

CIRCULAIRE

CIR-15/2013

Document consultable dans Médi@m

Date :

19/11/2013

Domaine(s) :

gestion revenus de substitution

| | |
|----------------|-------------------------------------|
| Nouveau | <input type="checkbox"/> |
| Modificatif | <input type="checkbox"/> |
| Complémentaire | <input type="checkbox"/> |
| Suivi | <input checked="" type="checkbox"/> |

Objet :

Diffusion d'aides à l'évaluation de l'incapacité permanente

Liens :

Plan de classement :

P07-02

Emetteurs :

DRP

Pièces jointes : 1

à Mesdames et Messieurs les

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Directeurs | <input type="checkbox"/> CPAM | <input type="checkbox"/> CARSAT |
| <input type="checkbox"/> Agents Comptables | <input type="checkbox"/> UGECAM | <input type="checkbox"/> CGSS |
| | <input type="checkbox"/> CTI | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Médecins Conseils | <input checked="" type="checkbox"/> Régionaux | <input checked="" type="checkbox"/> Chef de service |

Pour mise en oeuvre immédiate

Résumé :

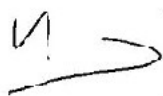
Cette circulaire vise à rendre publiques les aides à l'évaluation de l'incapacité permanente diffusées par lettre réseau en décembre 2010.

Seuls les barèmes indicatifs d'invalidité accidents du travail et maladies professionnelles annexés au Code de la sécurité sociale ont valeur réglementaire. Le document diffusé est un outil mis à la disposition des médecins conseils : comme tel, il n'a pas valeur réglementaire.

Mots clés :

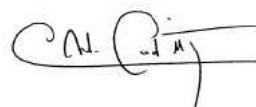
AT-MP ; Incapacité permanente

Le Directeur
des Risques Professionnels



Dominique MARTIN

Le Directeur Délégué
aux Opérations



Olivier DE CADEVILLE

CIRCULAIRE : 15/2013

Date : 19/11/2013

Objet : Diffusion d'aides à l'évaluation de l'incapacité permanente

Affaire suivie par : Mission médicale – Direction des risques professionnels (DRP)

Les aides à l'évaluation de l'incapacité permanente diffusées par lettre réseau en décembre 2010 ont été élaborées par un groupe de travail composé de médecins conseils référents AT-MP du réseau et de la DRP. Elles portent sur :

- les troubles musculo-squelettiques du membre supérieur et les hernies discales lombaires opérées ou non,
- les pathologies respiratoires,
- les cancers de l'ethmoïde,
- les cancers de la vessie,
- les traumatismes crâniens

Pour 2009 et en volume, ces 5 thèmes couvraient près de 90% des évaluations annuelles des IP des maladies professionnelles :

Source : étude DRP 2010-168-MY

| 2009 | Nombre de cas | % du nombre total D'IP (24 734) |
|----------------------------------|----------------------|--|
| Cancer vessie | 36 | 0,1% |
| Cancer ethmoïde | 52 | 0,2 % |
| Rachis | 2 109 | 8,5 % |
| Pathologies respiratoires | 5 212 | 21,1 % |
| TMS membres supérieurs | 14 798 | 59,8 % |
| Total | 22 207 | 89,8% |

Et 32% des évaluations d'IP en AT.

Source : étude DRP 2010-167-MY

| 2009 | Nombre de cas | % du nombre total D'IP (63 944) |
|-------------------------------|----------------------|--|
| Rachis | 10 715 | 17 % |
| TMS membres supérieurs | 9 904 | 15 % |
| Total | 20 619 | 32 % |

Ces aides à la décision pour les médecins conseils ont été élaborées de façon pragmatique pour compléter ou préciser les items des barèmes indicatifs d'invalité annexés au Code de la sécurité sociale. Elles ont été testées avant diffusion par des médecins conseils de trois régions qui n'avaient pas participé au groupe de travail.

Les membres du groupe de travail ont consulté notamment :

- le barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun,
- les propositions, non diffusées, du groupe de travail de l'ancien Haut comité médical de la sécurité sociale pour les affections respiratoires et rhumatologiques,
- la classification GINA 2006 (Global Initiative for asthma) de l'asthme,
- l'actualisation des recommandations de la société de pneumologie de langue française pour la prise en charge de la BPCO, Rev Mal respir 2003; 20 : 167-8 ,
- le "global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (GOLD)", updated 2005,
- les recommandations pour la pratique clinique de l'HAS – Modalités de prise en charge d'une épaule douloureuse chronique non instable chez l'adulte – Avril 2005.

