

LE BAREME DE L'INCAPACITE PERMANENTE

**MAATOUG S; HAMMAMI Z; KHEMAKHEM Z; AYADI A; BARDAA S;
FOURATI H; BEN AMAR W.**

**Journée d'étude sur la réparation du
dommage corporel**

Samedi 27 Janvier 2007-Tunis



INTRODUCTION

Réparation du dommage corporel

→ **Évaluation :**

*** Étude qualitative et quantitative du dommage corporel**

*** Médecin expert :**

- **AVP**

- **DC**

- **AT**

- **Assurance individuelle**

INTRODUCTION

→ Évaluation :

- * **Acte médical**
- * **Conclusions établies dans un cadre médico-légal**
- * **Conclusions chiffrées par référence à un barème.**
- * **L'objectif essentiel d'un barème est un consensus autour de cette évaluation du taux d'incapacité .**
- * **Les barèmes sont prévues pour une utilisation de bonne foi ,à la recherche d'une évaluation équitable.**

INTRODUCTION

→ Réparation :

- * Fixation monétaire de l'indemnisation du préjudice**
- * Concerne le régleur (magistrat, assureur, caisses,.....)**

INTRODUCTION

L'IPP a des significations différentes d'un cadre juridique à un autre

■ En AVP (Loi 2005-86)

- Réduction définitive de la capacité fonctionnelle
- Barème officiel

■ En DC

- Déficit des capacités physiologiques
- Pas de barème officiel

■ En AT

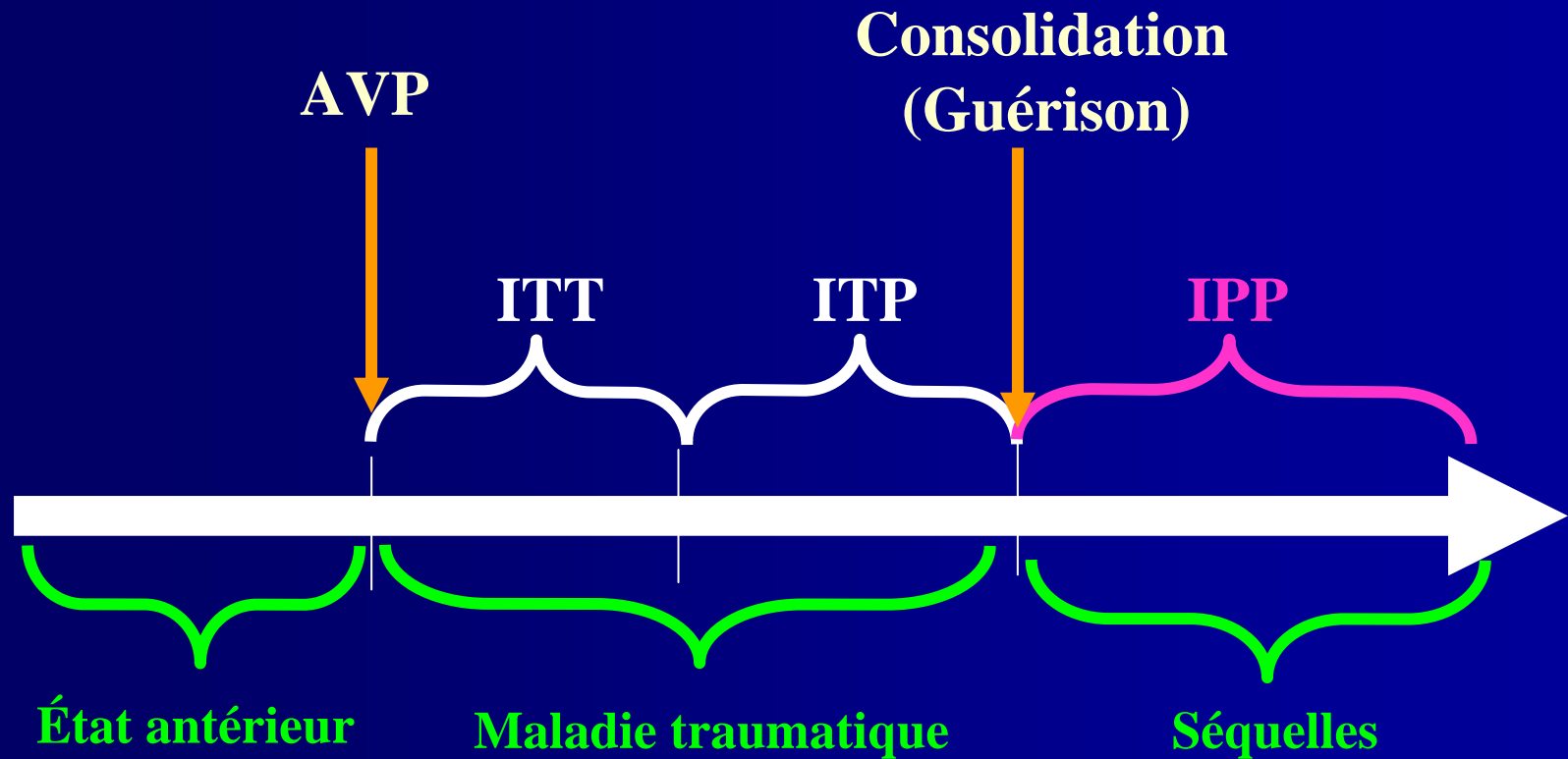
- Incapacité de travail (Nature de l'infirmité, état général, âge, facultés physiques et mentales, aptitudes et qualifications professionnelles)
- Barème officiel indicatif

