RÉPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE

Union- Discipline -Travail

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR

ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITÉ FÉLIX HOUPHOUËT BOIGNY

UFR SCIENCES MÉDICALES D'ABIDJAN

THÈSE

Année : 2022-2023

N° 7716/2023

Pour l'obtention du

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET MÉDICO-LÉGAUX DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES CONTRACTÉES EN SERVICE CHEZ LES SALARIÉS DU SECTEUR PUBLIC EN CÔTE D'IVOIRE DE 2017 À 2021

Présentée et soutenue publiquement le 31/07/2023

Par

YOMI KOUALY ANGE

Né le 15/05/1995 à ABIDJAN (CÔTE D'IVOIRE)

COMPOSITION DU JURY :

Président : Monsieur DJODJO MATHURIN, Professeur titulaire
Directeur de thèse : Monsieur TCHICAYA AIME FRANÇOIS, M.C.A
Assesseur : Monsieur ALLOH AMONSO DANIEL BEUGRE, M.C.A
Assesseur : Monsieur AKA LEPRI BERNADIN NICAISE, M.C.A

DEDICACES

A mon Seigneur JESUS-CHRIST

« De toutes les bonnes paroles que l'Eternel avait dites à la maison d'Israël, aucune ne resta sans effet : toutes s'accomplirent. » ***Josué 21 :45***

PERE ETERNEL*, tu es encore resté fidèle à ta parole ! Je te suis* ***INFINIMENT*** *reconnaissant !*

Tu as daigné prêter une oreille attentive à mes prières.

Tout ce que je suis SEIGNEUR je te le dois. Bénis soit ton nom saint et glorieux.

Que toute la gloire, l'honneur, la puissance et la magnificence te soit rendu à jamais. Amen !

« Confiez-vous en l'Eternel à perpétuité, car l'Eternel, l'Eternel est le rocher des siècles. » ***Esaïe 26 :4***

A mon défunt père YOMI Paul

Six années déjà se sont écoulées depuis l'annonce de ton décès si soudain, et pourtant, ma douleur demeure toujours aussi grande.
Tu as été celui qui a toujours cru en moi. Tu as veillé à ma réussite. Tu faisais de sorte que nous ne manquions de rien mes frères et moi, avec le peu de moyen que tu avais. Un modèle d'abnégation, tu es pour moi.
Je me souviens restant là, tu comptais les années, impatients qu'arrive ce jour. Tu peux maintenant arrêter de compter. Il est enfin arrivé ce jour tant attendu.
J'aurai aimé que tu sois présent à mes côtés, hélas DIEU en a décidé autrement.
Je voudrais te rendre hommage et te dire mille fois Merci cher héros.
Je t'aime PAPA.

A ma mère MUNMOI Sylvie

Merci, maman, d'être pour moi le meilleur médecin, le meilleur professeur.
C'est la sagesse qu'il y a en toi qui nous a aidé à devenir de grandes personnes.
Vaillante tu es restée après le décès de Papa. Tu as assuré le rôle de père et de mère. Je ne pourrais pas te remercier assez.
Je t'aime énormément !
Que DIEU puisse te bénir et veiller sur toi davantage.

A ma sœur YOMI Prisca

Merci d'être toujours là pour moi. Merci pour tes encouragements et conseils.
Je n'aurais pas eu mieux comme ainée.
Je t'aime énormément et je te dédie ce travail.

A mes frères et sœurs YOMI Juslin, YOMI Marina, YOMI Wilfried et YOMI Charlène

Merci pour vos prières. Je vous aime et je vous dédie ce travail.

A mon oncle TOME Ernest

Celui que j'appelle affectueusement « le père d'une multitude ». Je te serai éternellement reconnaissant de m'avoir ouvert tes portes et de m'avoir éduqué au même titre que tes enfants biologiques (MAXIME, FLORA, GISELE et GRACE) que je salue au passage.
Seul DIEU saura combler les désirs de ton cœur.

- ***A toute la famille KLE***

Vous m'avez ouvert bien plus que les portes de votre maison, vous m'avez ouvert vos cœurs. Je vous suis infiniment reconnaissant. Vous m'avez appris le sens de la famille. Je n'y serais jamais arrivé sans vous.

Rien ne pourrait compenser l'amour que vous m'avez porté. Que DIEU se souvienne de chacun de vous.

REMERCIEMENTS

A tous les membres du Conseil de Santé

Merci pour l'autorisation accordée à la réalisation de ce travail

En particulier :

Au président du comité médical, docteur TOURE Nambala,

A Monsieur ETCHIEN

A Monsieur BERTE

Merci pour votre disponibilité et vos enseignements.

Que DIEU vous comble de tous ses bienfaits.

A ma communauté Ecclésiastique

Merci pour vos prières, vos conseils et vos encouragements et d'être toujours présent pour moi

A la jeunesse baptiste missionnaire temple Bérée d'Adjamé

Merci pour vos soutiens spirituels. Grâce à vous le chemin a été parsemé de joie et d'espérance en Christ. Que Dieu vous bénisse et affermisse davantage notre foi en Christ.

- ***Au Groupe Biblique des Hôpitaux (GBH) médecine Abidjan présidé par Docteur ABRAHAM Lath***

Merci pour votre sympathie et vos disponibilités. Je souhaite à nous tous une excellente carrière !

- ***A mes ainés Docteurs Docteur GUEYE Martin's, Docteur TOPE Naomie***

Merci pour vos soutiens et vos collaborations.

- **A ma famille la 50ème promotion de médecine Abidjan**

C'est un privilège pour moi d'appartenir à cette grande famille qui la 50ème promotion.
Merci famille pour votre soutien, que le Seigneur vous bénisse énormément

- **A tous ceux qui de près ou de loin m'ont soutenu et que je n'ai pas pu citer.**

A NOS MAÎTRES ET JUGES

À NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY,

Monsieur le professeur **DJODJO Mathurin**

- Médecin Légiste
- Professeur Titulaire de Médecine Légale des Universités des Etats membres du CAMES
- Diplômé en Réparation Juridique du Dommage Corporel
- Diplômé en Sciences Criminelles
- Diplômé en Médecine Pénitentiaire
- Diplômé en Anthropologie médico-légale
- Secrétaire Général de la Société Ivoirienne de Médecine Légale et d'Investigations Judiciaires (SIMIJ)
- Membre de la Société Méditerranéenne de Médecine Légale (SMML)
- Membre de la Société Africaine de Médecine Légale (ASFM)
- Membre de la Société Ivoirienne de Toxicologie (SITOX – CI)
- Membre de la Société Ivoirienne de Médecine du Travail (SIMT)

Cher maître,

En acceptant spontanément d'être le président du jury de cette thèse vous ne faites que confirmer une fois de plus la gentillesse et la sympathie qui vous caractérisent. Nous sommes très honorés de vous avoir comme président du jury. Veuillez, cher maître, trouver l'expression de notre très haute considération et profond respect.

Que Dieu vous bénisse et Vous comble de biens.

À NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THÈSE

Monsieur le professeur **TCHICAYA AIME-FRANÇOIS**

- Maitre de conférences agrégé en Médecine du Travail
- Certificat d'Université en Initiation à la recherche des systèmes de santé, Université Libre de Bruxelles, École de Santé Publique, Belgique
- Maîtrise Professionnelle de Santé Publique
- Certificat d'Études Spéciales (C.E.S.) de Santé au Travail
- Membre fondateur et membre du comité scientifique de la Société Ivoirienne de Médecine du Travail (SIMT), 2001.
- Membre fondateur du Groupe d'Étude et de Recherche sur l'Exposition du personnel Soignant aux risques infectieux (GERES), 2004.
- Membre de la Société Française de Médecine du travail (SFMT), 2013.
- Membre de la Commission Internationale de la Santé au Travail (CIST), 2015.
- Membre du Collège Ouest Africain des Médecins (COAM)-Section Côte d'Ivoire, 2013.

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant d'être notre directeur de thèse. Nous vous remercions pour la gentillesse et la spontanéité avec lesquelles vous avez bien voulu diriger ce travail. C'était un réel plaisir de travailler sous votre direction et d'apprécier davantage votre talent d'éducateur et de formateur. Puisse ce travail que vous avez dirigé satisfaire vos souhaits. Trouvez ici l'expression de nos sincères remerciements et de notre respectueuse et profonde admiration.

Que DIEU vous comble de bénédictions Cher Maître !

À NOTRE MAITRE ET JUGE,

Monsieur le professeur **ALLOH AMONSO DANIEL BEUGRE**

- Maître de conférences agrégé à l'UFR Sciences Médicales de l'Université FHB d'Abidjan Cocody
- Spécialiste en Médecine Physique et de Réadaptation Option pédiatrique.
- Titulaire d'un Certificat d'Etudes Spéciales en santé publique et Médecine communautaire
- Titulaire d'une Attestation de Formation Spécialisée Approfondie (AFSA) en Médecine Physique et de Réadaptation (Université de Bourgogne (France)
- Diplômé en Appareillage des handicapés moteurs (Université de Lorraine (France).
- Diplômé en Méthodes en Recherche Clinique (Université Victor Segalen Bordeaux 2 (France)
- Diplômé en Méthodes statistiques de régression en épidémiologie (l'Université Victor Segalen Bordeaux 2 (France).
- Diplômé en Méthodes de Gestion de bases de données en Santé (l'Université Victor Segalen Bordeaux 2 France).
- Membre fondateur de la société ivoirienne de Médecine Physique et de Réadaptation
- Membre de la société médicale du Bénin
- Membre de la société francophone d'étude et de recherche sur le handicap de l'enfant

Cher Maître,

Vous avez accepté de juger ce travail de facon spontanée, malgré vos nombreuses occupations. Nous tenons à exprimer toute notre reconnaissance.

Que Dieu vous bénisse et vous comble de biens.

À NOTRE MAITRE ET JUGE,

Monsieur le professeur **AKA LEPRI BERNARDIN NIKAISE**

- Maitre de Conférences Agrégé de Santé Publique option épidémiologie,
- Chef de service Surveillance Épidémiologique à la Direction de Coordination du Programme Élargi de Vaccination,
- Diplômé en Santé Publique,
- Diplômé en Épidémiologie,
- Diplômé en Vaccinologie,
- Membre d'European Health Publique Association (EUPHA),
- Membre de la Société Française de Santé Publique,
- Membre fondateur de la Société Ivoirienne de Santé Publique (SISP),
- Membre de l'International Association of Immunization Managers,
- Membre du Réseau EPIVAC,
- Membre du Réseau Ivoirien de Lutte contre les Hépatites Virales,
- Membre du Comité National des Experts pour la Pharmacovigilance,
- Membre du Secrétariat des Comité Nationaux d'Experts pour la Poliomyélite.

Cher Maître,

C'est un honneur pour nous de vous compter parmi notre jury. Nous vous adressons nos plus vives reconnaissances pour votre disponibilité.

Que Dieu vous bénisse et vous comble de biens.

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS…….. XVII
LISTE DES FIGURES……..…. XIX
LISTE DES TABLEAUX……..…….. XXI
INTRODUCTION 1
OBJECTIFS 4
1.1 Objectif Général 4
1.2 Objectifs spécifiques 4
I- GÉNÉRALITÉS 5
I-1- REVUE DE LA LITTERATURE 6
I-2- ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES 8
I-3- LA FONCTION PUBLIQUE ET LE FONCTIONNAIRE 21
II- CADRE, MATERIELS ET METHODE 29
II-1- CADRE DE L'ETUDE 30
II-2. MATERIELS 32
II-3. METHODE 33
III- RESULTATS 39
III-1- RESULTATS GLOBAUX 40
III-2- DONNEES SOCIOPROFESSIONNELLES ET DEMOGRAPHIQUES 41
III-3- DONNEES MEDICALES 44
III-4- DONNEES MEDICO-LEGALES 49
DISCUSSION 55
IV-2- CARACTERISTIQUES SOCIO-PROFESSIONNELLES ET DEMOGRAPHIQUES 56
IV-2- LES LÉSIONS PROVOQUÉES 59
IV-3- LES CONSÉQUENCES MÉDICO-LÉGALES 60
CONCLUSION 63
RECOMMANDATIONS 65
REFERENCES 68
ANNEXES 78

LISTE DES ABREVIATIONS

AOF : Afrique Occidentale Française

AT : Accidents du travail

AT-MP : Accidents du travail – Maladies Professionnelles

AVP : Accident de la Voie Publique

BIT : Bureau International du Travail

CAF : Caisse des Allocations Familiales

CGRAE : Caisse Générale des Retraites des Agents de l'État

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNPS : Caisse Nationale de Prévoyance Sociale

CR : Commission de Réforme

CS : Conseil de Santé

EPA : Etablissement Publique Administratif

IPP : Incapacité Permanente Partielle

ITT : Incapacité Temporaire Totale

MP : Maladies Professionnelles

OIT : Organisation Internationale du Travail

ORL : Oto-Rhino- Laryngologie

PIB : Produit Intérieur Brut

SST : Santé Sécurité au Travail

TMS : Troubles Musculosquelettiques

TOM : Travail d'Outre-Mer

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : La répartition selon la nature du travail au moment de l'accident 45
Figure 2 : La répartition selon l'année de survenue 46
Figure 3 : La répartition selon les années de notification 47

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I	:	Répartition selon les caractéristiques socio-démographiques	41
Tableau II	:	Répartition selon la profession	42
Tableau III	:	Répartition selon le ministère de tutelle	43
Tableau IV	:	La répartition selon Le contexte de survenue	44
Tableau V	:	La répartition selon les types de lésion	48
Tableau VI	:	La répartition selon les décisions de la commission de réforme	49
Tableau VII	:	La répartition selon le taux de reprise du travail après traitement et les retentissements sur le poste de travail	50
Tableau VIII	:	La répartition selon la durée de l'incapacité temporaire totale de travail	51
Tableau IX	:	La répartition selon les différentes séquelles	52
Tableau X	:	La répartition selon le taux d'incapacité permanente partielle	53

INTRODUCTION

Selon le décret n◦68-82 du 9 février 1968, est considéré comme accident du travail ou accident de service, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du service ; pendant le trajet de la résidence au lieu de travail et vice versa, pendant les voyages dont les frais sont à la charge de l'État **[1].** Une maladie professionnelle encore appelée maladie contractée ou aggravée en service ou dans l'exercice des fonctions est, quant à elle, celle qui est la conséquence directe de l'exposition du fonctionnaire à un risque physique, chimique, biologique ou résulte des conditions dans lesquelles il exerce son activité professionnelle **[2]**.

Les accidents du travail et les maladies professionnelles constituent une question de santé publique dans le monde **[3]**. D'après le Bureau International du Travail les accidents du travail font perdre chaque année 4% du Produit Intérieur Brut mondial **[4]**. En effet, des millions de personnes dans le monde sont victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles **[5]**.

En France, 10 % des agents de la fonction publique ont été victimes d'accident du travail sur un total de 1 270 968 cas d'accidents déclarés en 2019 **[6 ;7]**. Le nombre de cas de maladies professionnelles recensé dans la même période était de 2976 dans la fonction publique **[7 ;8]**.

Plus de 1/6ème des accidents du travail survenus dans le monde se sont produit en Afrique **[9]**.

En Tunisie, 294 maladies contractées en service ont été déclarées dans le secteur public sur la période 2012-2019 **[10]**.

Au Burkina Faso, l'on enregistrait 75 cas d'accidents du travail du secteur public en 2015 **[11]**.

En Côte d'Ivoire, TOURE P **[12]** indique que selon la sous-direction du contentieux du ministère de l'éducation nationale, le système éducatif perd en moyenne 300 enseignants par an pour des raisons de santé. Aussi, La proportion

de fonctionnaires présentant des cancers pertinents des maladies dites contractées en service en Côte d'Ivoire en 2017 était de 44,12 % des cas **[13]**.

Malgré les progrès réalisés dans le domaine de la prévention, un grand nombre de travailleurs seraient encore victimes d'atteintes physiques et psychologiques d'origine professionnelle. Dans la quasi-totalité des Etats, ces altérations de la santé donnent droit à des réparations, sur la base d'arsenaux juridiques souvent complexes et peu connus des bénéficiaires

Pour pallier à ce déficit et en vue d'informer de manière élargie les différents partenaires en présence sur les mécanismes de réparation des lésions professionnelles, note étude a été initiée. L'intérêt réside dans la prévention.

OBJECTIFS

1.1 Objectif Général

Etudier les aspects épidémiologiques et médico-légaux des accidents du travail et des maladies contractées en service chez les salariés du secteur public en Côte d'Ivoire de 2017 à 2021.