Aides à l'évaluation de l'incapacité permanente pour 5 grands domaines :

- Séquelles d'un asthme d'origine professionnelle
- Séquelles d'une maladie respiratoire
 - Déficit fonctionnel restrictif
 - Déficit fonctionnel obstructif
 - Fibrose pleurale ou parenchymateuse
 - Pathologie tumorale
- Séquelles tumeur maligne ethmoïde
- Séquelles tumeur maligne de la vessie
 - Classification TNM 2002 - OMS 2004
 - Risque de progression des tumeurs malignes de vessie non infiltrantes (TVNIM)
- Séquelles des TMS du membre supérieur : épaule
- Séquelles des TMS du membre supérieur : coude
- Séquelles des TMS du membre supérieur : poignet
- Séquelles hernie discale opérée ou non
 - Indications pour l'examen des séquelles de hernie discale du rachis lombaire opérée ou non
- Séquelles traumatisme crânien

SEQUELLES D'UN ASTHME D'ORIGINE PROFESSIONNELLE

(tableaux : 10 Bis, 15 Bis, 34, 37 Bis, 41, 43, 47 A, 49 Bis, 50, 62, 63, 66, 70, 74, 82, et 95)

| ASTHME, DYSPNEE ASTHMATIFORME | TAUX |
|--|------------------|
| <p>Asthme intermittent Symptômes diurnes < à 1 fois par semaine, symptômes nocturnes < à 2 par mois EFR : pas de retentissement, VEMS (ou DEP) \geq à 80% des valeurs attendues, variabilité du VEMS (DEP) < 20% Traitement : β2 mimétiques lors de crises.</p> | 1 à 5 % |
| <p>Asthme persistant léger Symptômes plusieurs fois par semaine, mais < à 1 /j, EFR : 80% < VEMS (ou DEP) < 100% des valeurs attendues, 20% < variabilité du VEMS (DEP) < 30% Traitement : corticoïdes inhalés.</p> | 5 à 15 % |
| <p>Asthme persistant modéré Symptômes diurnes quotidiens, symptômes nocturnes > 1 /semaine, EFR : 60% < VEMS (ou DEP) < 80% des valeurs attendues, variabilité du VEMS (DEP) > 30% Traitement : corticoïdes inhalés.</p> | 15 à 30 % |
| <p>Asthme persistant sévère Symptômes permanents, exacerbations fréquentes, asthme nocturne fréquent, activité physique limitée, EFR : VEMS (ou DEP) : < 60% des valeurs attendues et variabilité > à 30% des valeurs attendues. Traitement : β2 mimétiques + corticostéroïdes inhalés (> 1 000 μg/j) +/- corticothérapie orale Taux à majorer suivant l'hypoxémie</p> | 30 à 50 % |

SEQUELLES D'UNE MALADIE RESPIRATOIRE

| DEFICIT FONCTIONNEL RESTRICTIF | |
|--|------------------|
| 1) Le trouble ventilatoire restrictif s'accompagne d'un rapport VEMS/CV normal 2) Au moins un des éléments présents | TAUX |
| Diminution des volumes pulmonaires et débits expiratoires de moins de 20 p. 100(Rapport VEMS/CV normal), mais s'accompagnant d'une hypoxémie d'effort et/ou d'une diminution de la capacité de transfert du CO normée par rapport au volume alvéolaire de plus de 30 p. 100. DLCO<70/80% des valeurs prédites 0% < DLCO / VA (KCO) < 80% | 5 à 10 % |
| 70% < CPT < 80% de la théorique 70% < VEMS < 80% de la théorique 60% < DLCO / VA < 80% de la théorique Une DLCO< 70% théorique s'accompagne fréquemment d'une hypoxémie | 10 à 20% |
| 60% < CPT < 70% de la théorique 60% < VEMS < 70% de la théorique DLCO / VA < 60% de la théorique | 20 à 40% |
| 50% < CPT < 60% de la théorique 50% < VEMS < 60% de la théorique 60 torr (8 KPa) < PaO2 < 70 torr (9.3 Kpa) | 40 à 67% |
| CPT < 50% de la théorique VEMS < 50% de la théorique PaO2 < 60 torr (8 Kpa) | 67 à 100% |
| DEFICIT FONCTIONNEL OBSTRUCTIF | |
| Le trouble ventilatoire obstructif s'accompagne d'un rapport VEMS/CVF < 70 % | TAUX |

| | |
|---|------------------|
| VEMS < 80 % Avec ou sans symptômes chroniques | 5 à 10 % |
| 50 % ≤ VEMS < 80 % Avec ou sans symptômes chroniques : toux, expectoration, dyspnée PaO ₂ > 70 mmHg | 10 à 40% |
| 30 % ≤ VEMS < 50 % Avec ou sans symptômes chroniques : toux, expectoration, dyspnée 60 mmHg < PaO ₂ < 70 mmHg | 40 à 67% |
| VEMS < 30 % ou VEMS ≤ 50 % plus insuffisance respiratoire : PaO ₂ < 60 mmHg avec/sans PaCO ₂ > 50 mmHg ou insuffisance cardiaque droite clinique | 67 à 100% |