■ En Assurance individuelle

- réduction des capacités par référence à des données contractuelles
- Barème

Pour une même infirmité: différentes IPP

I. INCAPACITÉ PERMANENTE



1.1. Évolution historique

- **Absence de définition légale**
- **Une question médico-légale**
- **Évolution dans les conceptions de l'IPP**
 - § En 1936 MAZEL : taux d'IPP englobe l'incapacité permanente de travail
 - § En 1959 : doctrine fait toujours référence :
 - à la diminution de la capacité de travail
 - à l'incapacité physique fonctionnelleindépendamment de son retentissement professionnel
 - L'expert doit indiquer s'il a ou non tenu compte de l'incidence professionnelle
 - § Après: nette séparation des conséquences des séquelles
 - sur la vie quotidienne extra-professionnelle
 - sur l'activité professionnelle
- **2005 : Définition légale (AVP)**

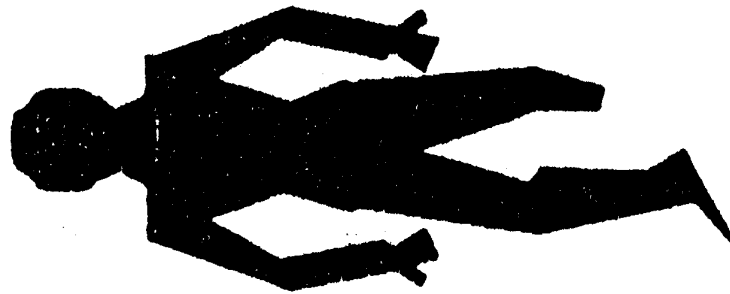
1. 2. Définition

Art 131 de la loi 2005-86 du 15 août 2005

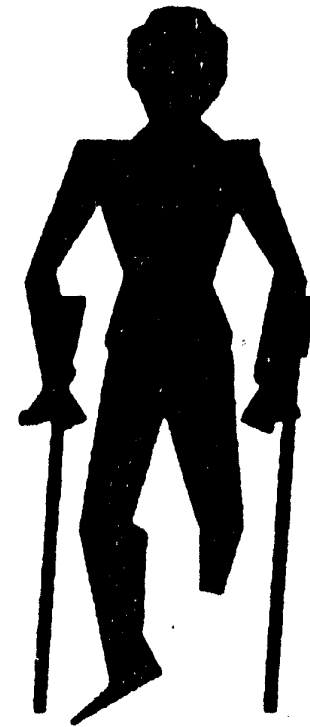
« L'incapacité permanente est la réduction définitive de la capacité fonctionnelle de la victime après **guérison totale** exprimée par rapport à sa capacité fonctionnelle juste avant la survenue de l'accident.

Le taux d'incapacité permanente est déterminé par une expertise médicale compte tenu d'un barème fixé par un arrêté conjoint du Ministre des Finances et du Ministre chargé de la santé publique. »

Incapacité : Retentissement fonctionnel d'une infirmité



a - Infirmité
anatomie



b - Incapacité
physiologie

L'incapacité permanente

- Période postérieure à la consolidation.
- Réduction par les séquelles traumatiques de la capacité physiologique.
- Champ d'application de cette capacité est celui de la vie quotidienne: incapacité fonctionnelle faite d'une gêne , d'une difficulté ou d'une impossibilité dans les actes de la vie courante, indépendamment de toute activité professionnelle.
- L'IPP dépend de l'importance des séquelles définitives et non pas de la gravité des lésions initiales.

1.3. Méthode d'évaluation (1)

→ *Méthode descriptive et évaluation quantitative :*

- **Décrire les séquelles objectives et subjectives imputables à l'accident.**
- **Décrire le retentissement des séquelles sur la vie quotidienne de la victime.**
- **Expliquer les actes, gestes et mouvements rendus difficiles, partiellement ou totalement impossibles et leur retentissement sur la vie personnelle : une description schématique et synthétique de « la difficulté d'être ».**

1. 3. Méthode d'évaluation (2)

- **Évaluer un taux d'IPP traduisant en pourcentage le déficit fonctionnel en se référant à un barème.**

On exprime par convention la pleine capacité d'un sujet par le chiffre 100

L'expert doit procéder à une double évaluation :

Taux d'incapacité + Taux de la capacité résiduelle = 100 %

→ Cette double référence : facteur d'équilibre et de réalisme.

1.3. Méthode d'évaluation (3)

- **L'évaluation est personnalisée: l'IPP est appréciée in concreto**
- **IPP représente la diminution réelle d'un sujet donné**
- **La base de cette évaluation est fonctionnelle et non anatomique**

Ce n'est pas la perte d'un membre, une raideur articulaire qui sont réparées, mais les conséquences fonctionnelles d'une lésion sur les possibilités physiques, psychiques et intellectuelles d'un sujet.