1.2 Objectifs spécifiques

- Décrire les caractéristiques socio-professionnelles des travailleurs victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles dans le secteur public en Côte d'Ivoire.
- Déterminer la nature et les lésions provoquées par ces risques chez ces travailleurs.
- Préciser les conséquences médico-légales des lésions chez ces travailleurs.
- Déterminer la proportion des victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles effectivement indemnisées sur la période d'étude (2017-2021)

CHAPITRE I : GÉNÉRALITÉS

I-1- REVUE DE LA LITTERATURE

Une revue de la littérature montre clairement que les risques et incapacités professionnels induits par le travail, et l'indemnisation proprement dite, sont loin d'être l'apanage exclusif d'une classe de travailleurs, en l'occurrence ceux du secteur privé.

Les recherches menées dans le cadre de la thèse de doctorat en médecine attestent de la réalité du handicap chez les fonctionnaires et agents de l'État dont l'état de santé s'altère du fait de leur travail, du fait qu'ils surviennent lors de l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions.

TOURE P. [12] dans sa thèse sur la pathologie des enseignants (enseignants du primaire et du secondaire) remis au Conseil de santé précise que, selon la direction du contentieux du ministère de l'éducation nationale, le système éducatif perd en moyenne 300 enseignants par an pour des raisons de santé. Cette étude rétrospective a noté que le conseil de santé a décidé d'une mise en congé prolongée à 42,47% des 7 530 enseignants au cours de la période d'étude, dont 33,46% d'entre eux inaptes à enseigner.

La conclusion de la thèse de DOU Z. [14] portant sur la situation de la maladie mentale au conseil de santé, indique que les professions avec des problèmes de santé mentale reçues par le conseil de santé sont principalement des enseignants (41,6%), des professeurs de lycée et d'université (14,4%), les policiers (7,2%), les infirmiers (6,05%) et les sages-femmes (2,6%).

AKASON A. [15] dans une étude menée auprès du personnel médical présenté aux conseils de santé a montré que les infirmières sollicitaient le plus l'organe avec un taux de 40,92 %.

Un bilan des archives de la Caisse Générale des Retraites des Agents de l'État (CGRAE) de 97 demandes de compensation économique d'invalidités traitées et déposées entre 1996 et 2003 confirme la réalité d'un travail de service public

pesant sur la santé. Seulement 2 dossiers de demande d'allocation maladie professionnelle déposés aux archives. L'un a été déclaré acceptable et indemnisé, tandis que le second a été rejeté par la commission de réforme. Pour les incidents de service liés aux 95 autres documents, leur analyse a montré que ces incidents étaient plus fréquents parmi les personnels chargés de l'application des lois (policiers, douaniers, agents des eaux et forêts) (73,2 %). En deuxième, troisième et quatrième place se trouve les agents de santé (infirmiers, sages-femmes) avec 8,2%, les enseignants avec 6,2% et les ouvriers avec 5,1%.

Par ailleurs, il est fait état de ce que la décision de l'octroi d'une allocation d'invalidité est intervenue dans un délai qui est en moyenne de 4,5 ans avec pour extrêmes 6 mois et 21 ans.

I-2- ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

I-2-1- Définition

Dans les fonctions publiques, les AT-MP regroupent les accidents de travail, qualifiés pour les fonctionnaires d'« accidents de service » et incluant les accidents de trajet entre la résidence et le lieu de travail, et les maladies d'origine professionnelle.

En France, contrairement au régime général, les régimes des fonctionnaires ne connaissent pas de définition légale ou réglementaire des notions d'accident de travail ou de maladie professionnelle. Des circulaires, distinctes pour les trois fonctions publiques, et la jurisprudence comblent en partie cette lacune**.[16]**

En Côte d'Ivoire, le décret n◦ 68-82 du 9 février 1968 portant réparation pécuniaire accordée aux agents de l'État en cas d'invalidité résultant de maladie contractée en service ou d'accidents survenus dans l'exercice de leurs fonctions, définit les accidents du travail (Cf. I. Introduction). En ce qui concerne les maladies d'origine professionnelle, encore appelée maladie contractée ou aggravée en service ou dans l'exercice des fonctions est, celle qui est la conséquence directe de l'exposition du fonctionnaire à un risque physique, chimique, biologique ou résulte des conditions dans lesquelles il exerce son activité professionnelle**.[2]**

I-2-2- Causes

Bien loin de l'image du « petit travail tranquille » du fonctionnaire que certains laissent circuler, l'étude SUMER publiée en février 2013 **[17]**, indique que « l'exposition à la plupart des risques professionnels est similaire dans le secteur public et privé (souvent moins de 5 points d'écart dans la part de personnes exposées) » …Un fait que de nombreux employeurs et d'acteurs publics ont constaté depuis plusieurs années déjà.

Si la question s'est, un temps, posé de savoir si l'on pouvait aborder le sujet dans la fonction publique de la même façon que dans une entreprise privée, transposer la démarche de prévention, la méthodologie, et le droit de la prévention, aujourd'hui, la réponse est claire : il existe une correspondance indéniable entre les questions de santé et de sécurité au travail des salariés de droit privé et celles des fonctionnaires.

En pratique, cela signifie que tout employeur public (autorité territoriale, chef ou directeur d'établissement public) qui dresse l'inventaire des risques susceptibles d'être rencontrés par ses agents est forcément confronté aux grandes familles de risque suivantes :

- risques des circulations et déplacements (il s'agit des risques de circulations et déplacements au sein de l'administration : d'un service à un autre, que l'agent soit dans le même bâtiment ou non par exemple) ;
- risques des manutentions manuelles et mécaniques ;
- risques physiques (risques liés à l'utilisation de machines mais aussi à l'environnement de travail : bruit, ambiances lumineuses, vibrations, travail sur écran, chaleur, froid, etc.) ;
- risques routiers (ex : déplacements à bord d'un véhicule personnel ou de service sur les réseaux routiers, à l'occasion de missions à l'extérieur de l'administration ou lors des trajets domicile/travail) ;

- risques biologiques ;
- risques d'incendie et d'explosion ;
- risques chimiques ;
- mais aussi, alors qu'on croyait le secteur public relativement épargné **[18]**, nous avons des risques psychosociaux (RPS : risques concernant certains aspects anxiogènes du travail : cadences élevées, charge de travail importante, contact avec le public, isolement, travail posté ou de nuit, par exemple, mais aussi risques qui portent atteinte à l'intégrité physique et à la santé mentale : stress, souffrance au travail, harcèlement moral ou sexuel, violence au travail...).

Aussi, pour permettre aux acteurs concernés de s'appuyer sur des principes fondateurs, de définir une politique claire, tout en étant spécifique à la fonction publique, le droit de la fonction publique a évolué **[19 ; 20].**

I-2-3- Prévention

En raison des nouvelles technologies, des nouvelles façons d'organiser le travail, du vieillissement des substituts, de l'évolution de la réglementation, de la difficulté à recruter, des attentes des citoyens, etc. La protection des agents, la prise en charge de la santé et de la sécurité au travail dans la fonction publique sont aujourd'hui des préoccupations et des thématiques fondamentales. Comme l'indique l'accord santé sécurité au travail (SST) de la fonction publique du 20 novembre 2009, la mise en place d'une démarche de prévention des risques et d'amélioration des conditions de travail est devenue un "facteur de performance du système de gestion des ressources humaines"... autrement dit, une manière de mieux travailler.

Les enjeux sont divers :

- humain : préserver la santé physique et mentale et assurer la sécurité des agents ;
- économique : du fait du coût des accidents (de service) et des maladies professionnelles directs (réparations, soins, etc.) et indirects (remplacement de la victime, surcharge de travail des présents), des contraintes budgétaires, ... **[21]**
- managérial : motiver, reconnaître et responsabiliser les agents, instaurer un climat de confiance au sein de l'administration ;
- juridique : d'une part pour satisfaire aux exigences réglementaires. La responsabilité civile ou pénale de la collectivité ou de l'établissement peut être engagée lors d'un accident de service. D'autre part, pour rattraper le retard pris (par rapport au secteur privé) pour garantir en droit cette protection aux fonctionnaires **[22]**.

❖ Cadre législatif

Le système juridique de prévention des risques professionnels des fonctionnaires a une spécificité mixte : il est (principalement) lié à la fois par le code du travail et le statut général de la fonction publique [23].

Le Code du travail précise d'abord la nature de l'obligation légale de prévention qui incombe à tout employeur. Ainsi, selon l'article 41.2 du Code du travail ivoirien [24] : "les employeurs sont notamment tenus d'aménager les installations et de réglementer les procédés de travail de manière à ce que les salariés soient protégés dans la mesure du possible contre les accidents et les maladies". Traduction : l'État a le devoir d'éliminer ou de réduire les risques professionnels qui menacent la santé des agents et qui pourraient entraîner des maladies ou des accidents.

La médecine du travail et les autres organismes de la fonction publique spécialisés en santé au travail (notamment les régies d'hygiène et de sécurité et les services de santé au travail, les coordonnateurs de prévention, les auxiliaires de prévention, les kinésiologues, les psychologues, etc.) sont sensés s'en occupé, évaluer et identifier les mesures de prévention, et sensibiliser certains responsables administratifs qui ignorent encore certains risques (comme les risques psychosociaux). Ils sont également chargés de la surveillance de la santé des travailleurs, ce qui comprend des examens médicaux des candidats aux concours de la fonction publique, des inspections périodiques des employés pour s'assurer qu'ils sont en bonne santé, aptes au travail, et diagnostic précoce des maladies professionnelles. Ces prestations sont dues à tout travailleur quel que soit le secteur d'activité. **[24]**

Autre action requise : mettre en place des mesures préventives ou respecter l'obligation générale d'information et de formation des agents à la sécurité au travail. Il doit prendre toutes les mesures « appropriées » : mettre en place une organisation et des moyens adaptés (horaires d'ouverture, redéfinition des fiches de poste, aménagement des locaux, transparence des transferts, réunions d'équipes, etc.) ; développer l'information sur la sécurité des agents, la prévention des risques professionnels, voire les difficultés de travail, actions de formation ; réflexion sur les changements possibles (nouveaux produits ou rythme de travail, etc.) ; etc.

Mais avant tout, l'employeur public, comme tout chef d'entreprise privée d'ailleurs, doit se conformer aux principes généraux de prévention contenus dans le code du travail (Cf. Annexe).

Cependant, dans la pratique, il demeure d'importantes faiblesses qu'il convient de traiter pour améliorer la prise en charge des risques professionnels dans la fonction publique.

I-2-4- Prise en charge médico-légale

1- Bases juridiques

En Côte d'Ivoire, l'organisation de la prise en charge des victimes d'accidents du travail dans le secteur public repose sur deux textes fondamentaux : le décret n° 68-82 du 9 février 1968 et le décret n° 71-301 du 25 juin 1971 **[1 ;25]**. Le premier concerne l'indemnisation monétaire des agents de l'État victime de malades contractées en cours de service ou d'accidents dans l'exercice de leurs fonctions. Le décret interministériel n° 8993 du 16 octobre 1974, pris conjointement par le ministère de la fonction publique, le ministère de la santé et le ministère de l'économie, précise les modalités d'application du décret. Le deuxième décret a créé le comité médical et la commission de réforme. Ces deux décrets précisent la nature des dommages à réparer, ainsi que la procédure d'examen des dossiers de demande. Ces textes s'appliquent respectivement à l'article 14 de la loi n° 92-570 du 11 décembre 1992 portant conditions générales des services publics et de la loi n° 62-405 du 7 novembre 1962 portant organisation des pensions civiles. **[3]**

2- Champ d'application

- **Les bénéficiaires**

Les bénéficiaires visés par la loi de 1968 et l'arrêté de 1974 sont les fonctionnaires, les fonctionnaires détachés, les agents intérimaires de l'administration de l'État et des administrations publiques ainsi que leurs familles. [3]

❖ **Les types de lésions concernées**

L'article 1 de la loi de 1968 définit l'étendue des risques. Il s'agit en effet d'incapacités permanentes dues à des accidents du travail ou d'incapacités dues à des maladies professionnelles. La définition d'un accident y est clairement énoncée. Il s'agit des accidents du fait ou à l'occasion du service, des accidents de trajet et des accidents survenus dans l'exercice des fonctions. La définition est la même que celle appliquée aux travailleurs du secteur privé. Trois critères doivent être réunis pour l'AT : l'accident, la blessure et le lien entre l'événement et la blessure. Contrairement au secteur privé, un accident doit entraîner des séquelles ou une incapacité permanente pour être pris en compte. Par conséquent, les fonctionnaires excluent en fait l'incapacité partielle, c'est-à-dire les accidents qui ont atteint le stade de la guérison. N'oubliez pas que les séquelles désignent des dommages qui ne peuvent être modifiés par aucun traitement et que la guérison est le retour de l'organe lésé à son état d'origine. Contrairement à l'AT, les maladies visées par la loi de 1968 n'ont pas été définies. Les formulaires de maladie professionnelle pour lesquels une indemnisation est disponible ne sont pas mentionnés. La première figure clairement dans la liste dite des maladies professionnelles indemnisables, tandis que la seconde n'y figure pas. Les maladies à caractère professionnel ne donnent droit à aucune indemnisation. Le tableau actuel en compte 45, apposé après le code de la sécurité sociale. Ils représentent le seul instrument juridique médical nécessaire pour reconnaître et indemniser les maladies professionnelles. Sans ces outils, attribuer la maladie à l'exercice d'activités professionnelles reste une entreprise difficile, dangereuse, souvent loin d'être objective.

3- Procédure de déclaration et reconnaissance

Elle peut être schématiquement subdivisée en trois parties, à savoir la demande ou déclaration, l'instruction ou traitement de la demande, et la décision de reconnaissance et d'indemnisation.

❖ **La demande**

➢ Les acteurs

La demande constitue l'étape initiale du processus. Elle implique un acteur, à savoir le fonctionnaire malade ou ses ayants droit. Ces derniers interviennent lorsqu'il s'agit de maladie professionnelle ou d'accident du travail mortels. La prescription en matière d'allocations pour infirmité d'origine professionnelle est quinquennale. La demande doit être introduite dans un délai de 5 ans, à partir de la date de l'accident, de début de la maladie ou du décès. Les dossiers introduits après ce délai sont frappés de forclusion, les bénéficiaires perdant tout droit. Ce délai est de 2 ans pour le secteur privé. Par ailleurs, si la demande est déposée auprès de l'administration plus d'un an après la date de l'accident, de la maladie ou du décès, le rappel ne peut excéder un an.

➢ Constitution du dossier

Le dossier de demande comporte selon le cas, les pièces indiquées ci-dessous.

- **Accident du travail non mortel**

- Demande d'allocation pour infirmité,
- Déclaration portant demande de constatation de maladie ou d'infirmité,
- Expertise médicale délivrée par un médecin agrée par l'état,
- Copie du rapport sur les circonstances de l'accident signé par le supérieur hiérarchique de l'agent,
- Copie du procès-verbal du constat d'accident,
- Certificat médical délivré par un médecin,
- Billet d'hôpital ou d'hospitalisation,
- Certificat de guérison,
- Copie de la dernière décision d'avancement.

- **Maladie professionnelle non mortelle**

- Certificat d'origine de la maladie délivré par le médecin,
- Demande d'allocation pour infirmité,
- Tous documents pouvant justifier la responsabilité de l'état (titre de voyage, ordre de mission ou tout titre tenant lieu),
- Billet d'hospitalisation,
- Certificat médical,
- Certificat de guérison,
- Copie de la dernière décision d'avancement.

- **Accident du travail et maladie professionnelle mortels**

- Demande de liquidation de rente viagère,
- Extrait de l'acte de décès de l'intéressé,
- Acte de naissance des orphelins, certificat de tutelle délivré par le juge des tutelles,
- Certificat de vie collectif et d'entretien des orphelins,
- Extrait d'acte de naissance du tuteur ou de la tutrice légale,
- Tous documents pouvant justifier la responsabilité de l'état (titre de voyage, ordre de mission ou tout titre tenant lieu),
- Certificat de genre de mort délivré par le médecin traitant,
- Copie de la dernière décision d'avancement de l'intéressé.

Ces pièces sont des imprimés disponibles à la direction des pensions et risques professionnels des personnels civils de l'État.

À ce niveau, deux observations peuvent être faites, l'une relative à la notion de certificat de guérison et l'autre, en rapport avec la pluralité des certificats médicaux exigés.