| | |
|--|-------------|
| FIBROSE PLEURALE OU PARENCHYMATEUSE | TAUX |
|--|-------------|

| | |
|---|-----------------|
| Au moins une plaque pleurale, calcifiées ou non, de la plèvre pariétale | 1 à 5 % |
| Épaississement pleural : épaississement localisé de la plèvre viscérale associé à des bandes parenchymateuses et / ou une atélectasie par enroulement | 5 à 10% |
| Fibrose pulmonaire, asbestose ou autre pneumoconiose Si le déficit fonctionnel justifie un taux d'IP supérieur au taux de base de la fibrose pleurale ou de l'asbestose, ce taux se substitue au taux de base. | 5 à 10% |
| Pneumoconioses caractérisée sur le plan radiologique Si le déficit fonctionnel justifie un taux d'IP supérieur au taux de base, ce taux se substitue au taux de base. | 5 à 10 % |

| PATHOLOGIE TUMORALE | TAUX |
|--|------------------|
| Cancer bronchopulmonaire primitif en fonction du code TNM et des possibilités thérapeutiques | 67 à 100% |
| Mésothéliomes malins primitifs de la plèvre et des autres séreuses | 100% |
| Autres tumeurs pleurales primitives malignes | 100% |

SEQUELLES DU CANCER DE L'ETHMOIDE (Tableaux 37 Ter et 47)

| | |
|---|---------------|
| <p>Séquelles légères ou moyennes non ou peu invalidantes d'un cancer de l'ethmoïde opéré par voie d'abord faciale, avec ou sans radiothérapie complémentaire, sans récurrence : anosmie, sécheresse des muqueuses, mouchage, épisodes espacés de surinfection, céphalées épisodiques...</p> | <p>≥ 25 %</p> |
| <p>Séquelles légères ou moyennes non ou peu invalidantes d'un cancer de l'ethmoïde opéré par double voie d'abord, faciale et neurochirurgicale, avec ou sans radiothérapie complémentaire, sans récurrence : anosmie, sécheresse des muqueuses, mouchage, épisodes espacés de surinfection, céphalées épisodiques...</p> | <p>≥40 %</p> |
| <p>Séquelles importantes ou invalidantes d'un cancer de l'ethmoïde opéré, quelle que soit la voie d'abord, avec ou sans radiothérapie complémentaire, sans récurrence : céphalées importantes ou fréquentes, épisodes de surinfection fréquents ou sévères, pharyngite, rhinorrhée, sinusite, fistule, séquelles liées à la radiothérapie...</p> | <p>≥70 %</p> |
| <p>Séquelles importantes ou invalidantes d'un cancer de l'ethmoïde inopérable ou avec intervention incomplète, métastases ou extension locale</p> | <p>100 %</p> |

SEQUELLES DES TUMEURS DE LA VESSIE (Tableaux 15 ter et 16 bis)

| | | | |
|---|---|---|--|
| TUMEURS VESICALES MALIGNES NON INFILTRANTES (Selon la classification TNM 2002 OMS 2004 : pTa - pTis - pT1) (1) | pTa bas grade : <ul style="list-style-type: none"> • unifocal, et non récidivant à 3 mois | pTa bas grade : <ul style="list-style-type: none"> • multifocal • multirécidivant pT1 bas grade : <ul style="list-style-type: none"> • unique | <ul style="list-style-type: none"> • pTa haut grade • pT1 haut grade • pTis diffus • pT1 multifocal • pT1 récidivant à moins de 6 mois |
| <i>RISQUE DE PROGRESSION</i> | <i>FAIBLE</i> | <i>INTERMEDIAIRE</i> | <i>ELEVEE</i> |

| | | | |
|--|------------------|------------------|------------------|
| Absence de manifestation clinique (BCGthérapie au long cours, majorer le taux de 5 à 20 % selon la tolérance) | 25 % | 30 % | 40 % |
| Manifestations cliniques légères : isolées ou associées Infections du bas appareil Pollakiurie modérée Dysurie modérée Rétrécissement urétral sans retentissement sur le bas et haut appareil urinaire, ne nécessitant que quelques dilatations ou sondages annuels | 25 à 30 % | 30 à 40 % | 40 à 50 % |