1.3. Méthode d'évaluation (4)

- **Pour une même lésion, les conséquences fonctionnelles sont très variables selon les individus :**
 - **l'âge et le mode de fonctionnement psychique peuvent modifier l'évolution d'une même lésion.**
 - **l'état antérieur peut aggraver un état pathologique post-traumatique.**
 - **les conditions de vie et l'activité personnelle peuvent influencer les manifestations séquellaires.**

II Barèmes

II – 1) Définitions:

- « table ou répertoire des tarifs »
- **Pr. Roche** « Référence pour fixer un taux d'incapacité correspondant à telle ou telle lésion et représente un guide pour les experts »

II – 2) Historique (1)

- **Tablette de NIPPUR 2050 av. J.C**
- **Code d'HAMOURABI 1750 av. J.C**
- **Loi de TALION de Moïse**
- **Loi de SOLON en Grèce**
- **Loi des 12 tables**
- **Lex aquilia de JUSTINIEN**
- **Loi islamique (Kissas, Eddiyat, El Kaffara, Taazir, Irch,...)**

II- 2) Historique (2)

→ En France :

- 1863 : Barème de l'assurance individuelle (Marsturing)
- 1887 : Barème d'invalidé de guerre
- 1939 : Barème indicatif des accidents du travail
- 1959 : Barème Pierre Arrivot (D.C)
- 1969 : Barème fonctionnel de la commission Chénot
- 1982 : Barème fonctionnel du concours médical(1993-2001)
- 1983 : Barème international des invalidités post traumatiques (L. Melennec)
- 1991 : Barème de la société de Médecine Légale et de criminologie de France(2000 - 2003)
- 2003:Barème d'évaluation des taux d'incapacité des victimes d'accidents médicaux,d'affections iatrogènes et des infections nosocomiales.
- 2005:Barème européen(DC)

II – 2) Historique (3)

→ En Tunisie :

- Barèmes des sociétés d'assurance (A.I.)
- 1995 : Barème indicatif des accidents du travail
- 2005: Barème officiel (AVP)

II – 3) Structure d'un Barème (1)

- La composition d'un barème repose sur la définition de l'IPP.

En AVP

- L'individu est considéré comme une entité physiologique (abstraction sexe – âge).
- Détermine le degré d'un déficit fonctionnel

II – 3) Structure d'un Barème (2)

- **L'être humain est la somme d'un certain nombre de fonction , évalué « conventionnellement » par le chiffre 100.**
- **On affecte « conventionnellement » à chacune des grandes fonctions un maximum arbitraire:**
 - **Fonctions vitales : taux max = 100 (Neurologique, Respiratoire, Circulatoire)**
 - **Fonctions de la vie de relation:
taux max < 100 (vision, locomotion, audition,...)**

II – 3) Structure d'un Barème (3)

Quelques indications synthétiques des grands déficits fonctionnels

Système nerveux central	Déficit	0 - 100 %	
	Irritatif	5 - 50 %	
	Parole	0 - 30 %	
	Psychiatrique	0 - 100 %	
Nerfs crâniens	Vision	0 - 85 %	
	Audition	0 - 60 %	
	Olfaction	0 - 5 %	
	Mastication	0 - 35 %	
	Motricité	0 - 20 %	
Soutien	Rachis	0 - 20 %	
	Bassin	0 - 20 %	
Préhension (membre supérieur)		Dominant	Non dominant
	Bras	60 %	50 %
	Av. bras	55 %	45 %
	Main	50 %	40 %
Locomotion (membre inférieur)	Hanche	80%	
	Genou	60 %	
	Jambe	40 - 50 %	
	Cheville	30 %	
Respiration	0 - 100%		
Circulatoire	0 - 100%		

II – 3) Structure d'un Barème (4)

- **Barème indique la fourchette dans laquelle se situera l'estimation de l'expert après description des séquelles et de l'incapacité.**
- **Les propositions du barème ne peuvent être qu'indicatives**
- **Repères intermédiaires, eux même indicatifs, sont fournis lorsque la fourchette est large correspondant à des situations cliniques variées**

II – 3) Structure d'un Barème (5)

Exple: Atteinte médullaire (SFMLC)

