I I I I I									
I-----I-----I-----I-----I-----									

Oreille I V.H. I V.C. I 15 p.100 I 25 p.100 I 35 p.100 I 40 p.100 I 45									
p.100 normale I1 � 2 mI0,05-0,25I I I I I									
ou la I-----I-----I-----I-----I-----									

moins I V.H. I V.C. I I I I I I									
sourde I0,25-1mIau pavillI20 p.100 I 30 p.100 I 40 p.100 I 50 p.100 I 60									
p.100 I I I I I I									
I I I I I I									
I-----I-----I-----I-----I-----									

I V.H. I I I I I I									
Iau pavii I I I I I I									

	Illon ouI	V.C.	I	I	I	I	I
	I non I		I	I	I	I	I
p.100	Iperçue I	non	I25 p.100	I35 p.100	I45 p.100	I60 p.100	I70
	I surdit�I	Iperçue I	I	I	I	I	I
	Ipratiq�I		I	I	I	I	I
	Iement I		I	I	I	I	I
	I totale I		I	I	I	I	I

Remarque relative au métier utilisant spécialement la fonction auditive

Tel sujet ne présente qu'une faible hypoacousie pour la voie, peut avoir perdu la perception des sons graves ou des sons aigus ou plus rarement la perception de certains sons intermédiaires (trous auditifs); l'exercice de son métier peut en souffrir; noter que certains hypoacousiques mêmes légers "entendent faux". On insistera donc ici sur l'acoumétrie instrumentale de 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.

Les musiciens professionnels (exécutants, fabricants, accordeurs), ne sont pas les seuls à rentrer dans cette catégorie d'expertisés. Il faut y joindre, les téléphonistes, les employés de T.S.F., les contrôleurs de sons dans l'industrie cinématographique, les secrétaires et sténo-dactylographes.

Certains ouvriers spécialisés de l'industrie automobile ont besoin d'une acuité auditive intacte:  preuves au banc d'essai, mise au point d'un moteur ou de tout autre mécanisme, rodage d'engrenages (la plupart des ateliers comportent des "chambres de silence").

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

II. - Bourdonnements:

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

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

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

III. - Vertiges et troubles de l'équilibre:

On admet généralement que le vertige traduit toujours une atteinte du labyrinthe ou plus exactement du vestibule, en entendant par ce mot,

non seulement l'appareil périphérique, partie de l'oreille interne, mais aussi ses voies nerveuses centrales. Le vertige phénomène subjectif, s'accompagne toujours en principe, de troubles de l'équilibre, phénomène objectif.

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

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

Variétés de vertiges

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

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

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

Diagnostic - contrôle

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

a) Comportement général du blessé:

Son interrogatoire.

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

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

b) Recherche des troubles vestibulaires objectifs spontanés:

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

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

Art. 47. - ANNEXES DE L'OEIL.

I. - Orbite:

1° Nerfs moteurs:

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

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

2° Nerfs sensitifs:

Névrites, névralgies très douloureuses..... 15 à 25

(1) Exemple:

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

V.O.G. opéré = 5/10 + 10 d.

ou encore:

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

V.O.D. = 10/10.

(à ramener à 30 p. 100).

(2) Exemple:

Oeil opéré: 10/10 + 10 d.)
= 20 + 19 à 22) = 39 à 42

Oeil non opéré: 1/10 (

(3) Exemple:

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

OG aphake 7/10 (

OD aphake 3/10)
 = 35 + (18 à 21) = 53 à 56.
OG aphake 5/10 (
 (= 35 + (70 à 80) = 105 à 115, taux à ramener
OD aphake 1/10) à 100 p. 100: l'aphake bilatéral peut, en effet,
être
 (considéré dans ce cas comme se trouvant en état
OG aphake 1/10) d'incapacité professionnelle absolue.

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

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

II. - Paupières:

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

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

Un oeil..... 5 à 25
Les deux yeux..... 20 à 70

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

4° Voies lacrymales:

Larmoiement..... 0 à 10

Fistules (résultant par exemple de dacryocystiye
ou de lésions osseuses):

Pour chaque oeil..... 5 à 10

CHAPITRE VIII

THORAX

Art. 48. - FRACTURES.

Fracture du sternum

La fracture isolée du sternum est:

- a) Simple..... 3 à 10
- b) Avec enfoncement sans lésions et suivie de
douleurs qui empêchent tout effort violent... 10 à 20
- c) Avec lésions profondes du coeur, 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
Hémothorax. Adhérences et réaction thoraciques consécutives.....	5 à 20
Pyothorax empyème), suivant le fonctionnement pulmonaire révélé par les signes physiques et la radioscopie, le retrait de la cage thoracique ou le retentissement sur l'état général.....	10 à 50
Hernie irréductible du poumon.....	10 à 40

Art. 49. - TUBERCULOSE (1).

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

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

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

- 1° Il n'existe pas du fait de l'accident, de modification de la lésion antérieure: il y a seulement à évaluer la durée de l'incapacité temporaire (poussée évolutive).....
- 2° Il existe, du fait de l'accident une modification de la lésion antérieure: il y a à évaluer cette modification sous forme d'une incapacité permanente..... 10 à 100

Art. 50. - COEUR ET AORTE.

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

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

a) Bien compensées.....	5 à 20
b) Avec troubles fonctionnels caractérisés.....	20 à 80
c) Avec asystolie confirmée.....	80 à 100
d) Ruptures traumatiques de valvules.....	50 à 100
Affections cardio-rénales consécutives à une maladie infectieuse ou à une intoxication suivant les troubles fonctionnels ou les complications.....	
	30 à 90
Astério -sclérose (Ne donne pas lieu à estimation d'invalidité).	

Anévrisme de l'aorte. L'anévrisme de l'aorte dans les cas très rares où il est d'origine traumatique ou infectieuse en dehors de la syphilis..... 40 à 80

CHAPITRE IX

ABDOMEN

Art. 51. - ESTOMAC.