| | | | |
|---|--|--|--|
| <p align="center">TUMEURS VESICALES MALIGNES NON INFILTRANTES (Selon la classification TNM 2002 OMS 2004 : pTa - pTis - pT1) (1)</p> | <p>pTa bas grade :</p> <ul style="list-style-type: none"> • unifocal, et non récidivant à 3 mois | <p>pTa bas grade :</p> <ul style="list-style-type: none"> • multifocal • multirécidivant <p>pT1 bas grade :</p> <ul style="list-style-type: none"> • unique | <ul style="list-style-type: none"> • pTa haut grade • pT1 haut grade • pTis diffus • pT1 multifocal • pT1 récidivant à moins de 6 mois |
| <p align="center"><i>RISQUE DE PROGRESSION</i></p> | <p align="center"><i>FAIBLE</i></p> | <p align="center"><i>INTERMEDIAIRE</i></p> | <p align="center"><i>ELEVEE</i></p> |

| | |
|--|--|
| <p>Manifestations cliniques moyennes ou sévères : isolées ou associées Infections du bas appareil Pollakiurie importante Dysurie importante Rétrécissement urétral avec retentissement sur le bas et le haut appareil Séquelle de rétrécissement urétral ayant nécessité une chirurgie réparatrice Incontinence urinaire intermittente ou permanente Rétention d'urine chronique nécessitant une sonde à demeure définitive ou une cystostomie Troubles sexuels chez l'homme ou la femme partiels ou totaux</p> | <p align="center">40 à 50 %</p> |
|--|--|

(1) En cas de cystectomie pour ce type de tumeur, se reporter au chapitre tumeurs vésicales infiltrantes.

| TUMEURS VESICALES MALIGNES INFILTRANTES (Selon la classification TNM 2002 : pT2 - pT3 - pT4)) (1) | Selon l'étendue des lésions et les thérapeutiques : |
|---|---|
| Cystectomie totale et rétablissement de la continuité des voies urinaires par entérocystoplastie : suivant les séquelles (infections, troubles mictionnels, troubles sexuels...) | 70 à 85 % |
| Traitement chirurgical important avec dérivation des urines selon l'importance des séquelles et des troubles fonctionnels : Infections Sténose urétérale et son retentissement sur le haut appareil Troubles sexuels Troubles mictionnels Impact négatif sur le schéma corporel | 80 à 90 % |
| Tumeur inopérable et/ou métastasée | 100 % |

Classification TNM TM vessie :

TNM 2002 - OMS 2004 :

La classification TNM-UICC 2002

T (Tumeur)

- Tx Tumeur primitive ne pouvant être classée
- T0 Tumeur ne pouvant être classée
- Ta carcinome papillaire superficiel (respectant la membrane basale)
- Tis carcinome in situ (plan, respectant la membrane basale)
- T1 Tumeur envahissant le tissu conjonctif sous-épithélial
- T2 Tumeur envahissant le muscle (ou détrusor)
 - T2a Musculeuse superficielle
 - T2b Musculeuse profonde
- T3 Tumeur envahissant le tissu péri vésical (graisse)
 - T3a Atteinte microscopique
 - T3b Atteinte macroscopique
- T4 Invasion des viscères adjacents
 - T4a Prostate ou utérus ou vagin
 - T4b Paroi pelvienne ou paroi abdominale

N (Adénopathies régionales)

- Nx Absence de renseignements suffisants
- N1 Envahissement d'un seul ganglion pelvien <2 cm de plus grand diamètre
- N2 Envahissement d'un seul ganglion > 2 cm mais <5 cm ou plusieurs ganglions <5 cm
- N3 Envahissement d'un ganglion > 5 cm

M (Métastases à distance)

- M0 Pas de métastase à distance
- M1 Présence de métastases à distance

Risque de progression des tumeurs vésicales non infiltrantes (TVNIM)

| | Classification TNM 2002 - OMS 2004 |
|---|--|
| <p>GROUPE 1</p> <p>Risque faible</p> | <p>pTa bas grade unifocal non récidivant à 3 mois</p> |
| <p>GROUPE 2</p> <p>Risque intermédiaire</p> | <p>pTa bas grade multifocal</p> <p>pTa bas grade multirécidivant</p> <p>pT1 bas grade unique</p> |
| <p>GROUPE 3</p> <p>Risque élevé</p> | <p>pTa haut grade</p> <p>pT1 haut grade</p> <p>pTis diffus</p> <p>pT1 multifocal</p> <p>pT1 récidivant à moins de 6 mois</p> |

SEQUELLES DES TMS DU MEMBRE SUPERIEUR (Tableau 57 § A, B et C)

Remarque : Pour les travailleurs manuels la distinction dominant / non dominant n'est pas toujours pertinente compte tenu de la bilatéralité des gestes professionnels.