La terminologie de « certificat de guérison » nous paraît non approprié. En effet, un certificat de guérison témoigne du rétablissement plein et entier des capacités physiques et intellectuelles de la victime, la guérison implique l'absence de séquelle, c'est-à-dire d'incapacité permanente. Produire un certificat de guérison signifie tacitement qu'il n'y a plus rien à réparer. Or, la réparation porte sur l'existence d'une incapacité permanente. Il est donc souhaitable de substituer à ce certificat, un certificat de consolidation. La présentation de ce document à une date donnée signifie qu'à partir de cet instant, la blessure ou la maladie est au stade des séquelles ou de lésions définitivement fixées. C'est l'exemple d'une paraplégie consécutive à un accident de la circulation survenue en mission. Le certificat de consolidation matérialise le caractère permanent de l'incapacité et invite obligatoirement à une expertise médicale. L'objectif de cette expertise sera d'évaluer à partir d'un barème,

l'importance des capacités fonctionnelles perdues, du fait de l'accident ou de la maladie. Cette perte de capacité ou incapacité est exprimée sous forme de taux. On parle de taux d'incapacité permanente partielle (IPP). Ce taux servira au calcul de l'allocation à verser au bénéficiaire. Par ailleurs, pour le dossier de maladie professionnelle non mortelle, il est réclamé à la fois un certificat d'origine de la maladie, un certificat de guérison. Existe-t-il en pratique une différence entre les deux premiers éléments ? Un même certificat pourrait parfaitement décrire les lésions et préciser l'origine professionnelle de la maladie. Dans le cas contraire, il faudrait préciser l'objet de la pièce appelée certificat médical.

Certaines pièces du dossier de demande sont des imprimés à remplir par les soins de l'intéressé. Afin de faciliter la compréhension de la démarche, un spécimen des différents formulaires est annexé au présent document, en guise d'illustration.

- Structures compétentes

Le fonctionnaire désireux de faire indemniser ses séquelles de MP ou d'AT doit initialement s'adresser au ministère de la fonction publique, direction des pensions et des risques professionnels des personnels civils de l'État. Il remplit sur le champ les imprimés portants respectivement demande de constatation de maladie ou d'infirmité et demande d'allocation pour infirmité. En cas de MP ou d'AT mortels, la demande porte la liquidation de rente viagère. La date de dépôt de ces 2 pièces dans le service susmentionné sert de date de déclaration de l'infirmité. La victime est alors orientée vers le secrétariat du comité de santé ou conseil de santé (CS). Ce conseil institué par le décret de 1971 est un organe consultatif du ministère de la santé publique. Il examine et donne son avis sur

les questions de santé touchant aux personnels de l'Etat, notamment en matière de MP et d'AT. Les réunions consacrées aux AT-MP interviennent une fois tous les trois mois. Le secrétariat du CS ordonne une expertise auprès d'un médecin agréé. Les frais de l'expertise médicale et des analyses rattachées à cette expertise sont à la charge de la victime. Ces frais constituent d'ailleurs un frein à la poursuite de la démarche. Pour les travailleurs du privé, l'expertise est effectuée par le médecin-conseil de la CNPS, à titre gracieux. Le rapport d'expertise précisant bien le taux d'IPP est retourné au secrétariat du CS. Le CS examine le volet médical de l'accident ou de la maladie. Les conclusions du CS accompagnées du rapport d'expertise sont transmises à la direction des pensions et des risques professionnels. Lorsque le dossier est complet, celle-ci le soumet à la commission de réforme (CR) pour instruction. Cette commission est instituée auprès du ministère de la fonction publique par le décret de 1971.

❖ L'instruction du dossier

L'article 4 du décret de 1968 dispose que la réalité des infirmités invoquées par le fonctionnaire, leur imputabilité au service, les conséquences ainsi que le taux d'invalidité qu'elles entraînent sont appréciées par la Commission de réforme **[1]**. La CR se réunit en moyenne une fois l'année, sur convocation de son président. La rareté des demandes expliquerait cette cadence. Le Conseil de santé est dûment représenté au sein de la CR. Outre les pièces versées au dossier, la victime doit comparaître, sur convocation écrite de la CR. La victime est parfaitement autorisée à se faire assister d'un conseil de son choix. La mission de la commission consiste à établir la responsabilité de l'administration dans la survenue de l'accident ou de la maladie figurant au dossier. Elle se prononce également sur le taux d'IPP attribué, au regard de la gravité de l'infirmité constatée. Lorsque la conviction l'emporte, la lésion soumise est

reconnue comme d'origine professionnelle. Le dossier ainsi agrée est retransmis à la direction des pensions et des risques professionnels pour liquidation.

❖ La décision de reconnaissance et de réparation

La décision d'allouer à un agent, des indemnités pour infirmité due à un AT ou à une MP relève du ministre de la fonction publique. La commission de réforme propose, et le ministre décide. La décision précise bien le montant annuel de l'allocation, ainsi que la date d'effet **[1]**. Le paiement de cette allocation est assuré par la caisse générale de retraite des agents de l'Etat ou CGRAE **[26]**. L'allocation versée mensuellement est cumulée au salaire de l'agent. Il est important de mentionner que les frais médicaux et pharmaceutiques exposés par la victime dans le cadre de ses soins ne font l'objet d'aucun remboursement par l'administration, à l'exception des frais funéraires liés aux AT mortels.

I-3- LA FONCTION PUBLIQUE ET LE FONCTIONNAIRE

I-3-1- Définition

Fonction publique et administration de l'Etat se confondent. La fonction publique est animée par l'ensemble des agents au service de l'Etat et des collectivités publiques. Ces agents sont dénommés fonctionnaires.

La situation juridique de ces agents est définie par la loi n◦92-570 du 11 septembre 1992 portant statut général de la fonction publique et les textes réglementaires d'application de ladite loi notamment les décrets n◦93-607 du 2 juillet 1993 (portant modalités communes d'application dudit statut) et n◦93-609 du 2 juillet 1993 (portant modalités particulières d'application du même statut). Cependant, toujours selon l'article premier de cette loi, le statut général de la fonction publique ne s'applique pas aux magistrats de l'ordre judiciaire, au personnel militaire et au personnel de la sûreté nationale. Ceux-ci sont régis par des statuts qui leur sont spécifiques.

I-3-2- Mission

L'existence d'une administration est indispensable à l'Etat. C'est en effet grâce à l'administration, en particulier au travail des agents qu'elle emploie, que sont assurés le fonctionnement des services publics et l'exécution des décisions des autorités politiques

I-3-3- Les effectifs

Le nombre du personnel de l'administration s'est considérablement accru depuis l'indépendance en raison du rôle déterminant joué par l'État dans le développement économique et social de la Côte d'Ivoire.

Ainsi, de 18000 en 1960, le nombre des agents au service de l'Etat est passé à 27000 en 1967 pour atteindre, en 1991, 110000 travailleurs auxquels l'État consacre 60% de son budget annuel de fonctionnement.

D'après les résultats du recensement effectué en 1991, sur les 110000 agents que comptait la fonction publique à cette époque, 83000 étaient des fonctionnaires. Les autres personnels étaient des agents temporaires, soit 27000 travailleurs soumis à un régime de droit privé.

Ces agents temporaires vont disparaître en 1998. En Effet, les programmes d'ajustement structurel dictés par les bailleurs de fonds (Fonds Monétaire International et Banque Mondiale) ont conduit à l'élaboration d'un programme de départ volontaire à la retraite par ceux qui n'ont pas pu satisfaire au concours d'intégration dans un cadre de l'administration pour devenir fonctionnaire.

Des sources de la direction de la planification, des statistiques et de l'évolution du ministère de la fonction publique et de l'emploi, les fonctionnaires sont, tous les emplois confondus et au 31 décembre 2020, au nombre de 237483. **[28]**

I-3-4- Les différents types d'agents publics

1- Les fonctionnaires

Conformément à l'article premier du statut général de la fonction publique, le terme « fonctionnaire » s'applique à toutes « les personnes qui, nommés à titre

permanent pour occuper un emploi dans l'administration centrale de l'Etat, les services extérieurs qui en dépendent et les établissements publics en l'Etat ; ont été titularisées dans un grade de la hiérarchie administrative ».

Il résulte de cette définition que n'a la qualité de fonctionnaire que la personne qui :

- occupe un emploi administratif ;
- est nommée à titre permanent dans cet emploi
- à été titularisé dans un grade.

Pour prétendre à un emploi à la fonction publique, les postulants, conformément à l'article 3 dudit statut général, doivent :

- avoir la nationalité ivoirienne ;
- remplir les critères d'âge (18 ans minimum, 40 ou 45 ans maximum selon que la limite d'âge est fixée à 55 ou 60 ans) ;
- jouir de leurs droits civiques et être de bonne moralité (casier judiciaire, enquête de moralité) ;
- être en position régulière en regarde des lois sur le recrutement de l'armée (certificat de position militaire pour les candidats de sexe masculin) ;
- remplir les conditions d'aptitude physique et mentale exigées pour occuper l'emploi (certificat de visite et de contre-visite médicale délivré par le médecin des services de santé publique) ;
- être reconnu indemne de toute affection grave ou contagieuse dont la liste est fixée par décret en conseil des ministre (la production d'un certificat de visite et de contre-visite médicale permet d'attester que le candidat remplit cette condition en étant indemne des maladies telles que la tuberculose, les maladies mentales, lépreuses, cancéreuses et neurologiques).

Les fonctionnaires, depuis la promulgation de la loi, sont recrutés par voie de concours sauf dérogations prévues par décrets pour certains emplois techniques ou de haut niveau ainsi que les nominations aux emplois supérieurs de l'Etat.

2- Les agents non fonctionnaires

Exceptionnellement, des agents n'ayant pas la qualité de fonctionnaire sont recrutés pour occuper certains emplois lorsque la nature, les fonctions et les besoins des services le justifient.
Il s'agit des agents journaliers et des contractuels ou consultants.

❖ Les agents journaliers

Il s'agit des manœuvres, des jardiniers, des cuisiniers etc. Ils occupent des emplois qui ne sont pas inscrits dans aucun des groupes des emplois de la fonction publique (cf. page 29).
Ces agents sont soumis à un régime contractuel de droit privé.
Des sources de la direction de l'informatique du ministère de la fonction publique et de l'emploi, ils sont au nombre de 3453 au premier trimestre de 2004.

❖ Les contractuels

Par dérogation au principe selon lequel les emplois civils de l'Etat et des établissements publics sont occupés par des fonctionnaires, l'administration peut recruter des collaborateurs occasionnels pour occuper des emplois de la catégorie A lorsque la nature des fonctions et les besoins de service le justifient.

I-3-5- La distinction des emplois, fonctions et grades

1- L'emploi

L'emploi est la profession exercée par le fonctionnaire : administrateur, médecin, ingénieur, enseignant, etc.

L'emploi est fonction de la qualité professionnelle acquise soit à l'issu d'une formation initiale dans un établissement reconnu, soit à l'issue d'une formation continue. **[27]**

En cours de carrière, le fonctionnaire peut, conformément aux dispositions prévues par le statut général de la fonction publique en article 12 et le décret n◦93-607 du 2 juillet 1993 en ses articles 58 et 59, changer d'emploi sous certaines conditions. Ces conditions sont essentiellement liées à la demande exprimée par le fonctionnaire, aux besoins de l'administration et à la nécessité d'une reconversion professionnelle (en cas d'inaptitude à l'exercice d'un emploi donné, inaptitude reconnue par le conseil de santé).

Les emplois sont regroupés en six ensembles de spécialités :

- Les emplois de l'éducation et de la formation (de l'instituteur adjoint au professeur d'université).
- Les emplois scientifiques et techniques (du commis de la statistique au directeur de recherche).
- Les emplois à caractère administratif, juridique, diplomatique (de l'agent de bureau au ministre plénipotentiaire).
- Les emplois de gestion économique et financière (du proposé des douanes à l'administrateur général des services financiers).
- Les emplois des affaires sociales (de l'animateur de jeunesse et des sports au conseiller d'orientation).

- Les emplois de production littéraire et artistique (de l'adjoint technique du tourisme au producteur, journaliste ou documentaliste d'Etat).

Pour chacune de ces spécialités, le décret n◦93-608 du 2 juillet 1993 porte classification des personnes dans l'administration selon l'indice, l'emploi, la catégorie et le grade.

Pour certaines de ces spécialités, l'exercice de l'emploi est soumis à des critères particuliers d'aptitude. Ces critères sont énoncés par le décret n◦93-609 du 2 juillet 1993 portant modalité particulière d'application du statut général de la fonction publique en ses articles 3, 42 et 66.

Ainsi,

- les postulants à l'emploi de l'éducation et de la formation (enseignant préscolaire, primaire et secondaire général professionnel ou technique) doivent être exempts de bégaiement et de surdité ;
- les candidats à un emploi dans la spécialité des emplois à caractère administratif, juridique et diplomatique doivent, pour le personnel des affaires maritimes et portuaires, être apte à un service actif éventuel à la mer et posséder une acuité visuelle de 6/10◦ au moins à chaque œil, avec ou sans verre correcteurs ;
- les candidats à un emploi dans la spécialité des emplois des affaires sociales doivent, pour le personnel éducatif des affaires sociales, être exempts de bégaiement et de surdité.

2- La fonction

La fonction est la responsabilité dont le fonctionnaire peut être investi à un moment donné dans l'exercice de son emploi et qui est nécessairement liée à son grade. Il peut ainsi exercer les fonctions de chef de service, de directeur…

Par exemple, un fonctionnaire occupant un emploi d'administrateur civil peut, s'il a atteint un certain grade, être nommer dans les fonctions de préfet. **[27]**

3- La catégorie et grade

Le statut général de la fonction publique indique, en son article 7, la classification des fonctionnaires en quatre catégories, lesquelles sont désignées dans un ordre hiérarchique décroissant par les lettres majuscules A, B, C, D.

Cette catégorisation tient compte du niveau de formation et de la qualification professionnelle du personnel.

Chaque catégorie correspond à des fonctions de différents niveaux ou de différentes importances.

- Catégorie A : fonction de conception, de direction et de supervision.
- Catégorie B : fonction d'application.
- Catégorie C et D : fonction d'exécution.

À chaque catégorie sont rattachés des grades.

Le grade est le titre acquis par le fonctionnaire à l'intérieur de sa catégorie. Ce grade lui donne vocation à occuper un emploi d'un certain niveau dans sa spécialité et dans la hiérarchie administrative.

Le grade désigné par une lettre (qui est celle de la catégorie) suivie d'un chiffre. On écrit : A3, B1. Un médecin en guise d'exemple appartient à la catégorie A. S'il est classé au quatrième ou cinquième grade de la hiérarchie administrative, il sera désigné comme médecin catégorie A grade A4 ou A5.

Le grade confère au fonctionnaire le droit de faire carrière. C'est-à-dire d'avancer dans la hiérarchie sans changer d'emploi.

Dans la catégorie A, il y a 7 grades : A1 à A7

Dans la catégorie B, il y a 3 grades : A1 à A3

Dans la catégorie C, il y a 3 grades : C1 à C3

Dans la catégorie D, il y a 2 grades : D1 et D2

Le passage d'un grade au grade immédiatement supérieur, par exemple B1 à B2 se fait par promotion.

À chacun des grades, correspond une échelle de traitement qui comprend des classes (au nombre de quatre : 2ième, 1ère, principale, exceptionnelle) et les échelons (au nombre de quatre dans la 2ième classe et trois dans chacune des trois autres classes).

CHAPITRE II :

CADRE, MATERIELS ET METHODE

II-1- CADRE DE L'ETUDE

Notre étude s'est déroulée au sein du conseil de santé et au ministère de la fonction publique (direction des pensions et des risques professionnels des personnels civils de l'Etat).

II-1-1- Conseil de santé

❖ Situation géographique

Le conseil de santé est un organe consultatif auprès du cabinet du ministère de la santé publique. Il est situé à Abidjan.

❖ Objectifs

Depuis sa mise en place par arrêté n◦12 SP.CAB. du 1er Avril 1965, ses objectifs ont été réorganisés : une première fois par arrêté n◦47/MESP/CAB du 3 Mai 1977 ; puis une seconde fois par arrêté n◦399/MSP/CAB du 18 Juillet 1996 actuellement en vigueur.

Ainsi le conseil de santé examine et donne son avis sur :

- Les demandes présentées par les fonctionnaires et agent de l'Etat au sujet de :
  - Congés de maladie (3 mois),
  - Congés de convalescence,
  - Congés de longue durée (6 mois),
  - Changements de position administratives pour raison de maladie.
- Les demande d'évacuation sanitaire hors Côte d'Ivoire.
- Les demandes de cure thermale.

Le conseil de santé comporte également une organisation et des règlements qui ont été modifiés depuis sa création jusqu'au dernier arrêté.