Ulcère chronique (1):

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

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

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

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

Art. 52. - INTESTIN GRELE.

Fistules intestinales:

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

Art. 53. - GROS INTESTIN.

Fistules stercorales:

a) Fistule stercorale étroite ne livrant passage

qu'à des gaz et à quelques matières liquides.	20 à 30
b) Fistule stercorale livrant passage à une certaine quantité de matières, la défécation s'effectuant à peu près normalement.....	30 à 40
c) Anus contre nature livrant passage à la presque totalité du contenu intestinal avec défécation supprimée ou presque.....	80 à 90
Frolapsus du rectum: voir incontinence ou rétention fécale.....	80 à 90
Fistules anales: suivant leur siège (extra-sphinctérienne ou intra-sphinctérienne), leur nombre et leur étendue.....	10 à 40
Incontinence ou rétention fécale par lésions du sphincter ou de l'orifice anal avec ou sans prolapsus du rectum.....	30 à 70
Appendicite (si imputable et opérée suivant l'état de la cicatrice).....	0 à 30
Hernies (en relation avec l'accident):	
Hernie inguinale opérée.....	0
Hernie inguinale réductible bien maintenue.....	5 à 8
Hernies bilatérales (d'après les caractères)....	5 à 12
Hernie inguinale irréductible.....	15 à 25
Hernie crurale, ombilicale, ligne blanche épigastrique.....	5 à 12

Art. 54. - PAROIS DE L'ABDOMEN.

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

Cicatrices ou éventrations:

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

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

Art. 55. - FOIE.

Rein mobile toujours indépendant du traumatisme. ou post-opératoires.....	20 à 60
---	---------

Art. 56. - RATE.

Splénectomie suivant le résultat de l'examen
du sang au repos et après effort..... 15 à 30

CHAPITRE X

APPAREIL GENITO-URINAIRE

Art. 57. - REINS.

Néphrectomie avec intégrité fonctionnelle de
l'autre rein..... 30
Néphrectomie avec azotémie irréductible de 0,60
à 1 gramme..... 30 à 60
Néphrectomie avec azotémie irréductible
supérieure à 1 gramme..... 60 à 100
Néphrectomie même si la modification rénale
n'atteint pas ce taux lorsqu'il y a une
complication cicatricielle, éventration,
paralysie partielle des muscles de l'abdomen.... 50 à 70
Éventration lombo-abdominale seule..... 10 à 30
Contusions et ruptures du rein selon séquelles:
Azotémie, albuminurie, hémasturie, 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 périnephrétique après traumatisme à
distance infecté (panaris, phlegmon, etc...) ou
après contusion rénale..... 10 à 20
Tuberculose rénale:
Modification par traumatisme..... 15 à 30

Art. 58. - VESSIE.

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.

Art. 59. - URETRE.

Rétrécissement de l'urètre postérieur:

Infranchissable.....	60 à 80
Difficilement franchissable.....	30 à 50
Facilement dilatable.....	15 à 30
Avec destruction du sphincter anal et incontinence des matières.....	60 à 90

Rétrécissement de l'urètre antérieur:

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

Destruction totale de l'urètre antérieur:

La miction se faisant:

Par méat 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).

Art. 60. - APPAREIL GENITAL.

Atrophie ou destruction ou suppression opératoire:

a) D'un testicule.....	1 à 10
b) Des deux testicules suivant l'âge.....	20 à 50
Emasculatation totale, c'est-à-dire disparition de la verge, de l'urètre antérieur, du scrotum et des testicules (la miction se faisant par un méat périnéal ou hypogastrique).....	80 à 90
Hématocèle et hydrocèle post-traumatique.....	5 à 15
Séquelle de contusion du testicule ou torsion...	5 à 10

Tuberculose épидидymo -testiculaire modifiée par le traumatisme:

Unilatérale.....	10 à 15
Bilatérale avec lésions prostatovésiculaires...	15 à 30

CHAPITRE XI

BASSINS

Art. 61. -

Luxation irréductible du pubis ou relâchement étendu de la symphyse pubienne..... 10 à 25

Fractures du bassin:

Partielle (aile iliaque, branche horizontale de pubis et branche ichéopubienne)..... 8 à 18
Double verticale, etc... .. 15 à 40
Ducotyle et luxation centrale..... 25 à 70

Fractures du sacrum:

a) Aileron..... 5 à 10
b) Verticale ou transversale simple..... 15 à 40
c) Avec troubles sphinctériens et génitaux..... 60 à 80
Fractures du coccyx suivant les séquelles douloureuses..... 5 à 20
Arthrite sacro-iliaque..... 8 à 25

CHAPITRE XII

CICATRICES

Art. 62. -

(Voir raideurs et ankyloses des divers articulations).

Cicatrices de l'aisselle limitant plus ou moins l'abduction du bras:

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

Cicatrices du coude entravant l'extension complète; extension limitée:

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

Cicatrices du creux poplité entravant l'extension complète:

Extension limitée:

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

Cicatrices de la plante du pied incurvant la pointe ou l'un des bords..... 10 à 30

Cicatrices douloureuses et ulcérées suivant le

siège, l'étendue et l'intensité des accidents...	5 à 25
Ostéomes.....	5 à 10

CHAPITRE XIII

OSTEOMYELITE

Art. 63. -

Fistule persistante unique.....	10 à 15
Fistule persistante multiple rebelle à des interventions répétées avec os volumineux et irrégulier.....	20 à 50
Ostéomyélite aigue des adolescents (exceptionnellement traumatique). Cicatrisation, mais persistance d'un os volumineux, irrégulier, douloureux par places...	5 à 10

CHAPITRE XIV

SIPHILIS

Art. 64. -

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

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

B. - Réveil d'accidents syphilitiques tertiaires à l'occasion de traumatismes (gommages, etc...) (Même remarque qu'en ce qui concerne la tuberculose pulmonaire et l'ulcère de l'estomac.