| EPAULE (Tableau 57 SA) | DOMINANT | NON DOMINANT |
|--|---|--|
| Douleur de l'épaule, sans paresthésie, accentuée par l'abduction active (pour se gratter le dos par exemple) | 2 à 6 % | 1 à 5 % |
| <p>Limitation douloureuse légère de un à plusieurs mouvements Les signes fonctionnels sont peu gênants.</p> <p>Limitation isolée de la rotation externe (gêne pour peindre), ou limitation isolée de la rotation interne (gêne pour porter la main en arrière, se coiffer, attacher son soutien-gorge)</p> <p>Diminution d'amplitude de plus de 20° sur un ou plusieurs mouvements, l'abduction ou l'antéimpulsion étant au moins égale à 90°</p> | <p>5 %</p> <p>10 à 15 %</p> | <p>3 %</p> <p>8 à 10 %</p> |
| <p>Limitation douloureuse moyenne de un à plusieurs mouvements Les symptômes créent un inconfort et une gêne fonctionnelle. L'examen clinique est probant. L'abduction ou l'antéimpulsion est inférieure à 90° mais l'angle utile est respecté</p> <p>S Limitation bien compensée par l'omoplate</p> <p>S Limitation insuffisamment compensée par l'omoplate</p> | <p>15 %</p> <p>20 %</p> | <p>12 %</p> <p>15 %</p> |

| EPAULE (Tableau 57 SA) suite | DOMINANT | NON DOMINANT |
|---|-----------------|-------------------------|
| Limitation douloureuse importante de un à plusieurs mouvements Les signes fonctionnels sont nets et entraînent une gêne importante. L'examen clinique est probant. Raideur serrée de l'épaule (abduction ne dépassant pas 60°) | 40 % | 30 % |
| Blocage douloureux complet avec omoplate mobile | 40 % | 30 % |
| Blocage de l'épaule avec omoplate bloquée | 55 % | 45 % |

| COUDE (Tableau 57 § B) | DOMINANT | NON DOMINANT |
|---|-----------------|-------------------------|
| Forme légère d'une épicondylite ou d'une épitrochléite Les signes fonctionnels sont peu gênants. L'examen clinique est normal ou subnormal. | 2 à 4 % | 1 à 3 % |
| Forme moyenne d'une épicondylite ou d'une épitrochléite Les symptômes créent un inconfort et une gêne fonctionnelle. L'examen clinique est probant. | 5 à 9 % | 3 à 8 % |
| Forme importante d'une épicondylite ou d'une épitrochléite avec limitation des mouvements de flexion-extension (exemples : algoneurodystrophie, complications post-opératoires.) | | |
| S Les mouvements sont conservés de 70° à 145° | 10 % | 8 % |
| S Mouvements conservés autour de l'angle favorable | 20 % | 15 % |
| S Mouvements conservés de 0° à 70° | 25 % | 22 % |
| Séquelles d'un hygroma du coude | 1 à 3 % | |
| Forme légère d'un syndrome de la gouttière épitrochléo-olécranienne S Signes sensitifs subjectifs : paresthésies des 4 ^e et 5 ^e doigts et du bord cubital de la main, douleur à la partie interne du coude avec possible irradiation proximale et distale S Absence de signes objectifs | 2 à 6 % | 1 à 4 % |
| Forme moyenne d'un syndrome de la gouttière épitrochléo-olécranienne S Signes sensitifs subjectifs : hypoesthésie du territoire cubital, douleur de la partie interne du coude avec possible irradiation proximale et distale S Faiblesse musculaire du territoire d'innervation se traduisant par une maladresse puis un déficit progressif de la pince entre le pouce et les 4 ^e et 5 ^e doigts | 7 à 15 % | 5 à 10 % |

| COUDE (Tableau 57 § B) suite | DOMINANT | NON DOMINANT |
|--|------------------|-------------------------|
| <p>Forme importante d'un syndrome de la gouttière épitrochléo-olécranienne</p> <p>S Signes sensitifs subjectifs : hypoesthésie du territoire, douleur de la partie interne du coude</p> <p>S Amyotrophie des muscles interosseux et lombricaux aboutissant à l'aspect de main plate et griffe cubitale électivement marquée sur les 4^e et 5^e doigts</p> <p>S Signes moteurs : parésie ou paralysie des mouvements</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'adduction et d'abduction des doigts - de flexion de la métacarpophalangienne (4^e et 5^e doigt) et perte de l'extension des deux interphalangiennes - d'adduction et opposition de l'auriculaire - d'adduction du pouce - inflexion radiale dans les mouvements de flexion du poignet | 16 à 30 % | 11 à 20 % |