❖ Mode de fonctionnement

Le conseil de santé est saisi :

- Par l'autorité hiérarchique sous les ordres de laquelle le malade est placé ;
- Par le médecin traitant ou tout autre praticien sur requête de l'administration.

Le malade est alors reçu par une assistante sociale qui après interrogatoire, lui remet une fiche de consultation et l'adresse à un médecin expert auprès de la fonction publique.

Ce dernier, après un examen minutieux et rigoureux du malade rédige un rapport médical.

Les différents rapports médicaux sont par la suite acheminés au secrétariat du conseil de santé et examinés le jour du conseil.

Le conseil santé siège selon un calendrier précis.

Les différentes décisions sont prises et les résultats sont transmis au ministère de l'emploi et de la fonction publique, sauf celles concernant le sujet provenant de la police et de la défense.

La direction de la gestion du personnel qui dépend de la direction générale de la fonction publique reçoit les résultats, établit une liste récapitulative et fait une ampliation au niveau :

- De tous les ministères ;
- Des dossiers de chaque intéressé ;
- De la solde ;
- Du JORCI.

Par exemple, en cas de congé maladie, le malade doit, après expiration de son congé, revoir le médecin qui, après consultation, rédige un rapport médical qui sera transmis au secrétariat du conseil de santé et réexaminé le jour du conseil.

Une décision est alors prise soit :

- La prolongation du congé ;
- L'aptitude à servir ;
- Le renvoi devant la commission de réforme.

II-1-2- Le service des risques professionnels

Situé au sein du ministère de la fonction publique (au plateau), le service des risques professionnels est mis en place à la suite du décret de 1971.

La mission du service consiste en la gestion administrative des risques professionnels. Il est chargé également de réunir et d'organiser la commission de réforme qui se tient une fois par an. Cette commission a pour mission d'établir la responsabilité de l'administration dans la survenue de l'accident ou de la maladie figurant au dossier. Une fois le lien causal établi, ces lésions donnent droit à une indemnisation qui est assurée par la caisse générale de retraite des agents de l'Etat (CGRAE). L'actuel directeur du service est monsieur SAMAGASSI Abdoulaye.

II-2. MATERIELS

II-2-1- Echantillonnage

La taille de l'échantillon a été de façon exhaustive par la méthode aléatoire systématique. Tous les dossiers remplissant nos critères d'inclusion ont été recrutés durant la période de l'étude.

Nous avons obtenu une taille de l'échantillon de 227.

II-2-2- Population d'étude

La population d'étude était constituée de tous les travailleurs du secteur public victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles.

II-2-2-1- Critères d'inclusion

Ont été pris en compte,
Les fonctionnaires et agents de l'Etat, victimes d'accident du travail ou de maladie contractée en service durant la période 2017-2021.

II-2-2-2- Critères de non inclusion

N'ont pas été pris en compte,
Les victimes avec un dossier incomplètement renseigné ou insuffisamment constitués ne seront pas retenues.

II-3. METHODE

II-3-1- Type de l'étude

Nous avons réalisé une étude transversale rétrospective à visée descriptive, portant sur les dossiers des victimes d'accident du travail et maladie professionnelle dans le secteur public de 2017 à 2021.

II-3-2- Durée et période de l'étude

L'étude a duré trois (3) mois, de janvier 2023 à mars 2023. Elle portait sur les dossiers d'accidents du travail et de maladies contractées en service sur la période 2017 à 2021, soit cinq ans.

II-3-3- Déroulement de l'enquête

Une demande d'autorisation d'étude a été adressée aux responsables des différents services visités pour notre étude. C'était respectivement le président du conseil de santé et le sous-directeur de la fonction publique chargé des pensions et des risques professionnels. Lorsqu'elle a été accordée, une note d'information de ces responsables a été envoyée à leurs secrétariats respectifs. Nous avons rencontré ensuite ceux-ci afin d'avoir leur assentiment quant à la réalisation pratique de l'enquête dans leurs locaux. Avec leur accord, lors d'une séance de travail avec l'ensemble du personnel, nous avons expliqué les objectifs visés par l'étude et le contenu de la fiche d'enquête.

Nous avons passé en revue les registres de consultation, les certificats médicaux et les rapports d'expertise médicale enregistrés pendant la période d'étude. Concernant l'enquête, pour chaque dossier, une fiche d'enquête individuelle a été renseignée.

L'enquête se faisait tous les jours ouvrables de la semaine à savoir du lundi au vendredi.

II-3-4- Collecte des données

❖ **Méthode de collecte de données**

La collecte des données s'est faite par la lecture des registres, des certificats médicaux et des rapports d'expertise médicale. Ces documents nous ont permis de disposer d'informations plus ou moins complètes sur l'accident du travail et la maladie professionnelle, depuis sa date de survenue jusqu'à l'indemnisation de la victime. Ces données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire écrit.

❖ **Outils de collecte de données**

La collecte des données s'est faite à l'aide d'une fiche d'enquête (Cf. annexes).

❖ **Variables étudiées**

Les principaux items de notre questionnaire étaient les suivants :

- Données socio-professionnelles
  - Age (18-25ans, 26-35ans, 36-45ans, 46-55ans, 56-65ans) ;
  - Sexe (Masculin, féminin) ;
  - Domicile (Abidjan, l'intérieur du pays) ;
  - Statut matrimonial (Marié, divorcé, célibataire, concubinage) ;
  - Nombre de personne à charge (0-4, 5-9, 10 et plus) ;
  - Niveau d'étude (Non scolarisé, primaire, secondaire, supérieur) ;
  - Profession (Sage-femmes, infirmier(ère), médecin, assistantes sociales, agent des eaux et forêts, instituteur, professeur de lycée et collège, professeur d'université et grande école, Autres) ;

- Type de contrat (Embauche, journalier, stagiaire) ;
- Ministère de tutelle (Ministère de la santé, Ministère de l'éducation, Ministère de l'enseignement supérieur, Ministère des eaux et forêts, Ministère de l'économie et des finances, Ministère de l'intérieur et de la sécurité, Autres) ;

➢ Données médicales

- Motif de consultation : (-Accident du travail : AVP, Chute de hauteur, Coup et blessure, autres -Maladie professionnelle : Dyspnée, douleurs thoraciques, lombalgie, lésions cutanées, autres) ;
- Année de survenue : (2000-2004, 2005-2009, 2010-2014, 2015-2020) ;
- Heure de survenue : (1h-6h, 7h-12h, 13h-18h, 19h-24h) ;
- Type d'accident : (Trajet, mission, service) ;
- Année de notification : (2017, 2018, 2019, 2020, 2021) ;
- Circonstances de survenue de la lésion : (-Accidents du travail : Manutention, chute, mauvaise manœuvre, masse en mouvement, accident de la voie publique, Autres -Maladies professionnelles : Agents biologique, agents chimiques, agents physiques, Problèmes ergonomiques, problèmes psychosociaux, Autres) ;
- Nature de la lésion : (-Accident du travail : Plaie, contusion, écrasement, Amputation, Fracture, Luxation, Autres -Maladie professionnelle : Pulmonaire, cardiaque, ORL, neurologique, Digestive, ophtalmologique, stomatologique, Hématologique, gynécologique, autres) ;

➢ Données médico-légales

- Nature du dommage : (Accident de travail, maladie professionnelle) ;
- Reprise : (Oui, non) ;

- Retentissement sur le travail : (Aménagement de post, changement de poste, autres) ;
- Durée de l'incapacité temporaire totale de travail : (≤21 jours, 21-45 jours, 46-90 jours, 91 jours et plus) ;
- Taux d'incapacité permanente partielle : (00-20%, 21-40%, 41-60%, 61-80%, 81-100%) ;
- Présence de séquelle : (Oui, non) ;
- Séquelles : (Amputation, Amyotrophie, Arthrose, cicatrice, raccourcissement des membres, douleurs intermittentes, autres)

➢ Indemnisations

- Indemnisé : (oui, non)

II-3-5- Traitement et analyse statistique

Le traitement des données s'est fait concomitamment à la collecte des données. Il a consisté à vérifier le remplissage des fiches d'enquêtes dans un premier temps et au remplissage des informations recueillies à partir du logiciel Microsoft Office Word 2016 et Excel 2016.

II-3-6- Considérations éthiques et administratives

- L'enquête a débuté après une autorisation des responsables des différents services visités pour notre étude.
- Le renseignement des fiches a pu être réalisé avec respect du caractère confidentiel et anonyme.

- Les résultats ne seront exploités qu'à des fins scientifiques dans le strict respect de la confidentialité des données recueillies.

II-3-7- Limites et difficultés

- Nous avons rencontré des difficultés d'abord d'ordre administratives (la lenteur administrative) avec le délai pour l'obtention d'une autorisation ;
- Les dossiers des accidents du travail et maladies professionnelles au niveau du conseil de santé étaient incomplètement remplis ;
- La faiblesse de la documentation disponible sur le sujet en Côte d'Ivoire.

CHAPITRE III : RESULTATS

III-1- RESULTATS GLOBAUX

Au cours de notre étude qui s'est déroulée sur une période de 05 ans de 2017 à 2021, 517 fonctionnaires et agents de l'Etat ont consulté le conseil de santé pour des raisons de santé. Les accidents du travail et maladies professionnelles ont été retrouvés dans 227 cas soit 43,91%. Le taux de mortalité était de 3,1%. Seulement 2 cas de maladie professionnelle ont été enregistrés contre 225 cas d'accident. On dénombrait 195 hommes pour 32 femmes dont l'âge variait entre 26 et 65 ans avec une moyenne d'âge estimée à 37 ans.

III-2- DONNEES SOCIOPROFESSIONNELLES ET DEMOGRAPHIQUES DES VICTIMES

III-2-1- caractéristiques socio-démographiques

Tableau I : Répartition selon les caractéristiques socio-démographiques.

Caractéristiques socio-démographiques	Effectif	Pourcentage (%)
Tranche d'âge		
26-35 ans	9	4,1
36-45 ans	96	42,4
46-55 ans	82	35,9
56-65 ans	40	17,6
Sexe		
Masculin	195	85,9
Féminin	32	14,1
Domicile		
Abidjan	131	57,7%
Hors d'Abidjan	96	42,3%
Situation matrimoniale		
Marié	112	49,34
Célibataire	13	5,73
Non précisé	102	44,93

L'âge moyen était de 37,22 ans (Ecart type=6,1) avec les extrêmes allant de 26 ans à 65ans. La population d'étude était constituée de 195 travailleurs (85,9%) de sexe masculin ; le sex-ratio (H/F) était de 6,09. La plupart des patients provenaient d'Abidjan (57,7%).

Les patients étaient mariés dans 49,34% des cas. Il convient de préciser que 44,93% des dossiers n'étaient pas renseignés.

III-2-2- Profession

Tableau II : Répartition selon la profession

Profession (n=227)	Effectif	Pourcentage (%)
Adjoint administratif	2	0,9
Agent d'encadrement	3	1,3
Agent technique	7	3,1
Assistantes sociales	3	1,3
Contrôleur impôt	3	1,3
Enseignant du primaire et secondaire	34	15
Enseignant du supérieur	2	0,9
Infirmier (ère)	101	44,5
Médecin	6	2,6
Agent des eaux et forêts	30	13,2
Sage-femme	14	6,2
Autres	22	9,7

Le corps infirmier représentait 44,5 % des victimes suivis des enseignants du primaire et du secondaire (15 %).

III-2-3- Ministère de tutelle

Tableau III : Répartition selon le ministère de tutelle

Ministère de tutelle (n=227)	Effectif	Pourcentage (%)
Ministère en charge de la santé	121	53,3
Ministère en charge de l'éducation	34	15
Ministère en charge de l'enseignement supérieur	4	1,8
Ministère en charge des eaux et forêts	31	13,7
Ministère en charge de l'agriculture	6	2,7
Ministère en charge de la fonction publique	3	1,3
Autres	28	12,3

Le ministère de la santé était interpellé à 53,3%, suivis du ministère de l'éducation avec 15%, puis le ministère des eaux et forêt avec 13,6%.

III-3- DONNEES MEDICALES

III-3-1- Contexte de survenue

Tableau IV : La répartition selon le contexte de survenue

Contexte de survenue	Effectif	Pourcentage (%)
Agression par arme à feu	15	6,6
Agression par arme blanche	10	4,4
Attaque animale	2	0,9
Accident de la voie publique	175	77,1
Chute de hauteur	17	7,5
Coups et blessures	5	2,2
Expérimentation	2	0,9
Eclat de vitre	1	0,4
Total	227	100,0

Les lésions sont survenues suit à un accident de la voie publique dans 77,1% des cas.

III-3-2- Nature du travail au moment de l'accident

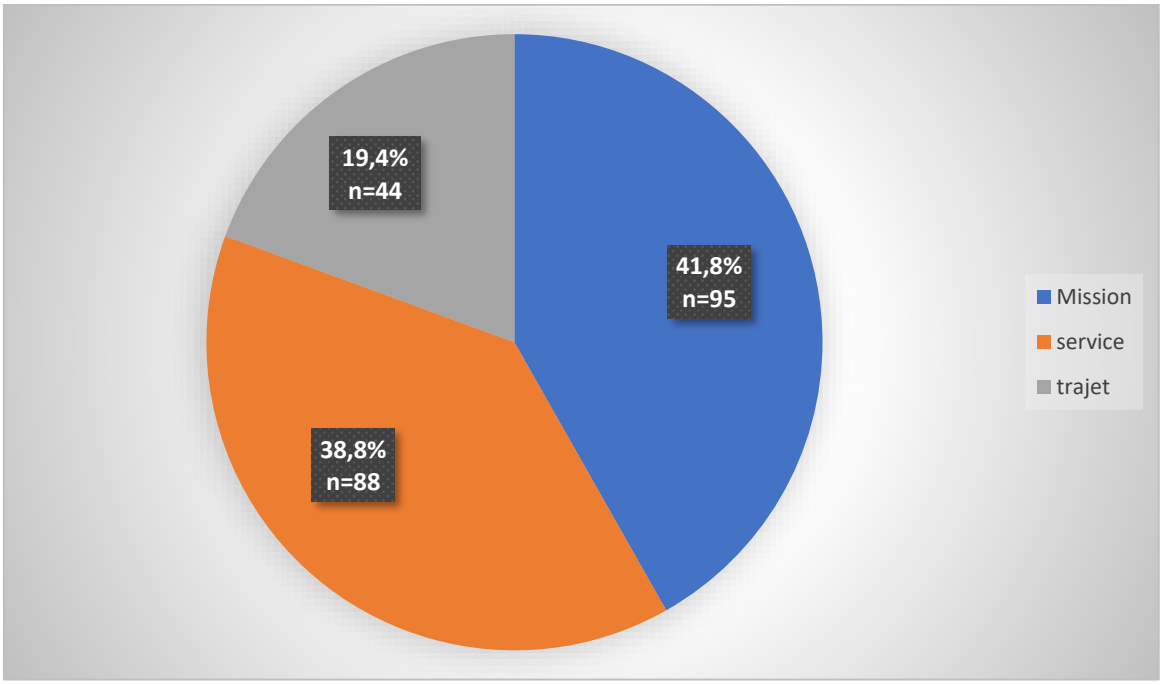


Figure 1 : La répartition selon la nature du travail au moment de l'accident

Les accidents sont survenus pendant les missions (41,8%), pendant le service (38,8%) et pendant le trajet (19,4%).