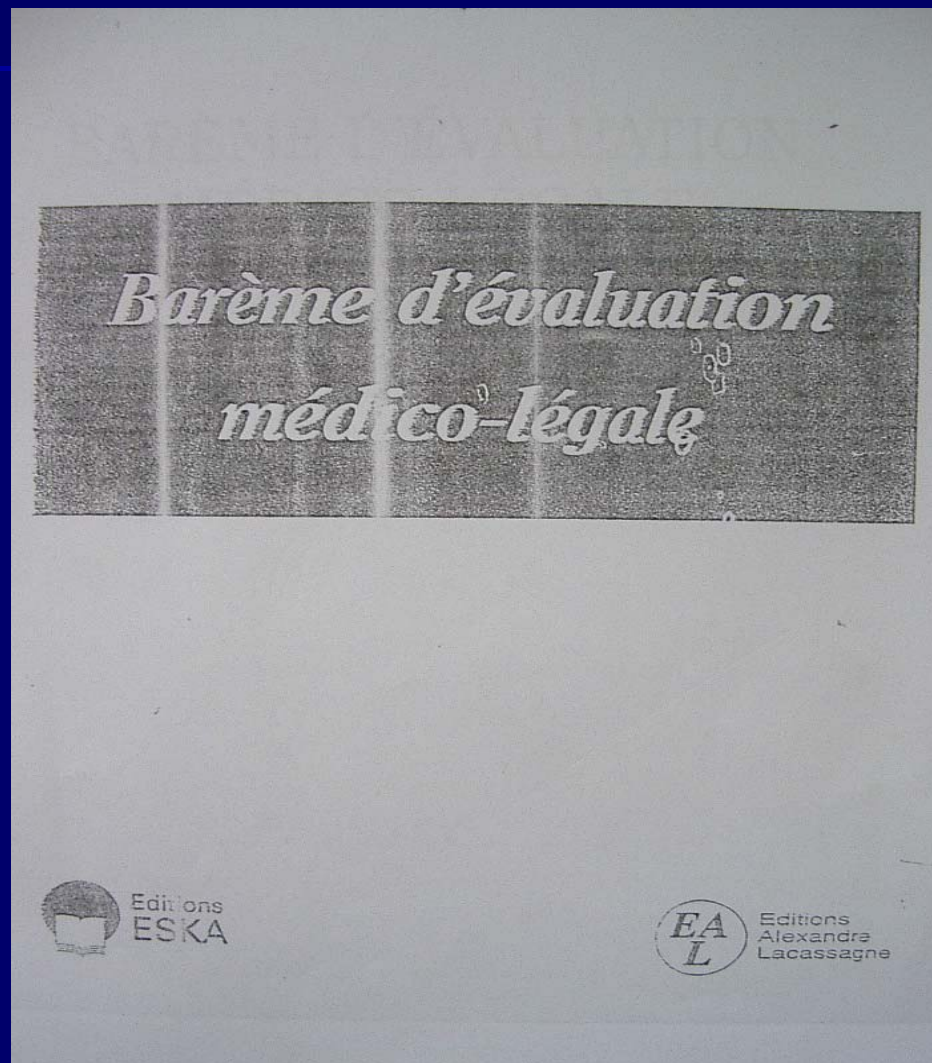
. Paraparésie incomplète, avec troubles sphinctériens et sexuels légers, marche peu perturbée	10 à 15 %
. Paraplégie spastique : marche possible avec 2 cannes anglaises, mais fatigabilité ; troubles sphinctériens et sexuels importants	40 à 50 %
. Paraplégie avec perte de toute fonction de locomotion, sujet confiné au fauteuil, troubles sphinctériens et sexuels importants	70 à 75 %
. Syndrome de la queue de cheval complet, avec troubles sphinctériens et sexuels importants.....	50 %
. Tétraparésie avec possibilité de marche, maladresse des membres supérieurs, troubles sphinctériens et sexuels modérés, sans retentissement respiratoire.....	30 à 50 %
. Tétraplégie incomplète sans insuffisance respiratoire (niveau cervical bas).....	80 %
. Tétraplégie complète avec insuffisance respiratoire	90 à 95 %

II – 3) Structure d'un Barème (6)

Exple: Lombalgies (SFMLC)

- . Séquelles légères : lombalgie intermittente, nécessitant la suppression des efforts importants ou prolongés, taux inférieur à **5 %**
- . Séquelles moyennes : lombalgie permanente, avec raideur lombaire, gêne douloureuse pour tout mouvement, en toute position **10 à 15 %**
- . Séquelles importantes réalisant un véritable blocage lombaire permanent, avec vigilance **20 à 25 %**
- . L'association d'irradiation sciatique ou crurale peut conduire à un taux global de l'ordre de **30 %**

EX: BAREME DE LA SFMLC



Plan général d'un barème:

- CHAPITRE 1: FONCTION NEUROPSYCHIQUE
- CHAPITRE 2: FONCTION MOTRICE
 - 1) Fonction de préhension
 - 2) Fonction de locomotion
 - 3) Fonction de soutien
 - 4) Fonction d'équilibration
- CHAPITRE 3: FONCTIONS SENSORIELLES:
 - 1) Vue
 - 2) Communication orale, audition, phonation
 - 3) Olfaction
 - 4) Goût
 - 5) Toucher
- CHAPITRE 4: FONCTION CARDIORESPIRATOIRE
- CHAPITRE 5: FONCTION METABOLIQUE
- CHAPITRE 6: FONCTION URINAIRE

Plan pour chaque chapitre:

- Le plan pour chacun des chapitres est identique:

A -Définition de la fonction

B -Perte de la fonction

C -Critères d'appréciation

D -Éléments d'orientation

E -Tableaux cliniques usuels.

GRILLE DE REFERENCE:

- **IPP jusqu'à 10%:**

Nécessité de quelques contraintes ou de quelques précautions particulières, gêne modérée ne modifiant pas de façon constante ou importante les activités habituelles.

- **10 à 30%:**

Limitation de certaines activités habituelles, avec possibilité de trouver des moyens palliatifs pour l'activité quotidienne, qui n'est que modérément et/ou inconstamment perturbée.

- **30 à 50%:**

Limitation de l'activité quotidienne qui est nettement perturbée.

- **50 à 70%**

Incapacité à assumer certaines activités habituelles, avec modification importante de la vie quotidienne antérieure.

- **70 à 90%:**

Restriction majeure des activités habituelles.

- **Supérieure à 90%:**

Perte quasi-totale de l'autonomie psychomotrice personnelle.

APPAREIL LOCOMOTEUR:

Éléments d'orientation:

jusqu'à 10 % Marche non limitée, mouvements complexes peu limités.
Pas d'aide technique.