(Voir chapitres VIII et IX).

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

Fait à Alger, le 11 avril 1967.

Abdelaziz ZERDANI.

tant..... 55 à 60 45 à 50

Ablation de la phalangette du pouce et des deux dernières phalanges de l'index:		
Avec mobilité complète des moignons.....	18 à 20	13 à 15
Sans mobilité des moignons.....	28 à 30	20 à 25

Ablation totale du pouce et de l'index:		
Si les autres doigts sont assez mobiles pour faire préhension avec la paume.....	40 à 45	35 à 40
Si les autres doigts sont déviés ou de mobilité plus ou moins incomplète.....	50 à 60	40 à 50
Ablation totale du pouce et de trois ou de deux doigts autres que l'index.....	50 à 60	40 à 45

Ablation de quatre doigts:		
Le pouce restant et mobile.....	45 à 50	35 à 45
Lors d'immobilisation du pouce restant.....	55 à 60	45 à 55

Ablation simultanée aux deux mains:		
Des pouces et de tous les doigts.....	100	
Des pouces et de tous les doigts à l'exception d'un seul.....	95 à 100	
Des pouces ou de trois ou quatre doigts.....	90 à 95	
Des deux pouces.....	60 à 70	
Des deux pouces et des deux index.....	80 à 85	
Des deux pouces et de trois ou quatre doigts autres que les index.....	70 à 80	

Métacarpe

Cal plus ou moins difforme, saillant, gêne motrice des doigts correspondants.....	5 à 15	4 à 12
Fractures avec perte de substance osseuse sur l'un ou l'autre bord de la main, déviation secondaire de la main, écartement ou gêne motrice importante des doigts.....	10 à 20	8 à 15
Fracture de Bennett.....	8 à 15	6 à 12

Perte totale de la main

Par désarticulation du poignet ou amputation très basse de l'avant-bras.....	68 à 70	58 à 60
Par désarticulation des cinq métacarpiens.....	68 à 70	58 à 60
Par amputation intra-métacarpienne.....	68 à 70	58 à 60
Par ablation du pouce et des quatre doigts.....	68 à 70	58 à 60
Perte des deux mains.....		100

Poignet

- a) Les mouvements de flexion et d'extension varient normalement entre 95° et 130°;
- b) Les mouvements de pronation et de supination embrassent normalement un angle total de 180°.

Fractures et luxations

Luxation (fracture du semi-lunaire).....	8 à 20	6 à 15
Fracture du scaphoïde carpien.....	6 à 20	5 à 15
Luxation du demi-lunaire et du grand os.....	20 à 25	15 à 25
Ostéoporose post-traumatique.....	10 à 25	8 à 20

Raideurs articulaires et ankyloses partielles

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

Ankyloses complètes

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

Pseudarthrose (Poignet ballant)

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

Main botte, radial ou cubitale

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

CHAPITRE III

V A I S S E A U X

Art. 24. - ANEVRI SMES (1).

Evaluation de l'invalidité suivant la gêne fonctionnelle.

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

Art. 25. - OBLITERATIONS VASCULAIRES.

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

a) Peut exister sans occasionner l'invalidité.

a') Atrophie du membre sous-jacent compliquée de..... 10 à 40

raideurs articulaires

a") Lors de lésions nerveuses simultanés (voir nerfs).

a''') Lors de sphacèle périphérique du membre (voir amputation).

B. - Veineuses:

b) Lors d'oedème chronique, dûment vérifié..... 10 à 30

b') Oblitération bilatérale et oedème chronique
aux deux membres inférieurs gênant la marche
et la station debout..... 20 à 50

Art. 26. - VARICES.

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

Complication des varices

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

Ulcère variqueux récidivant étendu..... 15 à 30
(si gros oedème
etc...)

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

Phlébite chronique (voir oblitérations veineuses).

CHAPITRE IV

NEURO-PSYCHIATRIE, CRANE, RACHIS

Art. 27. - NERFS PERIPHERIQUES.

1° - Lésions traumatiques:

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

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

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

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

A. - Membre supérieur

Paralysie totale du membre supérieur..... 70 à 80 60 à 70
Paralysie radiculaire supérieure Duchenne-Erb

comprenant deltoïde, biceps, brachial antérieur, caraco-brachial long supinateur.....	45 à 55	35 à 45
Paralysie radriculaire 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 nef circonflexe.....	25 à 30	20 à 30
Paralysie du nerf musculo-cutané (biceps), cette paralysie permet, cependant, la flexion de l'avant-bras sur le bras par le long supinateur.	15 à 25	10 à 20
- Paralysie du nerf médian:		
a) Au bras (paralysie des muscles anti- brachiaux).....	45 à 55	35 à 45
b) Au poignet (paralysie de l'éminence thénar anesthésie).....	15 à 25	5 à 15
- Paralysie du nerf cubital:		
a) Au bras (muscles antibrachiaux et muscles de la main).....	25 à 35	15 à 25
b) Au poignet (muscles de la main, 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
Syndrôme de paralysie du sympathique cervical (Claude B. Horner), myosis enophthalmie, rétrécissement de la fente palpébrale, majoration de.....	5 à 10	
Syndrôme d'exploitation du sympathique cervical (Pourfour Du Petit), mydriase exophthalmie, majoration de.....	5 à 10	
Ulcérations persistantes, troubles trophiques cutanés, majoration de.....	5 à 20	
Réaction névritique (douleurs, raideurs, rétractions fibreuses, troubles trophiques, etc...), majoration de.....	8 à 50	
Réaction causalgique majoration de.....	30 à 60	

B. - Membre inférieur

Paralysie totale d'un membre inférieur:

1° Flasque.....	70 à 80
2° Spasmodique.....	10 à 50
Paralysie complète du nerf sciatique.....	35 à 45
Paralysie du nerf sciatique poplité externe.....	15 à 30
Paralysie du nerf sciatique poplité interne.....	15 à 25
Paralysie du nerf crural.....	45 à 55

Paralysie du nerf obturateur.....	10 à 20	
Ulcérations persistantes, troubles trophiques cutanés, majoration de.....	5 à 20	
Réaction causalgique, majoration de.....	20 à 60	
Réactions névritiques, majoration de.....	10 à 40	

2° - Névrites périphériques:

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

3° - Algies:

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

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

a) Un grand nombre de névralgies sont symptomatiques, en rapport avec une lésion organique quelconque (névrites spontanées ou traumatismes des nerfs, compressions ou inflammations des troncs nerveux par lésion articulaire ou osseuse de voisinage, radiculites, myélites ou 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 sur ajouté, légitimant une majoration de l'invalidité proportionnelle à leur intensité;

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

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

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

Névrалgie sciatique

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

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

Art. 28. - COLONNE VERTEBRALE.

1° - Fractures et luxations:

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

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

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

Paraplégie par traumatisme médullaire (voir paraplégie médullaire).

Hémiplégie spinale (souvent légère):

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

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

2° - Rhumatisme vertébral:

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

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

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

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

Attitude vicieuse après affection longuement
douloureuse (sciaticque, 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 curale..... 20 à 40

Spondylose rhizomélique (immobilisation du
rachis, des branches et des épaules):

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

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

3° - Lésions ostéomyélitiques:

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

4° - Anomalies vertébrales:

Les anomalies vertébrales (anomalies d'occlusion du rachis: spina bifida, vices de différenciation régionale: sacralisation lombalisation, côtes cervicales, syndrome de réduction numérique, spondyloisthésis), 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.

Spondyloisthésis modifié par traumatisme..... 5 à 15

Art. 29. - MOELLE.

1° - Paralégies médullaires:

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

Ces diverses paraplégies peuvent être flasques ou spasmodiques, 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'importance motrice plus ou moins grande, concernant les mouvements nécessaires aux soins corporels et à l'alimentation en particulier.

2° - Quadriplégie:

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

a) Quadriplégie incomplète permettant la marche avec ou sans appuis laissant une utilisation relative des membres supérieurs pour l'entretien corporel..... 60 à 90

b) Quadriplégie nécessitant le confinement

au lit..... 100

3° - Syndrôme de Brown - Sequard:

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

4° - 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..... 100

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

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

5° - Atrophies musculaires médullaires:

Les atrophies musculaires de cet ordre à indemniser peuvent être:

Soit résiduelles et fixes;
Soit évolutives et progressives;
Soit exceptionnellement régressives.

Membre supérieur

Atrophie des muscles de la main.....	5 à 30	5 à 20
Atrophie des muscles de l'avant-bras.....	10 à 40	10 à 30
Atrophie des muscles de la main et de l'avant-bras.....	20 à 60	20 à 50
Atrophie des muscles du bras.....	10 à 40	10 à 30
Atrophie des muscles de l'épaule et de la ceinture scapulaire.....	10 à 40	10 à 30
Atrophie des muscles du bras, de l'épaule et de la ceinture scapulaire.....	20 à 60	20 à 50
Atrophie complète avec impotence absolue d'un membre.....	75	65
Atrophie complète avec impotence absolue des des membres.....		100

Membre inférieur

Atrophie des muscles du pied..... 5 à 15
Atrophie des muscles de la jambe (région antéro-externe)..... 10 à 20

Atrophie des muscles de la jambe (en totalité)..	10 à 30
Atrophie des muscles du pied et de la jambe.....	20 à 40
Atrophie des muscles de la cuisse (région antérieure).....	20 à 40
Atrophie des muscles de la cuisse (en totalité).	20 à 50
Atrophie des muscles de la ceinture pelvienne et de la masse sacro-lombaire.....	30 à 50
Atrophie des muscles de la cuisse, de la ceinture pelvienne et de la masse sacro-lombaire.....	30 à 60
Atrophie complète avec impotence absolue:	
D'un membre.....	70
Des deux membres.....	100

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

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

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

7° - Troubles sphinctériens et génitaux:

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

Rétention fécale:

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

Incontinence fécale:

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

Troubles génitaux:

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

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

8° - Syringomyélie:

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

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

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

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

Art. 30. - NERFS CRANIENS.

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

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

Nerf olfactif. Anosmie simple (unilatérale ou bilatérale).

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

Nerf optique (voir barème d'acuité visuelle).

Nerfs moteurs oculaires:

Ptosis unilatéral (état définitif).

Ptosis bilatéral.

Diplopie permanente et définitive.

Diplopie épisodique variable.

(Se référer au barème des affections oculaires).

Nerf trijumeau:

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

Algie avec ou sans anesthésie:

Algie du type intermittent "tic douloureux"..... 25 à 70

Algie du type continu sympathologique..... 30 à 80

Nerf facial:

Syndrôme de paralysie, paralysie du type périphérique:

Paralysie totale et définitive avec réaction de dégénérescence complète..... 20 à 30

Paralysie partielle et définitive..... 10 à 30

(La paralysie faciale totale ou partielle du

type périphérique peut être considérée comme définitive après un délai évolutif de deux ans).
Paralysie bilatérale totale suivant l'intensité et l'état des réactions électriques..... 20 à 50

Syndrôme d'excitation:

Contracture postparalytique suivant la défiguration..... 0 à 10

Spasmes (hémispasme facial dit essentiel) ou postparalytique:

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

Nerf auditif:

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

Nerf glosseo-pharyngien:

Paralysie bilatérale exceptionnelle ( valuation suivant le degré des troubles fonctionnels observés)..... 5 à 10

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

Nerf hypoglosse:

Hémiatrophie et réaction de dégénérescence unilatérale..... 10
Bilatérale (exceptionnelle)..... 50 à 60

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

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

Art. 31. - CRANE.