| POIGNET - MAIN ET DOIGT (Tableau 57 § C) | DOMINANT | NON DOMINANT |
|--|-----------------|-------------------------|
| Forme légère d'une tendinite ou ténosynovite Les signes fonctionnels sont peu gênants. L'examen clinique est normal ou subnormal. | 2 à 4 % | 1 à 2 % |
| Forme moyenne d'une tendinite ou ténosynovite Les symptômes créent un inconfort et une gêne fonctionnelle. L'examen clinique comporte des signes objectifs : tuméfaction, palpation douloureuse, ressaut, douleur aux mouvements contrariés. | 4 à 6 % | 2 à 4 % |
| Forme importante d'une tendinite ou ténosynovite Les signes fonctionnels sont nets et entraînent une gêne importante . L'examen clinique comporte des signes objectifs : tuméfaction, palpation douloureuse, ressaut, douleur aux mouvements contrariés... | 6 à 9 % | 4 à 7 % |
| Forme légère d'un syndrome du canal carpien S Symptômes subjectifs isolés sous forme de paresthésies intermittentes provoquées par l'usage des mains S Symptômes paresthésiques nocturnes minimes à modérés | 2 à 6 % | 1 à 4 % |
| Forme moyenne d'un syndrome du canal carpien associant : S Des troubles moteurs modérés : - diminution de la force de préhension de la main - diminution modérée de l'abduction du pouce - diminution modérée de l'opposition du pouce S Des troubles sensitifs : hypoesthésie dans le territoire du médian S Des troubles trophiques : hypotonie de la loge Thénar | 7 à 15 % | 5 à 10 % |

| POIGNET - MAIN ET DOIGT (Tableau 57 § C) suite | DOMINANT | NON DOMINANT |
|--|------------------|---------------------|
| <p>Forme importante d'un syndrome du canal carpien Symptômes subjectifs sévères dans le territoire du médian associant de façon plus ou moins complète :</p> <ul style="list-style-type: none"> S des troubles moteurs importants : diminution marquée de la force de préhension de la main, de l'abduction et de l'opposition du pouce S une hypoesthésie ou une anesthésie des doigts dans le territoire du médian S une hypotonie et/ou une amyotrophie de la loge Thénar S des troubles vasomoteurs importants et/ou des troubles trophiques. | 16 à 30 % | 11 à 20 % |
| <p>Forme légère d'un syndrome de la loge de Guyon</p> <ul style="list-style-type: none"> S Symptômes subjectifs isolés sous forme de paresthésies intermittentes provoquées par l'usage des mains S Symptômes paresthésiques nocturnes minimes à modérés | 2 à 6 % | 1 à 4 % |
| <p>Forme moyenne d'un syndrome de la loge de Guyon associant :</p> <ul style="list-style-type: none"> S Des troubles moteurs modérés : <ul style="list-style-type: none"> - diminution de la force de préhension de la main - diminution modérée de l'abduction et de l'adduction des doigts longs S Des troubles sensitifs : hypoesthésie dans le territoire cubital (ulnaire) S Des troubles trophiques : hypotonie de la loge hypothénar | 7 à 15 % | 5 à 10 % |
| <p>Forme importante d'un syndrome de la loge de Guyon Symptômes subjectifs sévères dans le territoire du médian associant de façon plus ou moins complète :</p> <ul style="list-style-type: none"> S des troubles moteurs importants : diminution marquée de la force de préhension de la main S une hypoesthésie ou une anesthésie des doigts dans le territoire cubital (ulnaire) S une hypotonie et/ou une amyotrophie de la loge hypothénar et des muscles interosseux S des troubles vasomoteurs importants et/ou des troubles trophiques. | 16 à 30 % | 11 à 20 % |

SÉQUELLES DE HERNIE DISCALE LOMBAIRE OPÉRÉE OU NON

| DOULEURS ET GÊNE FONCTIONNELLE DISCRÈTES | TAUX |
|--|--------------------|
| Douleurs et gêne fonctionnelle ressenties avec examen clinique normal | 1 % à 5 % |
| Douleurs nécessitant un traitement et gêne fonctionnelle avec au moins un élément objectif à l'examen clinique | 6 % à 9 % |
| Douleurs nécessitant un traitement et gêne fonctionnelle avec plusieurs signes objectifs, dont un signe de Lasègue ou un signe de Léri | 10 % à 14 % |
| DOULEURS ET GÊNE FONCTIONNELLE IMPORTANTES | TAUX |
| Douleurs et gêne fonctionnelle importantes nécessitant une thérapeutique majeure et documentée avec plusieurs signes objectifs à l'examen clinique | 15 % à 25 % |
| Douleurs et gêne fonctionnelle importantes avec séquelles neurologiques motrices concordantes (le syndrome de la queue de cheval est évalué indépendamment) | 25 % à 40 % |

- s Le signe de Lasègue est défini comme : « une douleur brutale et traçante au niveau de la fesse et de la jambe, correspondant au territoire sensitivo-moteur de la racine atteinte lors du soulèvement passif de la jambe maintenue en extension » (significatif pour les étages L4-L5 et L5-S1)
- s Le signe de Léri est défini comme « une douleur traçante de la cuisse lors de l'épreuve d'extension de la hanche en decubitus ventral » (significatif pour l'étage L3-L4)
- s Les signes objectifs peuvent être sensitifs ou moteurs.