III-3-3- Nombre d'accident du travail en fonction de l'année de survenue

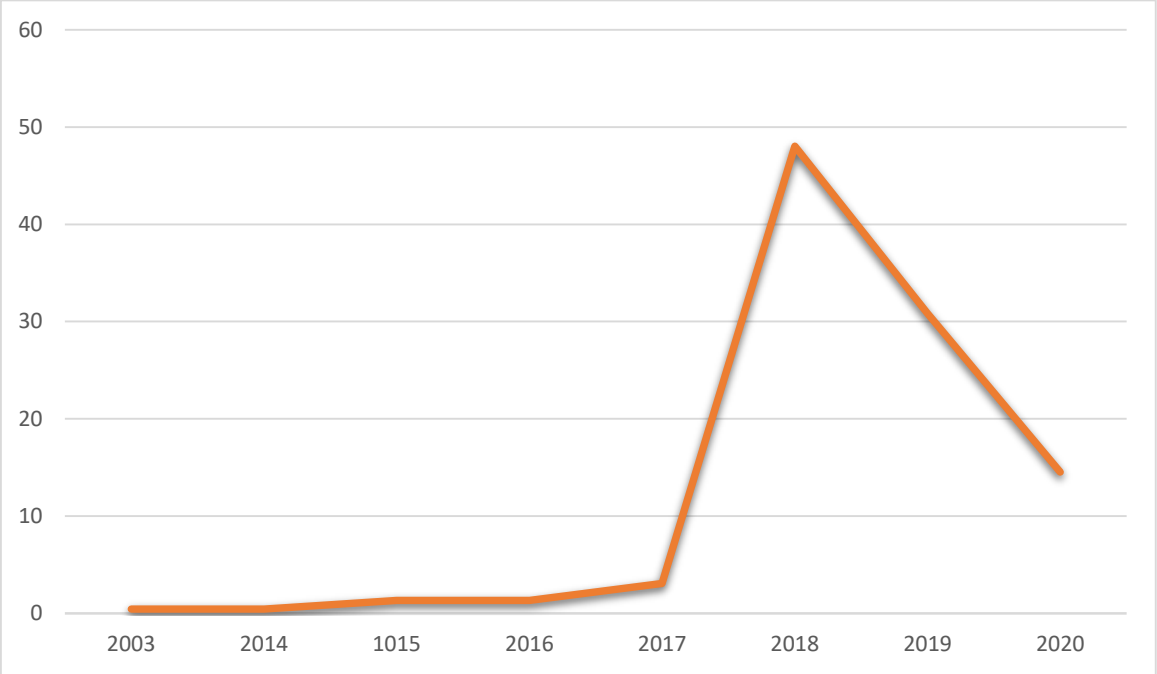


Figure 2 : Evolution du nombre d'accident du travail en fonction de l'année de survenue

Les accidents étaient survenus entre 2018 et 2019 dans 78,86% des cas.

III-3-4- Années de notification

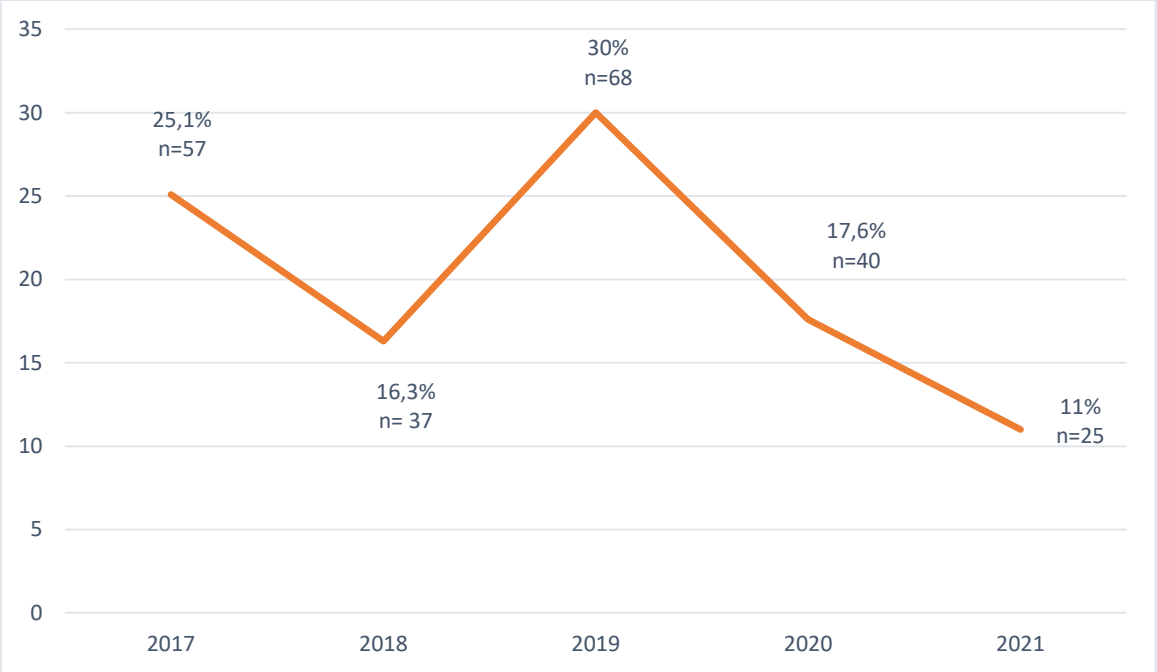


Figure 3 : La répartition selon les années de notification

En 2019, le taux de déclaration des lésions était de 30%.

Le nombre annuel de déclaration variait de 25 à 68, avec une moyenne 45 déclarations par an.

III-3-5- types de lésions

Tableau V : La répartition selon les types de lésions

Type de lésions	Effectif	Pourcentage (%)
Accident de travail		
Plaie ouverte	70	30,8
Lésion traumatique superficielle	22	9,7
Entorse et foulure	25	11
Commotion et lésion traumatique interne	37	16,3
Ecrasement	1	0,4
Amputation traumatique	9	4
Fracture	133	58,6
Luxation	21	9,2
Maladie professionnelle		
Pulmonaire	2	0,9

Les Fractures représentaient 58,6% des lésions dues aux accidents du travail, suivis des plaies ouvertes avec 30,8%.

Les lésions dues aux maladies professionnelles étaient d'origine pulmonaire soit 0,9%.

III-4- DONNEES MEDICO-LEGALES

III-4-1- décisions de la commission de réforme

Tableau VI : La répartition selon les décisions de la commission de réforme

	Effectif	Pourcentage (%)
Accident de travail	225	99,1
Maladie professionnelle	2	0,9
Total	227	100,0

Deux cent vingt-cinq demandes d'indemnisation ont été reconnus comme accident du travail soit 99,1%.

III-4-2- Reprise du travail et retentissements sur le poste de travail

Tableau VII : La répartition selon le taux de reprise du travail après traitement et les retentissements sur le poste de travail

Reprise du travail et retentissements sur le poste de travail	Effectif	Pourcentage (%)
Reprise du travail après traitement		
Oui	175	77,1
Non	52	22,9
Retentissement sur le poste de travail		
Aménagement de poste	79	34,8
Retraite pour invalidité	45	19,8
Décès	7	3,1
Non précisé	97	42,7

Les travailleurs ont repris leurs postes dans 77,1% des cas.

Il y a eu un aménagement du poste de travail pour 34,8% des travailleurs, une retraite pour invalidité a été retrouvée dans 19,8% des cas et un taux de décès estimé à 3,1%. Le nombre de dossier ne comportant pas ces précisions était de 97 soit 42,7%.

III-4-2- Durée de l'incapacité temporaire totale de travail

Tableau VIII : La répartition selon la durée de l'incapacité temporaire totale de travail

Durée de l'incapacité temporaire de travail (n=227)	Effectif	Pourcentage (%)
≤21jours	45	19,8
21-45jours	50	22
46-90jours	93	41
91jours et plus	27	11,9
Non précisé	12	5,3

Durée moyenne est de 63,79 jours (Ecart type=48,66) Mini=10 jours Maxi=229 jours.

III-4-3- Séquelles

Tableau IX : La répartition selon les différentes séquelles

Séquelles	Effectif	Pourcentage (%)
Raideur	111	48,9
Douleurs intermittentes	99	43,61
Boiterie	22	9,69
Troubles trophiques	15	6,61
Syndrome post commotionnel	12	5,28
Arthrose	11	4,85
Œdème	11	4,85
Amputation	9	3,96
Syndrome du membre fantôme	8	3,52
Cicatrice chéloïde	6	2,64
Déformation	6	2,64
Limitation de mouvement	5	2,2
Laxité articulaire	4	1,76
Réduction du périmètre de marche	4	1,76
Désaxation	4	1,76
Hémiplégie	3	1,32
Trouble psychique	3	1,32
Autres	16	7,04

III-4-4- Incapacité permanente partielle

Tableau X : La répartition selon taux d'incapacité permanente partielle

Incapacité permanente partielle (n=227)	Effectif	Pourcentage (%)
00-20%	36	15,86%
21-40%	120	52,86%
41-60%	25	11,01%
61-80%	36	15,8%
81-90%	10	4,41%

Les taux d'incapacité permanente partielle ayant une proportion de 52,86% étaient compris entre 21 et 40%.

III-4-5- Indemnisation

Toutes les victimes des accidents du travail et maladies professionnelles retenues dans notre étude ont été indemnisées.

CHAPITRE IV :

DISCUSSION

IV-2- CARACTERISTIQUES SOCIO-PROFESSIONNELLES ET DEMOGRAPHIQUES

Notre étude rapporte 227 cas de lésions professionnelles examinés par le conseil de santé sur une période de 5 années d'exercice, allant de 2017 à 2021. Le nombre annuel de déclaration sur cette période variait de 25 à 68, la moyenne étant de 45 dossiers. Seulement 2 cas de maladie professionnelle ont été rapportés sur ces 5 années.

Selon le service des risques professionnels du ministère de la fonction publique, 134 lésions professionnelles ont été enregistrées sur la période allant de 2009 à 2013. Aucune maladie professionnelle n'a été déclarée.

Dans une étude antérieure réalisée sur une période de 5 ans (1995-1999), Wognin et al **[3]** avaient observé un taux de déclaration encore plus faible ; soit 46 cas de lésion professionnelle, avec 1 cas de maladie. Nous pouvons remarquer une augmentation progressive du taux de déclaration des lésions professionnelles. Cette augmentation est probablement due à certaines mesures prises par l'OIT en matière de prévention telle que l'instauration de la journée mondiale de la sécurité et de la santé au travail qui est célébré tous les 28 avril depuis 2002 et la journée africaine de prévention des risques professionnels qui se tient tous les 30 avril. Ces journées visent à sensibiliser l'opinion publique aux problèmes de sécurité et de santé au travail et à promouvoir des programmes de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Cependant, ce taux demeure faible face aux nombreux risques professionnels auxquels sont exposés les fonctionnaires et agents de l'État dans l'exercice de leur fonction et devant l'effectif des fonctionnaires qui sont, tous les emplois confondus et au 31 décembre 2020, au nombre de 237483 **[28]**.

Le coût élevé des examens médicaux qui pose le problème du diagnostic des maladies professionnelles, l'absence de définition légale et de tableau des

maladies professionnelles propres à la fonction publique, pourraient être à l'origine de ce taux encore plus bas des maladies.

L'âge moyen des victimes était de 37,22 +/- 6,1 ans, marquant une prédominance des lésions plutôt chez les sujets âgés entre 36 et 55 ans (78,3 %) avec une prédominance masculine (85,9%, un sex-ratio de 6,09).

Ces résultats étaient similaires à ceux de AYÉLO AP et col [au Bénin] qui a retrouvé aussi une prédominance masculine (83,3%) et la tranche d'âge la plus représentée était celle comprise entre 30 et 40 ans (40%).

Kassi **[29]** en 2008 et Wognin et al **[30]** en 2019, avaient trouvé respectivement une moyenne d'âge de 45,9 +/- 10,54 ans et 42,3 +/- 9,2 ans.

AKASSON A. **[15],** quant à lui, dans une étude réalisée sur le personnel médical au conseil de santé, a observé une prédominance féminine (57,60%) ; cela pourrait provenir du nombre élevé de sages-femmes.

Selon les statistiques sur l'effectif des fonctionnaires et agents de l'État en 2020, les hommes sont les plus représentés à la fonction publique avec un sex-ratio de 1,84 **[28].** Le faible effectif des femmes au travail est mis en lumière par l'Organisation International du Travail, bien que l'écart entre le taux d'activité des hommes et des femmes soit en nette régression au niveau mondial **[31]**.

La plupart des victimes ayant consulté le conseil de santé dans notre étude résidait dans la ville d'Abidjan (57,7%). De même Akasson A **[15]** en 2001 avait aussi noté que la direction régionale d'Abidjan regroupait le plus grand nombre d'agent de santé sollicitant le conseil de santé, ce qui est normal. Car la ville d'Abidjan contient la grande majorité des fonctionnaires et agents de l'État.

L'analyse objective des résultats du statut matrimonial est rendue quasi-impossible par le nombre important de rapports médicaux dans lesquels, il n'a pas été précisé (44,93%).

Toutefois, le plus grand nombre de fonctionnaire était marié (49,34%).

Le secteur de la santé était le secteur le plus représenté avec 53,3% des lésions. La catégorie des infirmiers était la catégorie professionnelle la plus représentée (44,5%).

Ces résultats rejoignent ceux d'une étude tunisienne menée de 2012 à 2019 dans laquelle le secteur de la santé représentait 56% des maladies professionnelles et le corps infirmier était la catégorie professionnelle la plus représentée (34,3%) **[32]**. Akasson A. **[15]** en 2001 a observé que le corps infirmier est le personnel médical qui consulte le plus le conseil de santé (40,92%) ; ce qui parait logique car ce résultat correspond à celui du ministère de la santé publique (7625 infirmiers et sages-femmes, contre 1420 médecins)**.** Cette prédominance est liée à plusieurs raisons. L'activité médicale ou paramédicale est corrélée à un ensemble de risques, en particulier infectieux, du fait des contacts avec les malades et les divers liquides et tissus biologiques **[33 ; 34] ;** l'exercice de la profession dans des zones souvent reculées et difficiles d'accès, qui les expose à des accidents de la circulation et des agressions de tout genre.

Par ailleurs, le personnel de santé semble mieux informé de l'existence du conseil de santé. Sur la base des règles déontologiques de confraternité et d'entraide, les certificats médicaux leur sont souvent établis à titre gracieux. Pour les autres fonctionnaires, ces éléments constituent bien souvent les réelles difficultés à surmonter.

IV-2- LES LÉSIONS PROVOQUÉES

Les principales lésions observées étaient des fractures (58,6%), des Plaie ouverte (30,8%).

Cependant, en Belgique, l'étude Medex notifiait une fréquence des plaies superficielles **[35]** ; ce résultat correspond à la classification de l'OIT qui place les lésions traumatiques superficielles et plaie ouverte en première place des lésions dues aux accidents du travail**.**

La fréquence des lésions fracturaires dans notre étude serait due à la fréquence des accidents de la voie publique (77,1%).

Ngaroua D. et al au Cameroun a montré que sur 232 patients hospitalisés dans le service de chirurgie pendant la période allant du 1er mai au 31 juillet 2014, 37,5% des patients étaient victimes d'un AVP. Les fractures constituaient par ailleurs 67,8% des traumatismes induits par les AVP **[36].** Il a déjà été relevé par la plupart des études menées en Afrique que les accidents de la voie publique prédominent dans la survenue des factures traumatiques avec des prévalences qui diffèrent en fonction du pays et de la localité étudiée **[37]**. Ces données posent le problème de la sécurité routière. Le non-respect du code de la route et l'usage sans protection appropriée sur les motos sont également de véritables facteurs de risques. Plusieurs autres études confortent la cohérence de nos résultats **[38,39].**

La quasi-totalité des lésions dues aux maladies professionnelles était d'origine pulmonaire, soit 0,9%. Selon les statistiques de la CNAM, les MP reconnues les plus fréquentes en 2018 étaient les troubles musculosquelettiques (TMS) (81,3%), suivis des maladies respiratoires (6,7%), puis de la surdité professionnelle (6,3%) **[40].**

IV-3- LES CONSÉQUENCES MÉDICO-LÉGALES

Les travailleurs ont repris leur poste dans 77,1% des cas. Des taux sensiblement supérieurs ont été retrouvés dans des études similaires réalisées dans le secteur privé par DUQUESNOY et al. Et MANOU qui ont observé respectivement 93% et 96% des cas de reprise **[41 ; 42].**

En effet, ce fort taux de retour au travail ne correspond pas toujours au niveau de la récupération fonctionnelle obtenue.

Cette reprise, souvent anticipée, peut s'expliquer par le contexte socio-économique difficile, le tarissement des ressources financières, les avantages liés à l'exercice de sa profession et les contraintes juridiques. Ce taux relativement faible par rapport au secteur privé justifie le caractère grave des lésions déclarées dans le secteur public.

Les résultats du retentissement de ces risques sur le poste de travail ne peuvent être analysés avec objectivité compte tenu du nombre important de dossier ne contenant pas ces précisions soit 43,6%. Cela pourrait s'expliquer par une mauvaise gestion des dossiers (dossiers mal renseignés).

Cependant, il est important de souligner la proportion de décès (3,1%). Une proportion beaucoup plus élevée avait été observée dans les années antérieures par Wognin et Al. (17,4%) **[3]**. À titre comparatif, le secteur privé enregistre environ 31 décès chaque année pour 5500 AT, soit une proportion de 0,56%. À l'analyse, les 227 cas notifiés correspondent à des lésions manifestement graves et mortelles. Compte tenu de la complexité de la procédure, des lenteurs administratives dans l'instruction des dossiers (1 réunion par an pour la commission de réforme), et de la modicité des allocations allouées, la plupart des victimes renoncent à leurs droits. Les maladies et accidents de gravité mineure sont de ce fait écartés.