Marche normale, parfois douloureuse, sans boiterie, gêne légère dans les mouvements complexes extrêmes, pas d'aide technique.....	jusqu'à 3 %
Marche gênée sur certains terrains, parfois douloureuse, ou légère boiterie, légère limitation de certains mouvements complexes, pas d'aide technique.....	3 à 6 %
Marche un peu limitée, même sur terrain plat, parfois douloureuse, légère boiterie, limitation de certains mouvements complexes, pas d'aide technique.....	6 à 9 %

10 à 30 % Marche et mouvements complexes limités.
Aides techniques : 1 ou 2 cannes, orthèse.

Marche parfois limitée et/ou douloureuse, s'accompagnant de boiterie ou d'instabilité légère, mouvements complexes limités.....	10 à 15 %
Marche limitée et/ou douloureuse, avec boiterie, mouvements complexes difficiles, nécessité d'une canne.....	15 à 25 %
Marche limitée et/ou douloureuse, avec boiterie, mouvements complexes limités, nécessité de deux cannes ou d'une orthèse pour la marche.....	25 à 30 %

30 à 50 % Marche limitée. Mouvements complexes très limités.
Aides techniques : 2 cannes ou orthèse ou prothèse.

Marche limitée et/ou douloureuse, avec boiterie et/ou instabilité, mouvements complexes fortement limités, nécessité de deux cannes, ou d'orthèse, ou d'une prothèse bien tolérée.....	30 à 35 %
Marche limitée et/ou douloureuse, lente et mal assurée, mouvements complexes pratiquement impossibles. Aides techniques : 2 cannes, ou orthèse, ou prothèse moyennement tolérée.....	35 à 45 %
Marche très limitée, station debout possible, mouvements complexes impossibles. Aides techniques : orthèse ou prothèse mal tolérées. Utilisation épisodique du déambulateur, voire du fauteuil roulant.....	45 à 50 %

50 à 70 % Marche et mouvements complexes impossibles.
Aides techniques : fauteuil roulant.

Marche utile impossible, mouvements complexes impossibles, utilisation habituelle du fauteuil roulant, le tout étant modulé selon la qualité de l'usage du fauteuil roulant.....	50 à 60 %
Marche et mouvements complexes impossibles. Usage extrêmement limité ou impossible du fauteuil roulant.....	60 à 70 %

Amputation:

1.1. Hanche

DÉSARTICULATION DE HANCHE OU AMPUTATION HAUTE BILATÉRALE (la gêne fonctionnelle excède la stricte perte de la fonction de locomotion, compte tenu de la perturbation de la fonction assise, notamment)	jusqu'à 70 %
DÉSARTICULATION UNILATÉRALE DE HANCHE, et autres désarticulations hautes (l'appareillage est nécessairement complexe, avec appui ischiatique obligatoire)	50 à 60 %

Tableau 1.

1.2. Cuisse

AMPUTATION DE CUISSE :	
• au 1/4 supérieur : appareillage toujours difficile, avec appui ischiatique	50 %
• au 1/3 moyen :	
- si difficultés d'appareillage, moignon défectueux ou pathologique, importante boiterie, fatigabilité	45 %
- si appareillage satisfaisant, bien adapté et bien toléré, hanche mobile	40 %

Tableau 2.

1.3. Jambe

Amputation de jambe, au tiers moyen, bon appareillage, genou mobile	30 %
Amputation de jambe, avec appareillage mal toléré	jusqu'à 40 %

Tableau 3.

1.4. Pied

Amputation de l'arrière-pied (Syme, Chopart...)	25 à 35 %
Désarticulation tarso-métatarsienne (Lisfranc)	environ 20 %
Amputation trans-métatarsienne	18 à 20 %
Amputation du gros orteil	8 à 10 %
Amputation des quatre derniers orteils	8 à 10 %
Amputation de tous les orteils	10 à 15 %

Tableau 4.

Ankylose:

2.1. Hanche

Ankylose de la hanche en bonne position.....	25 %
Ankylose en position vicieuse : flexum, adduction, rotation externe ou interne.....	35 %

Tableau 5.

2.2. Genou

Ankylose du genou en bonne position (rectitude ou flexion de 10° qui raccourcit le membre et permet un meilleur passage du pas)	20 %
---	------

Tableau 6.

2.3. Cheville et pied

Ankylose du cou-de-pied en bonne position (à angle droit chez l'homme, en léger équinisme chez la femme), non douloureuse, avant-pied souple, orteils mobiles.....	10 à 12 %
Ankylose de l'arrière-pied, tibiotarsienne et sous-astragalienne, avec raideur de l'avant-pied et des orteils	20 à 25 %
Ankylose du pied et des orteils en mauvaise position.....	30 %
Ankylose du gros orteil sans enraidissement des orteils voisins (hallux rigidus).....	7 à 8 %

Tableau 7.

Raideurs articulaires:

3.1. Hanche

Limitation importante et douloureuse des mouvements de la hanche, avec souvent attitude vicieuse en adduction et rotation.....	jusqu'à 30 %
Limitation moyenne (environ de moitié) des mouvements de la hanche, selon l'importance des douleurs.....	jusqu'à 20 %
Limitation peu importante, douleurs intermittentes, fatigabilité (séquelles légères).....	5 à 10 %

Tableau 8.