Indications pour l'examen des séquelles de hernies discales du rachis lombaire, opérées ou non

Le rapport médical d'évaluation d'incapacité permanente doit répondre à deux grands principes :

- 1) décrire les séquelles imputables à l'AT ou la MP, ainsi que leurs incidences fonctionnelles de façon complète, précise et rigoureuse afin que le taux proposé soit justifié pour tout lecteur compétent ;
- 2) permettre à n'importe quel médecin examinant postérieurement la victime de savoir quasi immédiatement si les séquelles se sont aggravées, améliorées ou sont stationnaires.

Interrogatoire et doléances

- s Douleurs alléguées : localisation, intensité, irradiations, conditions d'apparition (à la toux, à l'éternuement, à la défécation, à la station debout prolongée...) ou d'amélioration (au repos, dans une position particulière...).
- s Gêne fonctionnelle : faire préciser pour quels mouvements du tronc, pour mettre des chaussures ou enfiler des chaussettes ou des bas, à l'occasion de quelles activités, de travail ou de bricolage...
- s Description du trajet radiculaire.

Examen clinique

Doivent être notés les signes positifs mais aussi les signes négatifs.

L'examen doit comporter les 5 étapes suivantes :

1. Poids et taille
2. Inspection
 - s Observer le patient lors de la marche, du déshabillage. Port de lombostat, appui sur une canne ?...
 - s Statique vertébrale ? Déformations et anomalies vertébrales visibles ?
En cas de déséquilibre du bassin, mesurer la longueur de chaque membre inférieur, de l'épine iliaque antéro-supérieure à la malléole externe, jambes en extension et talons joints.

Attitude antalgique ? Déviation ou inflexion latérale ? A distinguer d'une éventuelle scoliose.

Modification de la lordose lombaire ? Gibbosité ?

- s Cicatrices de laminectomie éventuelles : situation, étendue, aspect (chéloïde, rétractée...), adhérente ou non au plan profond, douloureuse ou non...

3. Palpation

- s Recherche d'une contracture des muscles vertébraux uni ou bilatérale (cédant ou non à la marche sur place).
- s Recherche de points douloureux : apophyses épineuses, ligaments inter-épineux, interlignes sacro-iliaques, massifs articulaires postérieurs (signe de la « sonnette »).

4. Étude des mouvements élémentaires du tronc

s Flexion antérieure (normale = 60°)

- o Mesure de la distance doigts-sol (DDS). Chez le sujet sain la DDS=0, l'extrémité des doigts atteignant le sol. Mais il existe de très grandes variations individuelles.
- o Test de Schober-Lasserre : on marque 2 points distants de 15 cm, le point inférieur correspondant à l'épineuse de L5. Ces 2 points s'écartent normalement jusqu'à 20 cm lors de la flexion antérieure du tronc (sujet debout auquel on demande de se pencher en avant jambes tendues). Quand la différence est inférieure à 5 cm, on peut conclure que la raideur lombaire est objective, quel que soit la DDS et les allégations.

s Flexions latérales (normales = 70° des 2 côtés)

- o Noter la différence d'amplitude entre les 2 côtés
- o Possibilité de mesurer la DDS, la main glissant le long de la cuisse, le tronc étant en flexion latérale maximale.

s Rotations (normales = 30° de chaque côté)

- o Noter la différence d'amplitude entre les 2 côtés
- o N'attacher que peu d'importance aux rotations du tronc pour tester la raideur lombaire dans la mesure où elles mettent davantage en jeu le rachis dorsal.

s Hyperextension (normalement = 30°)

- o Une limitation de ce mouvement, sauf si elle est très accusée, est difficile à mettre en évidence.

Lors de cette étude des mouvements élémentaires du tronc et pour chacun d'entre eux, on notera le moment d'apparition des phénomènes douloureux (localisations, irradiations...).

5. Étude neurologique (par comparaison avec le côté sain)

Elle est axée en premier lieu sur la recherche de signes de sciatique et de séquelles nerveuses.

S Manœuvre de Lasègue : en decubitus dorsal, assis.

S Manœuvre de Léri

S Réflexes ostéotendineux (ROT) : rotuliens et achilléens droits et gauches

S Sensibilité : hypoesthésie, anesthésie ou paresthésies, préciser le territoire concerné.