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

Lésions du cuir chevelu avec phénomènes douloureux, sans brèche osseuse complète.....	0 à 15
Scalp ou brûlures du cuir chevelu avec cicatrices douloureuses selon l'étendue.....	5 à 20
Perte de cheveux (si elle gêne le travail).....	4 à 6
Enfoncement de la table externe des os du crâne.	0 à 10
Brèche osseuse depuis 1 centimètre carré jusqu'à 4 centimètres carrés.....	20 à 30
Brèche osseuse avec battements duremériens et impulsions à la toux jusqu'à 12 centimètres carrés.....	20 à 50
Brèche osseuse supérieure à 12 centimètres carrés sans troubles subjectifs.....	50 à 70
Syndrôme subjectif commun des blessures du crâne (céphalée, éblouissements, vertiges), troubles de l'humeur et du caractère, émotivité, angoisse, fatigabilité, insomnie, diminution de la mémoire, troubles vaso-moteurs, tous phénomènes dont la régression est d'ailleurs habituelle (à évaluer séparément).....	5 à 50

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

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

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

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

Conséquences isolées de certaines commotions.

Syndrôme subjectif, céphalées et étourdissements.....	5 à 10
---	--------

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

Epilepsie généralisée ou jacksonienne:

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

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

Réveillée ou augmentée par la commotion (voir épilepsie).

Commotion cérébro-spinale prolongée (syndrome complet). Inertie, bradycardie, hypotension, etc... 5 à 60

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

Névroses (voir névroses).

Art. 32. - MENINGES.

Méningites. - Etat méninge.

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

Art. 33. - ENCEPHALE.

1° - Hémiplégie organique:

Caractérisée non seulement par des troubles de la motilité mais par le signe 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 elle persiste au-delà de six mois..... 100

b) avec contracture:

Côté droit..... 70 à 80

Côté gauche..... 50 à 70

c) Avec troubles sphinctériens..... 80 à 100

d) Avec aphasie..... 100

Hémiplégie incomplète:

Côté droit..... 10 à 60

Côté gauche..... 8 à 50

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

3° - Paraplégie organique d'origine cérébrale:

Dans la très grande majorité des cas, est incomplète.

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

4° - Aphasie:

(Complète et exceptionnelle).

- a) Avec difficultés de l'élocution, sans
altération considérable du langage intérieur. 10 à 30
- b) Aphasie sensorielle avec altération du
langage intérieur..... 60 à 100
- c) Avec impossibilité de correspondre avec ses
semblables (altération du langage intérieur). 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 hémiplégie, on ajoutera au taux de
l'hémiplégie, un taux de 20.

5° - Diplégie cérébrale:

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

6° - Syndrômes cérébelleux:

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'hémiplégie correspondant):

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

7° - Syndrômes parkinsoniens:

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

Le syndrome parkinsonien peut se présenter sous
des formes diverses et avec des taux d'invalidité
différents..... 10 à 100
Torticolis traumatique..... 15 à 20

Art. 34. - EPILEPSIES.

1° - Epilepsies non jacksonniennes:

A. - Crises convulsives:

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

B. - Equivalents épileptiques:

(Epilepsies non convulsives).

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

Absences, accès vertigineux et épilepsies procrursives:

Leur taux sera estimé de la façon suivante:

Accès vetigineux 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

2° - Epilepsies jacksonniennes:

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

Art. 35. - SYSTEME SYMPATHIQUE.

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

Nerfs périphériques. L'incapacité est augmentée par l'adjonction de tourbles sympathiques; causalgie, sympathalgie, troubles vaso-moteurs,

secrétoires, trophiques, réflexes, troubles physiopathiques sympathogénétiques.

Art. 36. - NEVROSES.

A. - Etats neuro-psychasthéniques.

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

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

Signes fonctionnels d'ordre somatique sans symptômes objectifs.....	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:

Syndrômes anxieux provoqués par un gros accident (explosions, électrocutions, etc...) suivant l'intensité des symptômes considérés en eux-mêmes.....	10 à 50
--	---------

B. - Etats hystériques et pithiatiques:

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

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

C. - Syndrômes moteurs fonctionnels.

Sans base organique décelable.....	0 à 20
------------------------------------	--------

Art. 37. - MALADIES MENTALES.

Démences

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

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

CHAPITRE V

LESIONS MAXILO-FACIALES ET STOMATOLOGIE

Art. 38. - VASTES MUTILATIONS DE LA FACE.

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

Art. 39. - MUTILATIONS LIMITEES DE LA FACE.

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

1° Le nombre des dents conservées et utilisables,

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

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

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

A. - Maxillaire supérieur.

I. - Consolidation vicieuse:

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

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

On attribue, à chaque dent, un coefficient particulier:

Incisives.....	1
Canines.....	2
Prémolaires.....	3
Molaires.....	5

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

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

II. - Perte de substance:

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

B. - Maxillaire inférieur.

I. - Consolidation vicieuse:

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

II. - Perte de substance et pseudarthrose:

- 1° Vaste perte de substance avec pseudarthrose très lâche ne permettant ni la mastication ni la pose d'une prothèse (y compris le déficit dentaire)..... 60 à 85
- 2° Pseudarthrose plus serrée suivant la possibilité de mastication ou de prothèse et suivant son siège d'après le détail ci-dessous

(majorant le déficit dentaire)..... 0 à 25

Pseudarthrose serrée de la branche ascendante: 0 à 5 p. 100
Pseudarthrose lâche de la branche ascendante: 10 à 15 p. 100
Pseudarthrose serrée de la branche horizontale: 5 à 10 p. 100
Pseudarthrose lâche de la branche horizontale: 15 à 25 p. 100
Pseudarthrose serrée de la région symphysaire: 10 à 15 p. 100
Pseudarthrose lâche de la région symphysaire: 10 à 25 p. 100

3° Perte de substance partielle de l'arcade dentaire permettant une prothèse fonctionnellement bonne (majorant le déficit dentaire)..... 0 à 5

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

C. - Articulation temporo-maxillaire.

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

D. - Constriction des mâchoires.

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

E. - Langue.

Amputation partielle de la langue avec un très léger degré de gêne de la parole, de la mastication, de la déglutition..... 10 à 20
Amputation étendue avec gêne fonctionnelle..... 35 à 75
Amputation totale..... 80

Paralysie de la langue, sensibilité et mobilité (voir neurologie).