3.2. Genou

Déficit de flexion léger (flexion possible jusqu'à 110°).....	jusqu'à 5 %
Déficit de flexion important (flexion n'atteignant pas 90°).....	5 à 15 %
Déficit d'extension, inférieur à 5°.....	jusqu'à 5 %
Déficit d'extension, entre 5 et 10°.....	5 à 8 %
Déficit d'extension, entre 10 et 20°.....	8 à 12 %
Déficit d'extension, supérieur à 20° (rare).....	jusqu'à 20 %

Tableau 9.

3.3. Cheville et pied

CHEVILLE - PIED

Déficit de la flexion/extension du cou-de-pied :

- perte de la flexion dorsale seule, pied à angle droit, avant-pied souple..... jusqu'à 5 %
- perte de la flexion dorsale et limitation de la flexion plantaire d'un tiers..... 5 à 8 %
- pied en équin de plus de 10°, mais conservant une flexion plantaire de 10 à 15°..... 10 à 12 %

Enraidissement marqué des articulations métatarsophalangiennes des quatre derniers orteils..... 10 %

Tableau 10.

Raccourcissement et modification des axes:

RACCOURCISSEMENT

Jusqu'à 15 mm, compensé par une talonnette, n'entraîne pas d'incapacité	0 %
Entre 15 et 50 mm, il est générateur d'une incapacité dont le taux peut être évalué	jusqu'à 8 %
Au-delà de 50 mm, il est générateur de désordre important, et le taux d'incapacité qui en résulte est évalué à	8 à 12 %

DÉCALAGE (VICE DE ROTATION)

Une rotation interne supérieure à 15° peut avoir des conséquences sur le fonctionnement de la hanche sus-jacente, par défaut de couverture de la tête fémorale.

Une rotation externe supérieure à 20° peut retentir sur le genou (compartiment postéro-externe).

Il en résulte une incapacité permanente de

	5 à 8 %
--	---------

MODIFICATION D'AXES

Genu varum post-traumatique : douleurs au niveau du compartiment interne	jusqu'à 10 %
Genu valgum post-traumatique : douleurs au niveau du compartiment externe	jusqu'à 8 %

Tableau 11.

Instabilité, prothèse et ligamentoplasties:

5.1. Genou

Laxité chronique avec instabilité antérieure, antéro-externe ou antéro-interne, épisodes de dérochement à la marche.....	jusqu'à 15 %
Laxité postérieure isolée (retentissement sur l'articulation fémoro-patellaire).....	jusqu'à 12 %

Tableau 12.

5.2. Chevilles

Laxité chronique du cou-de-pied avec instabilité, entorses à répétition, gêne importante à la marche.....	6 à 12 %
---	----------

Tableau 13.

Ligamentoplastie du genou, en fonction de la laxité résiduelle.....	jusqu'à 5 %
Prothèse totale de hanche : l'évaluation de l'incapacité permanente liée aux limitations articulaires souvent minimes, et surtout aux contraintes physiques et psychologiques qui restreignent l'activité.....	5 à 10 %
Les prothèses du genou ont des résultats fonctionnels souvent de moins bonne qualité ; le déficit physiologique s'ajoutant aux contraintes de la prothèse justifie des taux d'incapacité souvent compris entre :.....	10 à 15 %

Tableau 14.

Atteintes neurologiques périphériques:

7.1. Paralyse du nerf sciatique

Au-dessus de la bifurcation entre le nerf fibulaire commun (n. sciatique poplité externe)
et le nerf tibial (n. sciatique poplité interne) :

- forme haute 40 %
- forme basse (fibulaire commun + tibial) 35 %

Tableau 15.

7.2. Paralyse du nerf fibulaire commun (n. SPE)

- Paralyse totale 20 %
- Selon la compensation, par appareillage ou transplantation 10 à 15 %

Tableau 16.

7.3. Paralyse du nerf tibial (n. SPI)

Paralyse du nerf tibial (n. SPI) 25 %

Tableau 17.

7.4. Paralyse du nerf fémoral (n. crural)

- Paralyse du nerf fémoral (n. crural) 30 %
- Selon la compensation par appareillage 15 à 20 %

Tableau 18.

7.5. Paralyse du nerf obturateur

Paralyse du nerf obturateur jusqu'à 5 %

Tableau 19.

7.6. Nerf cutané latéral de la cuisse (n. fémoro-cutané)

Névralgie jusqu'à 5 %

Tableau 20.

II – 4) Intérêt et utilisation des barèmes (1)

- **Barèmes sont un guide indicatif permettant d'éviter des conclusions disparates.**
- **Barèmes permettent aux techniciens de l'évaluation de partir d'une base médico-légale cohérente .**
- **Barèmes servent pour l'enseignement des futurs spécialistes en dommage corporel.**
- **Barèmes sont indicatifs et non impératifs.**
- **Barèmes ne sont pas obligatoirement exhaustifs**
- **Barèmes ne peuvent se substituer à la description des séquelles et de leurs conséquences pratiques dans la vie courante.**

II – 4) Intérêt et utilisation des barèmes (2)