Toutes les victimes ont bénéficié d'une incapacité temporaire totale de travail. La durée de ces incapacités a été précisée dans 94,7% de cas et variait entre 10 et 229 jours ; la moyenne était de 63,79 jours. Ce résultat paraît contradictoire à celui de l'étude de Medex sur les accidents du travail chez les fonctionnaires belges qui estime que la grande majorité des accidents du travail (80%) entraînent une incapacité temporaire de travail de moins de 30 jours et sont consolidés via un certificat de guérison **[35]**. La grande majorité des lésions était des fracture (58,6%) dans notre étude, contrairement à l'étude Medex où les lésions les plus fréquentes sont les plaies superficielles et les luxations **[35]**. Nos résultats se justifient par le fait que la fracture se consolide en général en 6 semaines.

Par ailleurs, Chahnez M et al. **[43]**, en Tunisie, ont trouvé que la durée de l'incapacité temporaire totale de travail avait une répartition très variable d'un certificat médical à l'autre, conformément à notre étude où l'écart type de la moyenne s'élevait à 48,66. Elle a été considérée comme inadaptée aux lésions décrites dans 2,9% des cas.

La durée de l´incapacité temporaire totale de travail repose uniquement sur les données de l´examen clinique. Elle est indépendante des circonstances de l'événement traumatique (accident, agression…). Il n'existe actuellement aucune échelle d'évaluation objective de l'incapacité temporaire totale de travail à la disposition des médecins lors de la rédaction du certificat médical initial de coups et blessures. Ceci pourrait expliquer la grande variable entre ces incapacités attribuées par les médecins pour les mêmes lésions.

Toutes les victimes ont présenté des séquelles des suites des lésions professionnelles. Les séquelles les plus rependues étaient respectivement la raideur (48,9%), les douleurs intermittentes (43,61%), la boiterie (9,69%) et les troubles trophiques (6,61%). Ces résultats obtenus sont les séquelles classiques des fractures.

La présence de séquelle étant le critère majeur d'attribution des incapacités, toutes les victimes ont bénéficié d'une incapacité permanente partielle.

Les victimes des accidents du travail et maladies professionnelles retenues dans notre étude ont été indemnisées dans 100% des cas.

CONCLUSION

Les accidents du travail et maladies professionnelles demeurent un réel problème de santé au travail et de santé publique. Ils touchent un grand nombre de travailleurs et ce dans tous les secteurs d'activité.

Notre travail avait pour objectif d'étudier les aspects épidémiologiques et médico-légaux des accidents du travail et des maladies contractées en service chez les salariés du secteur public en Côte d'Ivoire de 2017 à 2021.

Au vu des différents résultats, nous avons retenu les conclusions suivantes :

Le taux de déclaration des risques professionnels dans l'administration publique reste encore faible par rapport au secteur privé ; bien qu'il ait connu une évolution considérable au cours des 2 dernières décennies.

La complexité des procédures, les lenteurs administratives, la prise en charge totale des lésions par la victime elle-même et la modicité des allocations allouées influencent négativement la déclaration des lésions professionnelles dans le secteur public.

Par ailleurs, un nombre important d'emplois du secteur public expose les agents à des risques d'accidents et de maladies professionnelles.

Nonobstant l'importance de la prévention, l'administration doit accroître ses efforts dans le sens de la simplification des dossiers et la sensibilisation des fonctionnaires sur les procédures de déclaration de ces affections.

Un autre thème de recherche que nous pourrions très prochainement aborder serait le niveau de connaissance des fonctionnaires et agents de l'Etat sur les procédures de déclaration des lésions professionnelles dans l'administration publique. En effet, les travaux autour de ce thème seraient très proches de notre travail dont l'intérêt réside dans la prévention.

RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude sur les accidents du travail et maladies professionnelles dans le secteur public, nos résultats et conclusion conduisent à des recommandations suivantes :

❖ Aux autorités politiques ou gouvernementales

- Faciliter le processus de déclaration des lésons professionnelles dans la fonction publique par des moyens tel que :
  - ✓ La simplification des dossiers de demande de réparation,
  - ✓ La mise en place d'un fond d'appui au diagnostic des maladies professionnelles ;
- Etablir une définition légale des maladies professionnelles dans la fonction publique comme c'est le cas pour les accidents du travail ;
- Elaborer un tableaux des maladies professionnelles propres à la fonction publique ;
- Veiller à l'application des textes de loi sur la sécurité au travail contenus dans le code du travail ;
- Sensibiliser davantage les fonctionnaires et les responsables administratifs sur les procédures de déclaration de ces affections ;
- Le conseil de santé et le service des risques professionnelles doivent être dotés d'un siège connu de tous les fonctionnaires et facilement accessible avec des représentations dans les différentes régions du pays ;
- Veiller à la sécurité des salariés pendant les heures de travail ;
- Accentuer les efforts en matière de sécurité routière.

❖ Aux fonctionnaires et agents de l'Etat

- Consulter le statut général de la fonction publique en vue de s'informer des textes régissant les risques professionnels à la fonction publique ;
- Déclarer au conseil de santé toute maladie faisant évoquer une étiologie professionnelle ou tout accident ayant un lien avec le travail ;
- Appliquer les mesures de sécurité routière.

REFERENCES

REFERENCES

1- **Houphouët-Boigny F.** Décret n 68-82 du 9 février 1968 portant réparation pécuniaire accordée aux agents de l'Etat en cas de maladie contractée en service ou d'accidents survenu dans l'exercice de leurs fonctions [Internet]. Abidjan : Présidence de Côte d'Ivoire ; 1968 [consulté le 27/04/2023]. Disponible sur : https://loidici.biz/2018/09/05/decret-n-68-82-du-9-fevrier-1968-portant-reparation-pecuniaire-accordee-aux-agents-de-letat-en-cas-de-maladie-contractee-en-service-ou-daccident-survenu-dans-lexercice-de-leurs-fonctions/lois-article-par-article/autres-professions/le-statut-de-la-fonction-publique/4118/naty/#:~:text=En%20cas%20de%20d%C3%A9c%C3%A8s%20du,accord%C3%A9e%20%C3%A0%20ses%20ayants%20droit.

2- **Athon-Perez P.** Maladie professionnelle et maladie imputable au service du fonctionnaire [Internet]. Paris : Village de la Justice ; 2017 [consulté le 27/04/2023]. Disponible sur :

https://www.village-justice.com/articles/Maladie-professionnelle-Maladie-imputable-service-fonctionnaire,25067.html

3- **Tchicaya AF, Kouassi YM, Wognin SB, Aka I, Yéboué-Kouamé B.** Aspects médico-légaux des accidents du travail et des maladies professionnelles. Rev int sc Med 2012 ; 14(1) : 9-14.

4- **Ryder G**. Construire une culture de la prévention en matière de sécurité et santé au travail. Journée mondiale de la sécurité et de la santé au travail ; 28 Avril 2015 ; Paris, France. Genève : BIT ; 2015.

5- **Aka I, Guiegui CP, N'guessan MLA, Sakanoko A, Kra AC, Kouassi YM, et al.** Evolution des tableaux de maladies professionnelles en Côte d'Ivoire de 1957 à 2016. Cah Sante Publique 2018 ; 17(1) : 5-15.

6- **France. Ministère de la transformation et de la fonction publique**. Rapport annuel sur l'état de la fonction publique : Accident du travail, maladies professionnelles. Paris : MTFP ; 2022. Disponible sur : https://www.fonction-publique.gouv.fr/accidents-travail-maladies-professionnelles

7- **Caisse nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés.** Rapport annuel 2019 : éléments statistiques et financiers. Paris : CNAMTS ; 2020. 168p.

8- **Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales**. Rapport annuel sur l'état de la fonction publique : Les chiffres clés des accidents du travail, accidents de trajet et maladies professionnelles dans la fonction publique. Edition 2020.

9- **Cissé A**. Risques professionnels et santé au travail : plus de 5000 accidents de travail par an en Côte d'Ivoire. Le patriote du mercredi 20 Mars [Internet] 2013[Consulté le 28/04/2023] ; (3998). Disponible sur :

https://news.abidjan.net/articles/454669/risques-professionnels-et-sante-au-travail-plus-de-5000-accidents-de-travail-par-an-en-cote-d-ivoire

10- **Bahri G, Mechergui N, Youssef I, Ben Rhouma M, Youssfi I, Ladhari N.** Maladies professionnelles indemnisées dans le secteur public tunisien. Tunis Med [Internet] 2022 [Consulté le 28/04/2023]; 100(8): 603–10. Disponible sur : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9744125/

11- **Burkina Faso. Service d'Information du Gouvernement.** Message du ministre en charge de la Fonction publique à l'occasion des journées commémoratives de la sécurité et de la santé au travail, les 28 et 30 avril 2017[Internet]. Ouagadougou : SIG ; 2017. Disponible sur : https://www.sig.bf/2017/04/message-du-ministre-en-charge-de-la-fonction-publique-a-loccasion-des-journees-commemoratives-de-la-securite-et-de-la-sante-au-travail-les-28-et-30-avril-2017/

12- **Toure P**. Aspects épidémiologiques des pathologies présentées par les enseignants (instituteurs et enseignants du secondaire) au conseil de santé de la Côte d'Ivoire : bilan de 8 années d'activités, du 1er/01/1993 au 31/12/2000 [Thèse Med]. Abidjan: UFR Sciences Médicales Université d'Abidjan; 2001, n°2973.

13- **Guiegui PC, Ouattara YM, Tchicaya AF, Kouassi YM, Wognin SB, Bonny JS, et al.** Étude des cancers d'origine professionnelle en Côte d'Ivoire : à propos de 34 cas colligés à Abidjan. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement [Internet] 2018 [consulté le 01/05/2023] ; 79(3) : 261. Disponible sur : https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1775878518301413

14- **Dou Z**. Place des pathologies mentales au conseil de santé de Côte d'Ivoire. Bilan de 10ans d'activités, janvier 1989 à décembre 1998 [Thèse Med]. Abidjan : UFR Sciences Médicales Université d'Abidjan ; 1999, n◦2410. 83 p.

15- **Akasson A**. Le personnel médical au conseil de santé : importance et conséquences (bilan de 8 années d'activités, janvier 93 à décembre 2000) [Thèse Med]. Abidjan : UFR Sciences Médicales Université d'Abidjan ; 2001, n◦2899. 65 p.

16- **COUR DES COMPTES.** Les accidents de travail et les maladies professionnelles des fonctionnaires. 38p

17- **Monique A-B, Hélène G, Emmanuel M-C, Charlotte B, Melody M, Pailo G, et al.** Risques professionnels en établissements de santé : quels enjeux de sécurité sanitaire [Internet]. Rennes : École des hautes études en santé publique (EHESP) ; 2013 [consulté le 05/05/2023]. 64 p.

18- **Banque des Territoires.** Le gouvernement veut mobiliser les employeurs publics contre les risques psychosociaux [Internet]. Paris : Banque des Territoires ; 2013 [consulté le 01/05/2023]. Disponible sur : **https://www.banquedesterritoires.fr/le-gouvernement-veut-mobiliser-les-employeurs-publics-contre-les-risques-psychosociaux**

19- **France. Premier ministre.** Décret n°2011-774 du 28 juin 2011 Portant modification du décret n°82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et la

sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique [Internet]. Paris : Primature ; 2011 [consulté le 01/05/2023]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000024278018

20- **France. Premier ministre.** Décret n°2012-170 du 3 février 2012 Modifiant le décret n° 85-603 du 10 juin 1985 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale [Internet]. Paris : Primature ; 2012 [consulté le 01/05/2023]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000025283229

21- **France. Fonction publique. Direction générale de l'administration et de la fonction publique.** Circulaire FP4 n°1711 du 30 janvier 1989 Relative à la protection sociale des fonctionnaires et stagiaires de l'Etat contre les risques maladie et accidents de service. Paris : DGAFP ; 1989. 41p.

22- **France. Le Conseil constitutionnel.** Décision n°2004-494 DC du 24 avril 2004 [Internet]. Paris : Le Conseil Constitutionnel ; 2004 [consulté le 01/05/2023]. Disponible sur : https://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/2004/2004494DC.htm

23- **Côte d'Ivoire.** La loi n°92-570 du 11 septembre 1992 Portant statut général de la Fonction Publique. Journal officiel 1992 ; (39) : 742-8.

24- **Côte d'Ivoire. Code du travail :** la loi n°2015-532 du 20 juillet 2015. Abidjan : Droit Afrique ; 2015. 80p.

25- **Cameroun.** Décret n°71-301 du 25 Juin 1971 Portant institution d'un Comité Médical et d'une Commission de Réforme [Internet]. Douala : Edition JuriAfrica ; 1971[consulté le 01/05/2023]. Disponible sur :

https://www.juriafrica.com/lex/decret-71-301-25-juin-1971-38420.htm

26- **Côte d'Ivoire. Le président de la république.** L'ordonnance n°2012-303 du 04 avril 2012 Portant Organisation des Régimes de Pension gérés par la Caisse Générale de Retraite des Agents de l'Etat (CGRAE). Abidjan : Gouvernement ; 2012. 43p.

27- **Côte d'Ivoire. Ministère de la fonction publique et de la modernisation de l'administration**. Programme de formation en administration de base, session 2022. Déontologie de la fonction publique. Abidjan : MFPMA ; 2022. 71p.

28- **Côte d'Ivoire. Ministère de la Fonction Publique et de la Modernisation de l'Administration.** Statistique sur l'effectif des fonctionnaires et agents de l'Etat au 31 décembre 2020. Abidjan : MFPMA ; 2020. 9p.

29- **Kassi K.** Lombalgie chez les travailleurs en Côte d'Ivoire : prise en charge, aspects médico-légaux et conséquences socio-professionnelles. Etude rétrospective à partir de 231 dossiers au service de rhumatologie CHU de Cocody [Thèse Med]. Abidjan : UFR Sciences Médicales Université de Cocody ; 2002, N°3075. 82p.

30- **Aka I, Kra AAC, N'guessan LMA, Wafo RM, Ouattara YM, Tchicaya AF, et al.** Etude épidémiologique des lombalgies chez le personnel

soignant du CHU de Yopougon de 2012 à 2018. Med Afr Noire 2019 ; 66(10) : 485-92.

31- **Bureau International du Travail.** Les femmes au Travail Tendances 2016 [Internet]. Genève : BIT ; 2016 [Consulté le 10/01/2023]. Disponible sur : https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_483203.pdf.

32- **Bell DM, Sapiro CN, Culver DH, Martone WJ, Curran JW, Hughes JM.** RISK of hepatitis B and human immunodeficiency virus transmission from an infected surgeon due to percutaneous injury during invasive procedure: estimated based on a model. Infect Agents Dis 1992; 1(5); 263-9.

33- **Menzies D, Fanning A, Yuan L, Fitzgerald M.** Tuberculosis among health care workers. N Engl J Med 1995 ; 332 : 92-8.

34- **Belgique. Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale.** Étude de Medex sur les accidents du travail chez les fonctionnaires [Internet]. Bruxelles : Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale ; 2022 [Consulté le 03/06/2023]. Disponible sur : https://www.beswic.be/fr/actualites-et-evenements/etude-de-medex-sur-les-accidents-du-travail-chez-les-fonctionnaires?language=fr

35- **Ngaroua D, Mbo AJ, Aidego AMN, Djibrilla Y, Eloundou NJ.** Les Fractures Dues aux Accidents de la Voie Publique à l'Hôpital Régional de Ngaoundere (Cameroun). Health Sci Dis 2016; 17(3): 24-8.

36- **Ibrahima F, Fokam P, Douala MS, Bahebeck J, Sosso MA.** Traumatismes de l'appareil locomoteur au Cameroun. A propos de 456 cas observés pendant 5 ans à l'hôpital général de Douala. Health Sci Dis 2011; 12(2): 1-7.

37- **Konan KJ, Assohoun KT, Kouassi F, Ehua SF**. Profil épidémiologique des traumatises de la voie publique aux urgences du CHU de Yopougon. Rev Int Sc Med 2006; 8(3): 44-8.

38- **Kouassi J, Soro L, Soro K, Ehua SF.** Accident de la voie publique et mortalité : état des lieux aux urgences du CHU de Yopougon - Abidjan (Côte d'Ivoire). Communication au 18ème congrès de la Société d'Anesthésie et de Réanimation d'Afrique Noire Francophone ; novembre 2001 ; Stade de l'amitié Cotonou, Bénin.