F. - Dents.

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

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

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

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

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

CHAPITRE VI

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Art. 40. - NEZ

I. - Sténoses nasales:

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

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

a) Sténose unilatérale:

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

b) Sténose bilatérale:

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

c) Perforation de la cloison nasale:

N'entraîne pas en général d'incapacité permanente.

II. - Troubles olfactifs:

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

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

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

III. - Troubles esthétiques par mutilation nasale:

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

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

Art. 41. - SINUSITES.

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

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

I. - Sinusites maxillaires:

Les résultats thérapeutiques sont généralement favorables.

a) Sinusite maxillaire unilatérale..... 5 à 10
b) Sinusite maxillaire bilatérale..... 10 à 15

N.B. - Sinusite maxillaire avec fistule endo-
buccale ou extérieure (résultat thérapeutique
aléatoire). Majoration de..... 0 à 10

II. - Sinusites fronto-ethmoïdales:

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

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

N.B. - 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-ethmoïdites 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 substances endo-nasales étendues et s'accompagnent de troubles respiratoires purement fonctionnels.

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

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

Art. 42. - LARYNX.

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

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

1° la mobilité des cordes vocales,

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

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

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

Les troubles vocaux et respiratoires peuvent être associés.

I. - Troubles vocaux:

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

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

II. - Troubles respiratoires:

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

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

Art. 43. - PHARYNX.

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

Sténoses nasales.

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

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

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

Art. 44. - OESOPHAGE.

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

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

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

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

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

Art. 45. - OREILLE.

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

Il arrive fréquemment que plusieurs de ces éléments d'incapacité se

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

I. Surdité:

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

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

Exagération, psychose post-traumatique, pithiatisme

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

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

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

Détermination de l'acuité auditive

L'acoumétrie phonique est à la base de l'évaluation de l'incapacité. On notera donc pour chaque oreille, la distance à laquelle le sujet perçoit des mots prononcés à voix haute ou de conversation (V.H.) et à voix basse ou chuchotée (V.C.). Afin d'explorer l'ensemble du champ auditif phonique, le répertoire comprendra des mots izozonaux, les uns de tonalité aiguë, les autres à tonalité grave et des mots h t rozonaux composés d'un phonème aigu et d'un grave.

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

A la notation de la perception de la voix, il est d'usage de joindre celle de la perception de la montre: acoum tre instrumental simple, qu'on a toujours sous la main, donnant ces résultats précis et comparables entre eux d'un examen à l'autre.

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

Diagnostic du type de surdité/

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

Ce diagnostic présente un double intérêt:

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

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

Diagnostic de l'origine:

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

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

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

Evolution et pronostic des surdités traumatiques:

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

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

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

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

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

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

Pourcentage d'incapacité pour surdité:

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

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

b) Surdité moyenne. - Dès qu'un sourd ne peut plus converser qu'en tête-à-tête, sa capacité ouvrière est fortement réduite. Cette surdité moyenne existe approximativement à partir du moment où la V.H. n'est plus perçue qu'à un mètre et la V.C.   10 centimètres. Notons qu'une surdité unilatérale même complète n'empêche pas de participer à une conversation générale; elle reste dans le cadre des surdités légères;

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

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

(1) La prothèse acoustique ne peut guère être utilisée dans les

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

Art. 45. - ruryurytrtyytr try try try

TABLEAU D'EVALUATION DES DIVERS DEGRES DE SURDITE
(Ce tableau se lit comme une table de pythagore)

N.B. En cas d'association I Oreille sourde ou la plus sourde									
de la surdité avec d'autreI-----I-----I-----I-----I-----									

�l�ments d'incapacité, lesI I I I I V.H									
pourcentages ci-contre, I I I I I Iau									
pavill-									
seront appliqués conformé-I V.H. I V.H. I V.H. I V.H. Ion ou									
non ment au calcul des incapa-I I I I I I									
per�e cités multiples. Seule, I 4 � 5 m I 2 � 4 m I 1 � 2 m I 0,25 I									
surdité l'association surdité- I I I I I � 1 m									
Ipratiqem- bourdonnements doit �tre I I I I I									
Ient totale calcul�e par audition de I-----I-----I-----I-----									
----I-----									
deux pourcentages. I V.C. I V.C. I V.C. I V.C. au I V.C.									
I I I I I I									
I I I I I I									
I0,50-0,80I0,25-0,50I0,05-0,25I per�e I									
per�e									
-----I-----I-----I-----I-----									

I V.H. I V.C. I 0 p.100 I 3 p.100 I 8 p.100 I 12 p.100 I 15									
p.100 InormaleI normale I I I I I									
I-----I-----I-----I-----I-----									

I V.H. I V.C. I 5 p.100 I 10 p.100 I 15 p.100 I 20 p.100 I 25									
p.100 I4 � 5 mI0,50-0,80I I I I I									
I-----I-----I-----I-----I-----									

I V.H. I V.C. I 10 p.100 I 15 p.100 I 25 p.100 I 30 p.100 I 35									
p.100 I2 � 4 mI0,25-0,50I I I I I									
I-----I-----I-----I-----I-----									