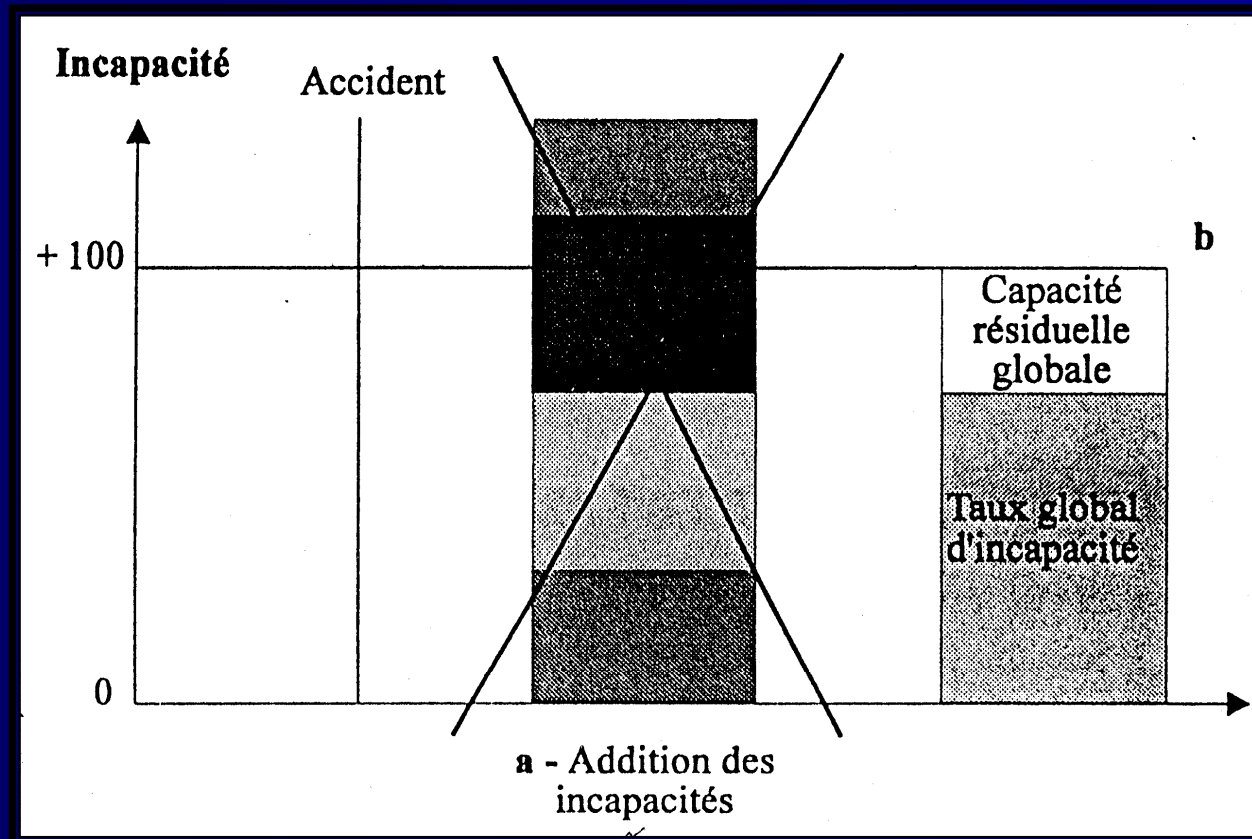
- **Les barèmes sont évolutifs, révisables et réformables en fonction:**
 - des évolutions observées dans les diverses spécialités.
 - de l'expérience acquise par les utilisateurs.
 - de l'amélioration des techniques médicochirurgicales.
 - du progrès de l'appareillage.
 - des commodités plus grandes apportées aux grands handicapés.

III Incapacités multiples provenant d'un même accident (1)

- **Procéder à une évaluation globale de l'IPP en tenant compte du caractère synergique ou non des incapacités.**
- **Double évaluation :**
 - **taux global d'incapacité**
 - **taux de la capacité résiduelle globale**

III Incapacités multiples provenant d'un même accident (2)

Raisonnement des incapacités multiples



III Incapacités multiples provenant d'un même accident (3)

- **L'utilisation des règles mathématiques (BALTHAZARD...):**
 - **Ne peut être qu'un élément parmi d'autres dans l'appréciation du taux global d'incapacité.**
 - **Ne doit en aucun cas être considérée comme impérative**

III Incapacités multiples provenant d'un même accident (4)