39- **Tunisie. Ministère des affaires sociales. Caisse Nationale d'Assurance Maladie.** Un rapport sur les statistiques générales relatives aux accidents du travail et aux maladies professionnelles [Internet]. Tunis : CNAM ; 2018. 31p. Disponible sur :

http://www.cnam.nat.tn/doc/upload/ANNUEL_2018.pdf

40- **Duquesnoy B. et al**. Retentissement psychosocial de la lombalgie chronique. Rev. Rhum. (Ed. Fr.), 1994, p : 95-105.

41- **Manou K. B**. Lombalgie et rééducation fonctionnelle : aspect épidémiologique et évolutif. Thèse, 1999. 149p

42- **Makni C, Gorgi M, Gharbaoui M, Ben Abderrahim S, Zaara MA, Belhaj A, et al**. Evaluation médico-légale des certificats médicaux initiaux au sein des structures sanitaires du Nord de la Tunisie. Pan Afr Med J 2021 ; 40 : 255.

43- **Teisseire F**. Prise en charge des adultes victimes de violences. Médecine légale hospitalière 1999 ; 6 : 103-4.

ANNEXES

1- Fiche d'enquête

N◦ de fiche : _____

DONNEES SOCIO-PROFESSIONNELLES

1- Age : 18-25ans ☐ 26-35ans ☐ 36-45ans ☐ 46-55ans ☐

56-65ans ☐

2- Sexe :

Masculin ☐

Féminin ☐

3- Domicile :

Abidjan ☐

Hors Abidjan ☐

Non précisé ☐

4- Statut matrimonial :

Marié ☐

Veuf(ve) ☐

Célibataire ☐

Concubinage ☐

5- Nombre de personnes à charge :

0-4 ☐

5-9 ☐

10 et plus ☐

6- Niveau d'étude :

Non scolarisé ☐

Primaire ☐

Secondaire ☐

Supérieur ☐

7- Profession :

Sage-femmes ☐ infirmier(ère) ☐ médecin ☐ assistantes sociales ☐ Agent des eaux et forêts ☐ instituteur ☐ professeur de lycée et collège ☐ professeur d'université et grande école ☐

Autres ☐

8- Type de contrat :

Embauche ☐

Journalier ☐

Stagiaire ☐

9- Ancienneté professionnelle

< 5 ans ☐ 5 - 9 ans ☐ 10 - 14 ans ☐ 15 - 19 ans ☐ 20 - 24 ans ☐ > 24 ans ☐ Non précisé ☐

10- Ministère de tutelle

Ministère de la santé ☐ Ministère de l'éducation ☐ Ministère de l'enseignement supérieur ☐ Ministère des eaux et forêts ☐

Ministère de l'économie et des finances ☐ Ministère de l'intérieur et de la sécurité ☐ Autres ☐

DONNEES MEDICALES

1- Motif de consultation :

- Accident du travail :

AVP ☐

Chute de hauteur ☐

Coup et blessure ☐

Autres ☐

À préciser : _____/

- Maladie professionnelle :

Dyspnée ☐

Douleurs thoraciques ☐

Lombalgie ☐

Lésions cutanées ☐

Autres ☐

À préciser : _____/

2- Année de survenue : _____/

3- Heure de survenue : _____ /

4- Type d'accident :

Trajet ☐

Service ☐

Mission ☐

5- Année de notification :

2017 ☐

2018 ☐

2019 ☐

2020 ☐

2021 ☐

6- Nature des lésions :

- Accident de travail

Plaie ☐ contusion ☐ Ecrasement ☐ Amputation ☐

Fracture ☐ Luxation ☐ Autres ☐

- Maladie professionnelle

Pulmonaire ☐ Cardiaque ☐ ORL ☐ Neurologique ☐

Digestive ☐ Ophtalmologique ☐ Stomatologique ☐

Hématologique ☐ Gynécologique ☐ Autres ☐

DONNEES MEDICO-LEGALES

1- Date de l'expertise…….. /

2- Décision de la commission de réforme

Accident de travail ☐

Maladie professionnelle ☐

3- Reprise :

Oui ☐

Non ☐

4- Devenir professionnel :

Aménagement de post ☐

Changement de poste ☐

Retraite pour invalidité ☐

Décès

Non Précisé ☐

5- Taux d'incapacité permanente partielle :

≤ 20% ☐ 21-40% ☐ 41-60% ☐ 61-80% ☐

81-100% ☐

6- Présence de séquelle : Oui ☐ Non ☐

Si oui, à préciser _____ /

INDEMNISATION

Oui ☐

Non ☐

2- Barème de pourcentage d'invalidité et quelques formulaires de demande d'indemnisation

DIX-SEPTIÈME ANNÉE. — N° 49 NUMÉRO SPÉCIAL MARDI 30 SEPTEMBRE 1975

JOURNAL OFFICIEL

DE LA

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE

paraissant le jeudi de chaque semaine

ABONNEMENTS	6 MOIS	UN AN
Côte d'Ivoire et pays de la CAPTEAO : voie ordinaire ..	5.000	9.500
voie aérienne ..	7.000	13.000
Etranger : France et pays extérieurs communs : voie ordinaire	6.000	11.000
voie aérienne	8.000	15.000
Autres pays : voie ordinaire	6.000	11.000
voie aérienne	9.000	17.000

Prix du numéro de l'année courante 200
Prix du numéro d'une année antérieure 250
Par la poste : majoration de 40 francs par numéro.

ABONNEMENTS ET INSERTIONS

Les abonnements et insertions seront adressés au Service des Journaux officiels de la République de Côte d'Ivoire, B.P. 974 Abidjan.

Toute demande de changement d'adresse devra être accompagnée de la somme de 40 francs.

Les abonnements et les annonces sont payables d'avance au Service des Journaux officiels de la République de Côte d'Ivoire C.C.P. 115-42 Abidjan.

ANNONCES ET AVIS

La ligne ..... 200 francs

(Il n'est jamais compté moins de 3.000 francs pour les annonces).

Chaque annonce répétée ..... Moitié prix

Les annonces devront parvenir au plus tard le jeudi précédant la date de parution du « J. O. ».

SOMMAIRE

PARTIE OFFICIELLE

ACTES DU GOUVERNEMENT

MINISTERE DE LA FONCTION PUBLIQUE

1974

16 octobre . Arrêté n° 8993 FP. D. 3 portant application du décret n° 68-82 du 9 février 1968, portant réparation pécuniaire accordée aux agents de l'Etat en cas de maladie contractée en service ou d'accident survenu dans l'exercice de leurs fonctions. 1761

PARTIE OFFICIELLE

ACTES DU GOUVERNEMENT

MINISTERE DE LA FONCTION PUBLIQUE

ARRÊTÉ *n°* 8993 FP. D. 3 *du* 16 *octobre* 1974, *portant application du décret n° 68-82 du 9 février* 1968, *portant réparation pécuniaire accordée aux agents de l'Etat en cas de maladie contractée en service ou d'accident survenu dans l'exercice de leurs fonctions.*

LE MINISTRE DE LA FONCTION PUBLIQUE,

LE MINISTRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION,

LE MINISTRE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES,

Vu la loi n° 60-356 du 3 novembre 1960, promulguant la Constitution de la République de Côte d'Ivoire ;

Vu le décret n° 74-341 du 24 juillet 1974, portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu la loi n° 62-405 du 7 novembre 1962, portant organisation du régime des Pensions civiles ;

Vu le décret n° 68-82 du 9 février 1968, portant réparation pécuniaire accordée aux agents de l'Etat en cas de maladie contractée en service ou d'accident survenu dans l'exercice de leurs fonctions ;

Vu le décret n° 71-301 du 25 juin 1971, portant institution d'un Comité médical et d'une commission de Réforme,

ARRÊTENT :

Article premier. — Le présent arrêté a pour but de préciser les conditions dans lesquelles il sera accordé aux fonctionnaires et agents non titulaires de l'Etat, la réparation pécuniaire prévue par le décret n° 68-82 du 9 février 1968.

Art. 2. — Le droit à l'allocation temporaire est ouvert aux fonctionnaires et agents de l'Etat ainsi qu'aux magistrats en position d'activité. Peuvent également prétendre à cet avantage les fonctionnaires bénéficiant d'une prolongation d'activité prévue par les textes en vigueur et régulièrement autorisés par arrêté du ministre de la Fonction publique.

Les fonctionnaires détachés sont assimilés aux fonctionnaires en activité. Les allocations qui leur sont dues sont réglées de la même façon et imputées sur les budgets de leur administration de détachement si le régime d'assurance dont relève l'organisme auprès duquel ils sont détachés est applicable.

Art. 3. — Par accident de service, il faut entendre exclusivement, l'accident survenu dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice des fonctions, y compris l'accident de trajet de la résidence au lieu de travail et *vice versa*.

Dans ce dernier cas, l'événement doit se produire sur le trajet le plus direct qui conduit du domicile au lieu de travail.

Art. 4. — Les maladies d'origine professionnelle ouvrant droit à l'allocation sont celles aux risques desquelles l'activité professionnelle de l'agent l'expose effectivement.

Art. 5. — Pour être admis au bénéfice de l'allocation temporaire, il faut que le fonctionnaire ou l'agent concerné soit reconnu apte à l'exercice de ses fonctions.

Art. 6. — Le dossier de demande d'allocation temporaire est instruit par le service compétent du ministère de la Fonction publique et soumis ensuite à l'appréciation de la commission de Réforme qui se réunit et se prononce, au vu d'un certificat médical dressé par le Comité médical.

Son avis sur la nature de l'invalidité, son imputabilité au service, son caractère de permanence, l'aptitude du fonctionnaire ou de l'agent à poursuivre ses fonctions, et enfin la détermination du pourcentage d'invalidité, apprécié d'après le barème indicatif annexé au présent arrêté.

Art. 7. — Le dossier de réforme présenté à la commission doit comprendre obligatoirement :

— Tous documents pouvant justifier la responsabilité de l'Etat ;

— Un certificat de visite délivré par un médecin agréé par l'Etat ;

— Un certificat de contre-visite délivré par un médecin agréé par l'Etat, et dont le grade serait plus élevé que celui ayant délivré le certificat de visite ;

— Un certificat d'origine de la maladie délivré par le médecin traitant ;

— Un certificat d'incurabilité délivré par le Comité médical.

Art. 8. — La commission de Réforme établit un procès-verbal selon un modèle joint au présent arrêté.

Art. 9. — L'avis de la commission de Réforme est soumis au ministre de la Fonction publique pour décision.

Art. 10. — Le ministre de l'Economie et des Finances est chargé de la liquidation du montant de l'allocation tel que défini à l'article 3 du décret n° 68-82 du 9 février 1968.

Art. 11. — L'allocation temporaire est assujettie aux règles de prescription des Pensions civiles (prescriptions annale et quinquennale).

Art. 12. — Tous les ans, en vue de déceler les modifications intervenues dans son état, le bénéficiaire d'une allocation temporaire doit se présenter devant une commission de Réforme sur convocation de ladite commission qui détermine éventuellement le nouveau pourcentage d'invalidité, en motivant la proposition.

Art. 13. — Si l'état du fonctionnaire est reconnu stationnaire, l'allocation dont il bénéficiait est alors maintenue pour une nouvelle période d'un an.

En cas de diminution de pourcentage d'invalidité, l'ancienne allocation est révisée sur la base de ce nouveau taux, sauf dans les cas suivants :

a) Le taux d'invalidité consécutive à un accident de service est inférieur à 10 pour cent ;

b) L'invalidité résultant d'une maladie professionnelle a totalement disparu après guérison.

Dans ces deux hypothèses, l'allocation est suspendue pour une durée d'un an, son rétablissement ne pouvant être envisagé qu'à l'expiration de ce délai et seulement à la demande de l'intéressé.

En cas d'aggravation de l'invalidité, l'allocation est révisée sur la base du nouveau taux. Toutefois, si cette aggravation est reconnue comme entraînant une inaptitude à l'exercice des fonctions, le fonctionnaire doit être mis à la retraite pour invalidité, et l'allocation temporaire est transformée en rente viagère d'invalidité.

Art. 14. — Lorsque le dommage physique dont a été victime un fonctionnaire est imputable à un tiers, l'Etat dispose d'une action en remboursement de toutes les prestations versées ou maintenues à la victime par suite des infirmités dont il est atteint.

Art. 15. — Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République de Côte d'Ivoire.

Abidjan, le 16 octobre 1974.

Le ministre de la Fonction publique,
J. E. TADJO.

Le ministre de la Santé publique et de la Population,
Hyppolyte AYE.

P. le ministre de l'Economie et des Finances,
Le ministre intérimaire,
C. ALLIALI.

BAREMES
de pourcentages d'invalidité

Désignation des infirmités	*Pourcentage d'invalidité*	
	Côté D	*Côté G*
	P 100	P 100
CHAPITRE PREMIER		
MEMBRES		
A. MEMBRES SUPÉRIEURS		
1° *Doigts et métacarpe*		
1° Raideurs articulaires et ankyloses partielles :		
a) *Pouce*		
— Articulation interphalangienne	1 à 4	0 à 3
— Articulation métacarpo-phalangienne	1 à 3	0 à 1
— Articulation interphalangienne et métacarpo-phalangienne	4 à 10	3 à 10
b) *Index*		
— Articulation métacarpo-phalangienne	1 à 5	1 à 5
— Première ou deuxième articulation interphalangienne	5 à 10	0 à 10
— Toutes les articulations (index raide)	5 à 10	4 à 8
c) *Médium*		
— Une seule articulation	3 à 10	2 à 5
d) *Annulaire*		
— Toutes les articulations	5 à 8	4 à 6
e) *Auriculaire*		
— Une seule articulation	0 à 1	0
— Toutes les articulations	2 à 5	2 à 5
f) *Quatre doigts avec le pouce libre*		
— Avec gêne de l'extension	10 à 15	8 à 12
— Avec gêne de flexion	20 à 40	15 à 30
g) *Cinq doigts*		
— Avec gêne de l'extension	10 à 20	8 à 15
— Avec gêne de flexion	30 à 40	20 à 30
2° Ankyloses complètes (osseuses ou fibreuses très serrées) :		
a) *Pouce*		
— Articulation carpo-métacarpienne	20	15
— Articulation métacarpo-phalangienne	10	8
— Articulation interphalangienne	5	4
— Articulation métacarpo et interphalangienne	20	15
Toutes articulations :		
— Pouce en extension	30	25
— Pouce en flexion	25	20

Désignation des infirmités	*Pourcentage d'Invalidité*	
	Côté D	*Côté G*
	P 100	P 100
b) *Index*		
— Articulation métacarpo-phalangienne ...	8	6
— Articulation de la première et deuxième phalange	10	8
— Articulation de la deuxième et troisième phalange	5	2
— Les deux dernières articulations	15	10
— Les trois articulations	20	15
c) *Médius*		
— Articulation métacarpo-phalangienne ...	7	5
— Articulation de la première et de la deuxième phalange	7	5
— Articulations de la deuxième et de la troisième phalange	3	2
— Les deux dernières articulations	10	8
— Les trois articulations	15	12
d) *Annulaire*		
— Articulation métacarpo-phalangienne ...	6	4
— Articulation de la première et de la deuxième phalange	5	4
— Articulation de la deuxième et de la troisième phalange	2	1
— Les deux dernières articulations.....	10	8
— Les trois articulations	12	9
e) *Auriculaire*		
— Articulation métacarpo-phalangienne ...	4	3
— Articulation de la première et de la deuxième phalange	2	2
— Articulation de la deuxième et de la troisième phalange	2	1
— Les deux dernières articulations.....	6	5
— Les trois articulations	12	9
Gêne fonctionnelle des doigts résultant de lésions autres que les lésions articulaires. Section ou perte de substance des tendons extenseurs ou fléchisseurs. Adhérences, cicatrices :		
Flexion permanente d'un doigt		
— Pouce	10 à 25	8 à 20
— Index	5 à 15	4 à 12
— Médius	5 à 15	4 à 12
— Annulaire	5 à 12	4 à 9
— Auriculaire	5 à 12	4 à 9
Extension permanente d'un doigt		
— Pouce	15 à 25	12 à 20
— Index	10 à 15	8 à 12
— Médius	5 à 15	4 à 12
— Annulaire	5 à 12	4 à 9
— Auriculaire	5 à 12	4 à 9
Impotence totale définitive de préhension de la main :		
1° Par flexion ou extension permanente de tous les doigts, y compris le pouce (avec ou sans ankylose proprement dite)	65	50
2° Par flexion ou extension permanente de trois doigts, avec raideur des autres, atrophie de la main et de l'avant-bras, raideur du poignet	65	50