Oreille I V.H. I V.C. I 15 p.100 I 25 p.100 I 35 p.100 I 40 p.100 I 45									
p.100 normale I 1 � 2 mI0,05-0,25I I I I I I									
ou la I-----I-----I-----I-----I-----									

moins I V.H. I V.C. I I I I I I									
sourde I0,25-1mIau pavillI20 p.100 I 30 p.100 I 40 p.100 I 50 p.100 I 60									
p.100 I I I I I I									
I I I I I I									
I-----I-----I-----I-----I-----									

I V.H. I I I I I I									
Iau pavilI I I I I I									

	Illon ouI	V.C.	I	I	I	I	I
	I non I		I	I	I	I	I
p.100	Iperçue I	non	I25 p.100	I35 p.100	I45 p.100	I60 p.100	I70
	I surdit�I	Iperçue I	I	I	I	I	I
	Ipratiq�I		I	I	I	I	I
	Iement I		I	I	I	I	I
	I totale I		I	I	I	I	I

Remarque relative au m tier utilisant sp cialement la fonction auditive

Tel sujet ne pr sente qu'une faible hypoacousie pour la voie, peut avoir perdu la perception des sons graves ou des sons aigus ou plus rarement la perception de certains sons intermédiaires (trous auditifs); l'exercice de son métier peut en souffrir; noter que certains hypoacousiques mêmes légers "entendent faux". On insistera donc ici sur l'acoumétrie instrumentale d 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.

Les musiciens professionnels (exécutants, fabricants, accordeurs), ne sont pas les seuls à rentrer dans cette catégorie d'expertisés. Il faut y joindre, les téléphonistes, les employés de T.S.F., les contrôleurs de sons dans l'industrie cinématographique, les secrétaires et sténo-dactylographes.

Certains ouvriers spécialisés de l'industrie automobile ont besoin d'une acuité auditive intacte:  preuves au banc d'essai, mise au point d'un moteur ou de tout autre mécanisme, rodage d'engrenages (la plupart des ateliers comportent des "chambres de silence").

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

II. - Bourdonnements:

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

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

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

III. - Vertiges et troubles de l'équilibre:

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

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

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

Variétés de vertiges

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

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

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

Diagnostic - contrôle

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

a) Comportement général du blessé:

Son interrogatoire.

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

Lorsque les vertiges s'accompagnent d'autres troubles post-commotionnels, l'interrogatoire convenablement conduit, apportera

généralement un des meilleurs tests de contrôle: la description conforme et spontanée par l'expertisé de ce complexe très particulier qu'est le "syndrome subjectif commun".

b) Recherche des troubles vestibulaires objectifs spontanés:

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

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

Art. 47. - ANNEXES DE L'OEIL.

I. - Orbite:

1° Nerfs moteurs:

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

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

2° Nerfs sensitifs:

Nevrites, névralgies très douloureuses..... 15 à 25

(1) Exemple:

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

V.O.G. opéré = 5/10 + 10 d.

ou encore:

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

V.O.D. = 10/10.

(à ramener à 30 p. 100).

(2) Exemple:

Oeil opéré: 10/10 + 10 d.)
= 20 + 19 à 22) = 39 à 42

Oeil non opéré: 1/10 (

(3) Exemple:

OD aphake 7/10)

= 35 + (2 à 3) = 37 à 38.

OG aphake 7/10 ()
 OD aphake 3/10 ()
 = 35 + (18 à 21) = 53 à 56.

OG aphake 5/10 ()
 (= 35 + (70 à 80) = 105 à 115, taux à ramener
 OD aphake 1/10 () à 100 p. 100: l'aphake bilatéral peut, en effet,
 être (considéré dans ce cas comme se trouvant en état
 OG aphake 1/10 () d'incapacité professionnelle absolue.

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

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

II. - Paupières:

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

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

Un oeil..... 5 à 25
 Les deux yeux..... 20 à 70

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

4° Voies lacrymales:

Larmoiement..... 0 à 10

Fistules (résultant par exemple de dacryocystiite ou de lésions osseuses):

Pour chaque oeil..... 5 à 10

CHAPITRE VIII

THORAX

Art. 48. - FRACTURES.

Fracture du sternum

La fracture isolée du sternum est:

- a) Simple..... 3 à 10
- b) Avec enfoncement sans lésions et suivie de douleurs qui empêchent tout effort violent... 10 à 20
- c) Avec lésions profondes du coeur, 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 réaction thoraciques consécutives.....	5 à 20
Pyothorax empyème), suivant le fonctionnement pulmonaire révélé par les signes physiques et la radioscopie, le retrait de la cage thoracique ou le retentissement sur l'état général.....	10 à 50
Hernie irréductible du poumon.....	10 à 40

Art. 49. - TUBERCULOSE (1).

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

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

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

- 1° Il n'existe pas du fait de l'accident, de modification de la lésion antérieure: il y a seulement à évaluer la durée de l'incapacité temporaire (poussée évolutive).....
- 2° Il existe, du fait de l'accident une modification de la lésion antérieure: il y a à évaluer cette modification sous forme d'une incapacité permanente..... 10 à 100

Art. 50. - COEUR ET AORTE.

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

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

a) Bien compensées.....	5 à 20
b) Avec troubles fonctionnels caractérisés.....	20 à 80
c) Avec asystolie confirmée.....	80 à 100
d) Ruptures traumatiques de valvules.....	50 à 100
Affections cardio-rénales consécutives à une maladie infectieuse ou à une intoxication suivant les troubles fonctionnels ou les complications.....	
	30 à 90
Astério-sclérose (Ne donne pas lieu à estimation d'invalidité).	
Anévrisme de l'aorte. L'anévrisme de l'aorte dans les cas très rares où il est d'origine traumatique ou infectieuse en dehors de la syphilis.....	
	40 à 80

CHAPITRE IX

ABDOMEN

Art. 51. - ESTOMAC.