S Étude de la force musculaire : élévation sur la pointe des pieds possible ou non (atteinte de la loge postérieure) ; élévation sur les talons possible ou non (atteinte de la loge postéro-externe)

SEQUELLES D'UN TRAUMATISME CRANIEN
L'évaluation du déficit cognitif nécessite un bilan neuropsychologique

| ABSENCE DE DEFICIT COGNITIF | TAUX |
|---|----------------|
| Céphalées, étourdissements ou sensation d'instabilité. | 1 à 5 % |

| DEFICITS COGNITIFS ISOLES | TAUX |
|--|-------------------|
| Troubles de l'attention, difficultés de la concentration, lenteur idéatoire, fatigabilité intellectuelle, confirmés par bilan neuropsychologique, intolérance au bruit, instabilité de l'humeur, troubles du sommeil. | 10 à 20 % |
| Troubles mnésiques prépondérants entraînant des difficultés d'apprentissage, une gêne dans la vie courante nécessitant la mise en place d'outils de compensation (aide-mémoire). | 20 à 40 % |
| Troubles sévères de l'attention et du jugement, activité diminuée, souvent réduite aux automatismes sociaux antérieurement acquis ; incapacité à la prise de décision ou prise de décisions sans réflexion et manque d'initiative (justifiant éventuellement une tutelle judiciaire). Le bilan neuropsychologique montre des altérations sévères. Le sujet peut cependant avoir un aspect normal et faire illusion. | 40 à 80 % |
| Syndrome frontal majeur avec apragmatisme et perte d'autonomie. | 80 à 100 % |

| DEFICITS MIXTES COGNITIFS ET SENSITIVOMOTEURS | TAUX |
|--|--------------------------------|
| Troubles cognitifs modérés associant lenteur idéatoire évidente, déficit mnésique, difficultés d'élaboration des stratégies complexes avec déficits sensitivomoteurs n'entraînant pas de réelles conséquences fonctionnelles. | 40 % à 70 % |
| Troubles cognitifs importants associant altération de la mémoire, perte d'autocritique, incapacité de gestion des situations complexes, avec déficits sensitivomoteurs patents mais compatibles avec une autonomie pour les actes essentiels de la vie. | 70 % à 80 % |
| Troubles cognitifs majeurs comportant au premier plan, désinhibition et perturbations graves du comportement, perte d'initiative compromettant toute socialisation, avec déficits sensitivomoteurs compatibles avec une autonomie pour les actes essentiels de la vie. | 80 % à 95 % |
| Déficits sensitivomoteurs majeurs limitant gravement l'autonomie, associés à des déficits cognitifs incompatibles avec une vie relationnelle ordinaire. | 95 % à 100 % +/- TP |
| Absence totale d'autonomie. Abolition de toute activité volontaire utile, perte de toute possibilité relationnelle identifiable. | 100 % + TP |

| ÉPILEPSIE SANS SUSPENSION DE LA CONSCIENCE | TAUX |
|---|-------------|
| Manifestations épileptiques et équivalents, sans suspension de conscience, contrôlées sous traitement adapté, avec crises espacées peu fréquentes rendant possible une quelconque activité professionnelle | 10 % à 15 % |
| Manifestations épileptiques et équivalents, sans suspension de conscience, contrôlées sous traitement adapté, avec crises fréquentes, selon le retentissement socio-professionnel. | 20 % à 40 % |

| ÉPILEPSIE GÉNÉRALISÉE OU FOCALISÉE AVEC SUSPENSION DE LA CONSCIENCE (y compris automatismes inconscients) | TAUX |
|--|-------------|
| Épilepsie avec suspension de conscience, bien maîtrisé par un traitement adapté et bien toléré et compatible avec l'exercice de son activité professionnelle | 10 % à 30 % |
| Épilepsie avec suspension de conscience, contrôlée par un traitement adapté, avec crises espacées (plusieurs par an) et compatible avec une activité professionnelle aménagée | 30 % à 50 % |
| Épilepsie avec suspension de conscience mal contrôlée par le traitement adapté, avec crises fréquentes (plusieurs par mois) et troubles associés du comportement, nécessitant des précautions spéciales au travail. | 50 % à 70 % |
| Épilepsie avec suspension de conscience mal contrôlée par le traitement adapté, avec crises très fréquentes, effets secondaires du traitement et rendant impossible toute activité professionnelle. | 70 % à 80 % |
| Épilepsie avec suspension de conscience incontrôlée par le traitement adapté, avec crises très fréquentes rendant impossible toute activité professionnelle et nécessitant la surveillance constante du sujet. | 100 % |