Plusieurs séquelles touchant des organes différents et de
fonctions différentes

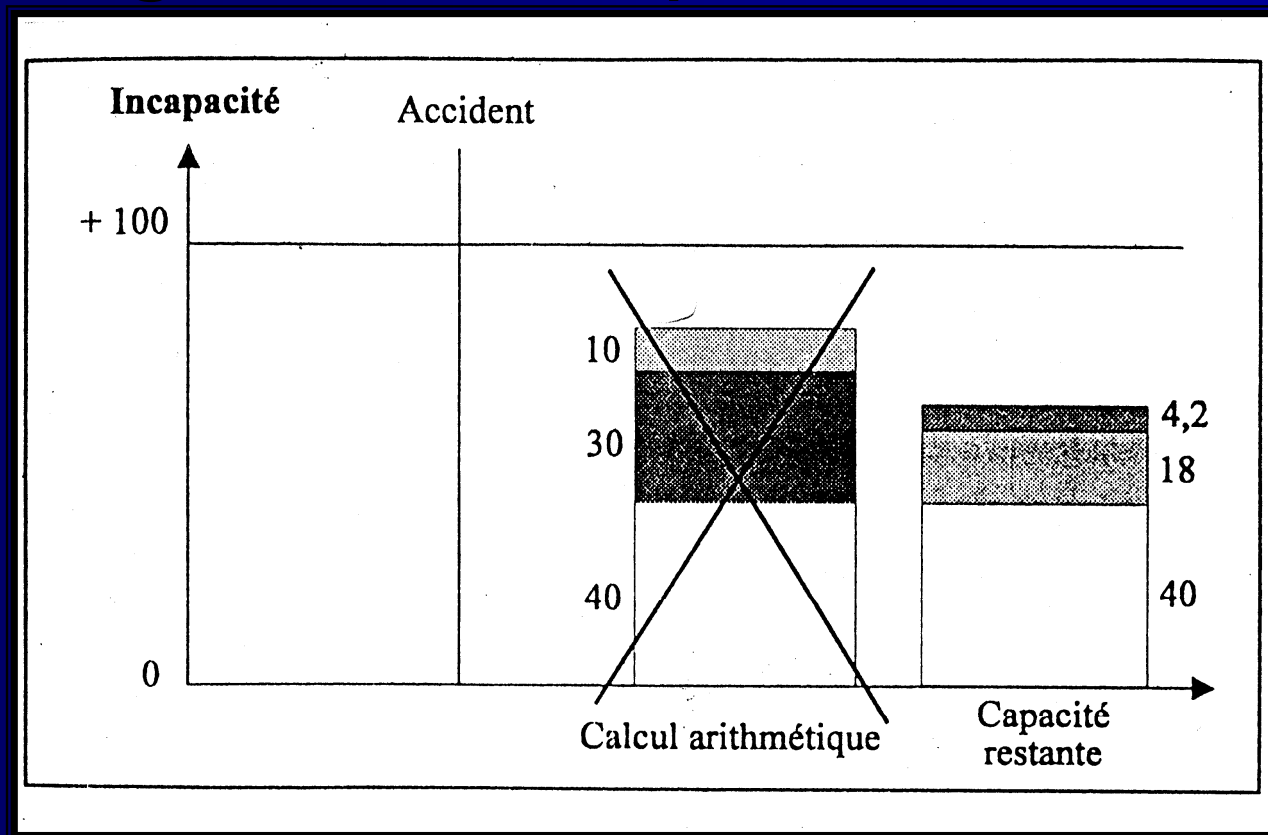
Méthode de BALTHAZARD

Exemple si $A > B > C$ - $A = 40\%$ $B = 30\%$ $C = 10\%$	
1ère incapacité = A	40 %
2ème incapacité = $\frac{(100 - A) \times B}{100} = X$	18 %
3ème incapacité = $\frac{(100 - [A + X]) \times C}{100} = Y$	4,2 %
Taux global $A + X + Y$	62,2 %

L'incapacité qui suit est calculée au dépens de la capacité restante de la précédente

III Incapacités multiples provenant d'un même accident (5)

La règle de la capacité restante



III Incapacités multiples provenant d'un même accident (6)

Plusieurs séquelles touchant des organes
différents mais de même fonction

Séquelles touchant les deux membres	TAUX GLOBAL
Membres supérieurs	$A + B + \frac{A+B}{10}$ ou $A + B + \frac{B}{5}$
Membres inférieurs	$A + B - \frac{B}{2}$

Calcul des taux d'IPP des séquelles touchant les 2 membres
A & B en fonction des synergies si $A > B$

III Incapacités multiples provenant d'un même accident (7)

**Plusieurs séquelles touchant le
même membre**

- Addition des taux sans dépasser le
taux d'amputation totale de ce
membre

IV Etat antérieur (1)

- ◆ **Si l'état antérieur ne concerne pas la même fonction qui est réduite par l'accident:**
 - L'expert ne doit pas calculer sur la capacité restante le taux d'incapacité.
 - Il fixe le taux d'IPP sans tenir compte de l'état antérieur.
- ◆ **Si l'état antérieur et les séquelles concernent la même fonction:**
 - L'expert évalue la capacité restante avant l'accident.
 - Il intègre cette donnée dans son évaluation du taux d'incapacité.
 - l'usage des formules mathématiques n'a ici encore aucun caractère impératif.

IV Etat antérieur (2)

Infirmités multiples consécutives à des accidents successifs

FORMULE DE GABRIELLI

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

C1 : est la capacité restante du sujet avant l'accident en cause

C2 : est la capacité globale restante après l'accident en cause

IV Etat antérieur (3)

Exemple :

- perte d'un oeil : IPP = 30%
- perte de deux yeux : IPP = 85%
- C1 = 70%
- C2 = 15%
- $$\frac{C1 - C2}{C1} = \frac{70\% - 15\%}{70\%} = \frac{55\%}{70\%} = 78\%$$

CONCLUSION

- **IPP: Réduction définitive de la capacité fonctionnelle.**
- **L'expert doit:**
 - Décrire les séquelles traumatiques.
 - Décrire le retentissement des séquelles sur la vie quotidienne de la victime.
 - Évaluer l'incapacité fonctionnelle en se référant à un barème.
- **L'évaluation de l'IPP est personnalisée.**
- **Le barème ne peut être qu'indicatif même s'il s'impose.**
- **L'utilisation d'un barème permet d'éviter les disparités.**

Merci pour votre attention