Ulcère chronique (1):

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

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

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

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

Art. 52. - INTESTIN GRELE.

Fistules intestinales:

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

Art. 53. - GROS INTESTIN.

Fistules stercorales:

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

certaine quantité de matières, la défécation s'effectuant à peu près normalement.....	30 à 40
c) Anus contre nature livrant passage à la presque totalité du contenu intestinal avec défécation supprimée ou presque.....	80 à 90
Frolapsus du rectum: voir incontinence ou rétention fécale.....	80 à 90
Fistules anales: suivant leur siège (extra-sphinctérienne ou intra-sphinctérienne), leur nombre et leur étendue.....	10 à 40
Incontinence ou rétention fécale par lésions du sphincter ou de l'orifice anal avec ou sans prolapsus du rectum.....	30 à 70
Appendicite (si imputable et opérée suivant l'état de la cicatrice).....	0 à 30
Hernies (en relation avec l'accident):	
Hernie inguinale opérée.....	0
Hernie inguinale réductible bien maintenue.....	5 à 8
Hernies bilatérales (d'après les caractères)....	5 à 12
Hernie inguinale irréductible.....	15 à 25
Hernie crurale, ombilicale, ligne blanche épigastrique.....	5 à 12

Art. 54. - PAROIS DE L'ABDOMEN.

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

Cicatrices ou éventrations:

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

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

Art. 55. - FOIE.

Rein mobile toujours indépendant du traumatisme. ou post-opératoires.....	20 à 60
---	---------

Art. 56. - RATE.

Splénectomie suivant le résultat de l'examen du sang au repos et après effort.....	15 à 30
--	---------

CHAPITRE X

APPAREIL GENITO-URINAIRE

Art. 57. - REINS.

Néphrectomie avec intégrité fonctionnelle de l'autre rein.....	30
Néphrectomie avec azotémie irréductible de 0,60 à 1 gramme.....	30 à 60
Néphrectomie avec azotémie irréductible supérieure à 1 gramme.....	60 à 100
Néphrectomie même si la modification rénale n'atteint pas ce taux lorsqu'il y a une complication cicatricielle, éventration, paralysie partielle des muscles de l'abdomen....	50 à 70
Éventration lombo-abdominale seule.....	10 à 30
Contusions et ruptures du rein selon séquelles:	
Azotémie, albuminurie, hémasturie, 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 périnephrétique après traumatisme à distance infecté (panaris, phlegmon, etc...) ou après contusion rénale.....	10 à 20
Tuberculose rénale:	
Modification par traumatisme.....	15 à 30

Art. 58. - VESSIE.

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.

Art. 59. - URETRE.

Rétrécissement de l'urètre postérieur:

Infranchissable.....	60 à 80
Difficilement franchissable.....	30 à 50
Facilement dilatable.....	15 à 30
Avec destruction du sphincter anal et incontinence des matières.....	60 à 90

Rétrécissement de l'urètre antérieur:

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

Destruction totale de l'urètre antérieur:

La miction se faisant:

Par méat 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).

Art. 60. - APPAREIL GENITAL.

Atrophie ou destruction ou suppression opératoire:

a) D'un testicule.....	1 à 10
b) Des deux testicules suivant l'âge.....	20 à 50
Emasculat. 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
Séquelle de contusion du testicule ou torsion...	5 à 10

Tuberculose épидидymo-testiculaire modifiée par le traumatisme:

Unilatérale.....	10 à 15
Bilatérale avec lésions prostatovésiculaires...	15 à 30

CHAPITRE XI

BASSINS

Art. 61. -

Luxation irréductible du pubis ou relâchement étendu de la symphyse pubienne.....	10 à 25
---	---------

Fractures du bassin:

Partielle (aile iliaque, branche horizontale de pubis et branche ichéopubienne).....	8 à 18
Double verticale, etc... ..	15 à 40
Ducotyle et luxation centrale.....	25 à 70

Fractures du sacrum:

a) Aileron.....	5 à 10
b) Verticale ou transversale simple.....	15 à 40
c) Avec troubles sphinctériens et génitaux.....	60 à 80
Fractures du coccyx suivant les séquelles douloureuses.....	5 à 20
Arthrite sacro-iliaque.....	8 à 25

CHAPITRE XII

CICATRICES

Art. 62. -

(Voir raideurs et ankyloses des divers articulations).

Cicatrices de l'aisselle limitant plus ou moins l'abduction du bras:

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

Cicatrices du coude entravant l'extension complète; extension limitée:

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

Cicatrices du creux poplité entravant l'extension complète:

Extension limitée:

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

Cicatrices de la plante du pied incurvant la pointe ou l'un des bords.....	10 à 30
Cicatrices douloureuses et ulcérées suivant le siège, l'étendue et l'intensité des accidents...	5 à 25
Ostéomes.....	5 à 10

CHAPITRE XIII

OSTEOMYELITE

Art. 63. -

Fistule persistante unique..... 10 à 15
Fistule persistante multiple rebelle à des
interventions répétées avec os volumineux et
irrégulier..... 20 à 50
Ostéomyélite aigue des adolescents
(exceptionnellement traumatique).
Cicatrisation, mais persistance d'un os
volumineux, irrégulier, douloureux par places... 5 à 10

CHAPITRE XIV

SYPHILIS

Art. 64. -

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

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

B. - Réveil d'accidents syphilitiques tertiaires à l'occasion de traumatismes (gommes, etc...) (Même remarque qu'en ce qui concerne la tuberculose pulmonaire et l'ulcère de l'estomac.

(Voir chapitres VIII et IX).

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

Fait à Alger, le 11 avril 1967.
Abdelaziz ZERDANI.