Désignation des infirmités	*Pourcentage d'Invalidité*	
	Côté D	*Côté G*
	P 100	P 100
Pseudarthrose des doigts		
Pseudarthrose ballante, avec large perte de substance osseuse :		
Phalange unguéale		
— Pouce	5	4
— Autres doigts	2	1
Autres phalanges		
— Pouces	15	12
— Index	10	8
— Autres doigts	5	4
Luxations irréduites et irréductibles :		
Pouce		
— Phalangette	5	4
— Métacarpo-Phalangienne (suivant la mobilité restaurée)	10 à 25	8 à 20
— Lors de cicatrices adhérentes de la paume et de raideur des autres doigts	30 à 60	20 à 60
Doigts		
— Phalangette	2 à 3	0 à 1
— Phalangine et phalange (suivant la mobilité restaurée)	5 à 15	4 à 12
Amputation ou désarticulation		
Ablation isolée du pouce ou d'un doigt (partielle ou totale) :		
Pouce		
— Phalange unguéale	10	10
— Les deux phalanges	30	20
— Les deux phalanges et le premier métacarpien	35	25
Index		
— Phalange unguéale	5	5
— Deux phalanges	12	10
— Les trois phalanges	15	12
Médius — Annulaire — Auriculaire.		
— Phalange unguéale	2	1
— Deux phalanges	5	4
— Trois phalanges	10	8
Ablation de plusieurs doigts		
Ablation de deux doigts, avec les métacarpiens correspondants :		
— Index et un autre doigt	35 à 60	25 à 60
— Deux doigts autres que l'index	20 à 60	15 à 60
(Lors de mobilité du pouce et des autres doigts) :		
— Ablation de deux doigts, avec ou sans les métacarpiens correspondants, lors de raideur très prononcée du pouce et des autres doigts et d'atrophie de la main ..	50 à 65	40 à 65
Ablation de trois doigts, avec les métacarpiens correspondants :		
— Index et deux autres doigts	50 à 65	40 à 65
— Médius, annulaire, auriculaire (suivant l'état de mobilité du pouce et de l'index)	40 à 65	30 à 65
— Lors d'immobilisation du pouce et du doigt restant	60	45

Désignation des infirmités	*Pourcentage d'Invalidité*	
	Côté D	*Côté G*
	P 100	P 100
b) *Index*		
— Articulation métacarpo-phalangienne ...	8	6
— Articulation de la première et deuxième phalange	10	8
— Articulation de la deuxième et troisième phalange	5	2
— Les deux dernières articulations	15	10
— Les trois articulations	20	15
c) *Médius*		
— Articulation métacarpo-phalangienne ...	7	5
— Articulation de la première et de la deuxième phalange	7	5
— Articulations de la deuxième et de la troisième phalange	3	2
— Les deux dernières articulations	10	8
— Les trois articulations	15	12
d) *Annulaire*		
— Articulation métacarpo-phalangienne ...	6	4
— Articulation de la première et de la deuxième phalange	5	4
— Articulation de la deuxième et de la troisième phalange	2	1
— Les deux dernières articulations.....	10	8
— Les trois articulations	12	9
e) *Auriculaire*		
— Articulation métacarpo-phalangienne ...	4	3
— Articulation de la première et de la deuxième phalange	2	2
— Articulation de la deuxième et de la troisième phalange	2	1
— Les deux dernières articulations.....	6	5
— Les trois articulations	12	9
Gêne fonctionnelle des doigts résultant de lésions autres que les lésions articulaires. Section ou perte de substance des tendons extenseurs ou fléchisseurs. Adhérences, cicatrices :		
Flexion permanente d'un doigt		
— Pouce	10 à 25	8 à 20
— Index	5 à 15	4 à 12
— Médius	5 à 15	4 à 12
— Annulaire	5 à 12	4 à 9
— Auriculaire	5 à 12	4 à 9
Extension permanente d'un doigt		
— Pouce	15 à 25	12 à 20
— Index	10 à 15	8 à 12
— Médius	5 à 15	4 à 12
— Annulaire	5 à 12	4 à 9
— Auriculaire	5 à 12	4 à 9
Impotence totale définitive de préhension de la main :		
1° Par flexion ou extension permanente de tous les doigts, y compris le pouce (avec ou sans ankylose proprement dite)	65	50
2° Par flexion ou extension permanente de trois doigts, avec raideur des autres, atrophie de la main et de l'avant-bras, raideur du poignet	65	50

Désignation des infirmités	*Pourcentage d'Invalidité*	
	Côté D	*Côté G*
	P 100	P 100
Pseudarthrose des doigts		
Pseudarthrose ballante, avec large perte de substance osseuse :		
Phalange unguéale		
— Pouce	5	4
— Autres doigts	2	1
Autres phalanges		
— Pouces	15	12
— Index	10	8
— Autres doigts	5	4
Luxations irréduites et irréductibles :		
Pouce		
— Phalangette	5	4
— Métacarpo-Phalangienne (suivant la mobilité restaurée)	10 à 25	8 à 20
— Lors de cicatrices adhérentes de la paume et de raideur des autres doigts	30 à 60	30 à 60
Doigts		
— Phalangette	2 à 3	0 à 1
— Phalangine et phalange (suivant la mobilité restaurée)	5 à 15	4 à 12
Amputation ou désarticulation		
Ablation isolée du pouce ou d'un doigt (partielle ou totale) :		
Pouce		
— Phalange unguéale	10	10
— Les deux phalanges	30	20
— Les deux phalanges et le premier métacarpien	35	25
Index		
— Phalange unguéale	5	5
— Deux phalanges	12	10
— Les trois phalanges	15	12
Médius — Annulaire — Auriculaire.		
— Phalange unguéale	2	1
— Deux phalanges	5	4
— Trois phalanges	10	8
Ablation de plusieurs doigts		
Ablation de deux doigts, avec les métacarpiens correspondants :		
— Index et un autre doigt	35 à 60	35 à 60
— Deux doigts autres que l'index	20 à 60	15 à 60
(Lors de mobilité du pouce et des autres doigts) :		
— Ablation de deux doigts, avec ou sans les métacarpiens correspondants, lors de raideur très prononcée du pouce et des autres doigts et d'atrophie de la main ..	50 à 65	40 à 65
Ablation de trois doigts, avec les métacarpiens correspondants :		
— Index et deux autres doigts	50 à 65	40 à 65
— Médius, annulaire, auriculaire (suivant l'état de mobilité du pouce et de l'index)	40 à 65	30 à 65
— Lors d'immobilisation du pouce et du doigt restant	60	45

Désignation des infirmités	*Pourcentage d'Invalidité*	
	Côté D	*Côté G*
	P 100	P 100
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 60	30 à 60
— Médius, annulaire, auriculaire (lors de mobilité conservée du pouce et du doigt restant)	30 à 60	20 à 60
— Lors d'immobilisation du pouce et du doigt restant	60 à 65	45 à 65
Ablation de la phalangette du pouce et des deux dernières phalanges de l'index :		
— Avec mobilité complète des moignons	20	15
— Sans mobilité des moignons	30	20
Ablation totale du pouce et de l'index :		
— Si les autres doigts sont assez mobiles pour faire préhension avec la paume	45 à 65	35 à 65
— Si les autres doigts sont déviés ou de mobilité plus ou moins incomplète	50 à 65	40 à 65
— Ablation totale du pouce et de trois ou de deux doigts autres que l'index	50 à 65	40 à 65
— Ablation de quatre doigts, le pouce restant et mobile	45 à 65	35 à 65
— Lors d'immobilisation du pouce restant	60 à 65	45 à 65
— Ablation simultanée aux deux mains, des pouces et de tous les doigts	100	100
— Des pouces et de tous les doigts, à l'exception d'un seul	100	100
— Des pouces et de trois ou quatre doigts	85	85
— Des deux pouces	65	65
— Des deux pouces et des deux index	80	80
— Des deux pouces et des trois ou quatre autres doigts que les index	80	80
Métacarpe		
— Cal 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
Luxations du métacarpe		
— Des deux derniers métacarpiens	15 à 40	12 à 30
— De tous les métacarpiens	30 à 60	20 à 50
Perte totale de la main		
— Par désarticulation du poignet ou amputation très basse de l'avant-bras	60 à 85	
— Par amputation atypique intracarpienne	60 à 85	
— Par désarticulation des cinq métacarpiens	60 à 85	
— Par amputation intramétacarpienne	60 à 85	
— Par ablation du pouce et des quatre doigts	60 à 85	
— Perte des deux mains	100	
Poignet		
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 30	8 à 20

Désignation des infirmités	*Pourcentage d'Invalidité*	
	Côté D	*Côté G*
	P 100	P 100
Ankyloses complètes		
— En extension et demi-pronation, pouce en dessus, pouce et doigts mobiles	20	15
— En extension et pronation complète, doigts mobiles	25	20
— En extension et pronation complète, doigts raidis	40 à 60	30 à 60
— En extension et supination, suivant le degré de mobilité des doigts	40 à 50	30 à 40
— En flexion et pronation, suivant le degré de mobilité des doigts	45 à 60	35 à 45
— En flexion et supination, doigs mobiles	50	40 à 50
— En flexion et supination, doigts ankylosés (perte de l'usage de la main)	60 à 65	45 à 65
Pseudarthrose (poignet ballant)		
— A la suite de larges résections ou de grandes pertes de substance traumatique du carpe	40 à 65	30 à 65
Main botte, radiale 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 gêne apportée à la mobilité des doigts	20 à 40	15 à 30
Avant-bras		
— Inflexion latérale ou antéro-postérieure des deux os avec gêne consécutive des mouvements de la main	5 à 15	4 à 12
Limitation des mouvements de torsion (pronation et supination) :		
— Pronation conservée, supination abolie	5 à 10	4 à 8
— Pronation abolie, supination conservée	10 à 30	8 à 20
Suppression des mouvements de torsion avec immobilisation :		
— En demi-pronation, pouce en dessus	15	12
— En pronation complète	25 à 40	20 à 30
— En supination	35 à 50	25 à 40
PSEUDARTHROSE (CURABILITÉ OPÉRATOIRE)		
Des deux os		
— Serrée	10 à 30	8 à 20
— Lâche (avant-bras ballant)	45 à 65	30 à 65
D'un seul os		
— Serrée	0 à 10	4 à 10
— Lâche	5 à 20	8 à 15
— Amputation de l'avant-bras	70 à 85	60 à 85
Coude : Raideurs articulaires		
Lorsque la partie du mouvement conservée évolue dans la position favorable :		
— Flexion active entre 110° et 75°	10	10
— Flexion active entre 75° et la flexion complète	20	15
Lorsque la partie du mouvement conservée évolue dans la position défavorable :		
— Extension active de 110° et 180°	30 à 50	25 à 40

Désignation des infirmités	Pourcentage d'Invalidité Côté D	Côté G
	P 100	P 100
Ankyloses complètes		
Ce terme vise à l'abolition des mouvements de flexion, d'extension, de pronation et de supination. La position d'ankylose du coude est dite « en flexion » de 110° à 30° ; elle est dite « en extension » de 110° à 180°.		
Position favorable		
— En flexion entre 110° et 75°	35 à 60	35 à 60
— En flexion à angle aigu à 45°	40 à 60	30 à 60
Position défavorable		
— En extension entre 110° et 180°	50 à 65	45 à 65
Ankyloses incomplètes		
(Huméro-cubitale complète avec conservation des mouvements de torsion).		
Position favorable		
— En flexion entre 110° et 75°	25	20
— En flexion à angle aigu à 45°	30	25
Position défavorable		
— En extension entre 110° et 180°	45	35
Fracture de l'olécrane		
— Cal osseux ou fibreux court, bonne extension, flexion peu limitée	5 à 10	4 à 5
— Cal fibreux long, extension active complète, mais faible, flexion peu limitée	10	8
— Cal fibreux long, extension active presque nulle, atrophie notable du triceps	20	15
Pseudarthrose		
Consécutive à de larges pertes de substances osseuses ou à des résections étendues du coude :		
— Coude mobile en tous sens, extension active nulle	30 à 40	25 à 30
— Coude ballant	50 à 65	40 à 65
— Désarticulation du coude	80 à 90	70 à 90
Bras		
— Consolidation avec déformation et atrophie musculaire	10 à 30	8 à25
Le cal vicieux rentre dans ce cas.		
Pseudarthrose		
Curabilité opératoire ; sinon :		
— Au niveau de la partie moyenne du bras	40 à 65	30 à 65
— Au voisinage de l'épaule ou du coude	50 à 65	40 à 65
— Amputation du bras	85 à 90	75 à 90
EPAULE		
Raideurs articulaires		
— Portent principalement sur la propulsion et l'adduction	10 à 30	8 à 25
Ankyloses complètes		
— Avec mobilité de l'omoplate	35 à 65	25 à 65
— Avec fixation de l'omoplate	45 à 65	35 à 65
Périarthrite chronique douloureuse		
— Suivant le dégré de limitation des mouvements	5 à 25	4 à 20
— Avec abolition des mouvements et atrophie marquée	35	25

Désignation des infirmités	Pourcentage d'Invalidité Côté D	Côté G
	P 100	P 100
Pseudarthrose		
— Consécutive à des résections larges ou à des pertes de substance osseuse étendue (épaule ballante)	60 à 65	45 à 65
— Luxation récidivante de l'épaule	10 à 40	8 à 30
— Désarticulation de l'épaule ou amputation sous-tubérositaire	95	85
— Amputation interscapulo-thoracique	95	85
— Perte des deux membres supérieurs quel qu'en soit le niveau	100	100
Clavicule		
— Fracture bien consolidée, cal plus ou moins saillant, raideurs de l'épaule	5 à 15	4 à 12
— Fracture double, cals saillants, raideurs des épaules	10 à 30	8 à 25
— Cal difforme, avec compression nerveuse (voir chapitre « Nerfs »).		
Luxation non réduite		
— Externe	0 à 5	0 à 4
— Interne	0 à 10	0 à 8

Désignation des infirmités	Pourcentage d'Invalidité
	P 100
Membres inférieurs	
Les deux membres inférieurs sont considérés comme ayant une utilité fonctionnelle équivalente.	
Orteils	
— Raideurs articulaires	0 à 5
Ankyloses complètes — Gros orteil	
— En mauvaise position d'hyperextension ou de flexion	15 à 20
— En bonne position, c'est-à-dire en rectitude, dans le prolongement du pied	8 à 10
Autres orteils	
— En position défavorable (hyperextension, flexion, chevauchement sur les voisins)	7 à 15
— En position rectiligne et favorable	0 à 5
En ce qui concerne les ankyloses en mauvaise position (hyperextension) lors d'orteils gênants et douloureux, l'ablation est tout indiquée et bénigne.	
AMPUTATION ET DÉSARTICULATION	
Gros orteil	
— Une phalange	2 à 5
— Deux phalanges	5 à 10
— Deux phalanges et métatarsien	20 à 60
Ablation isolée	
— Autres orteils	3 à 5

Désignation des infirmités	*Pourcentage d'Invalidité*
	P 100
Ablation simultanée	
— Gros orteil et deuxième	13 à 15
— Gros orteil, deuxième et troisième	16 à 20
— Deuxième, troisième et quatrième	9 à 15
— Trois derniers	9 à 15
— Tous les orteils, suivant l'état des cicatrices	20 à 60
MÉTATARSE	
Amputation et désarticulation	
— Un métatarsien	5 à 10
— Les deux premiers	20 à 65
— Les trois derniers	25
— Tous les métatarsiens (Lisfranc)	30 à 65
TARSE	
Fracture ou luxation des métatarsiens et du tarse, ou fracture et luxations combinées :	
— Plante du pied affaissée et douloureuse	10 à 20
— Déviation du pied, en dedans ou en dehors, rotation (pied bot traumatique)	20 à 30
— Pied bot traumatique, avec déformation considérable et fixe, immobilité des orteils, atrophie de la jambe (impotence du pied)	30 à 50
Désarticulations ou amputations	
Médio-tarsienne (Chopart) :	
— Bonne attitude et mobilité suffisante du moignon	40 à 45
— Sous-astragalienne	35 à 40
— Opération de Pirigoff	35 à 40
— Opération de Ricard	30 à 35
— Astragalectomie	25 à 30
PIED	
Articulation tibio-tarsienne	
Les mouvements de flexion et d'extension de tude équivalente à 40° environ dans chaque sens autour de l'angle droit.	
Raideurs articulaires	
— Avec angle de mobilité favorable, le pied conservant des mouvements qui oscillent de 15° autour de l'angle droit	0 à 10
— Avec angle de mobilité défavorable (pied ou équin)	10 à 30
Ankyloses complètes	
— A angle droit, sans déformation du pied et avec mobilité suffisante des orteils	10 à 20
— A angle droit, avec déformation ou atrophie du pied, et gêne des mouvements des orteils	20 à 60
— En attitude vicieuse du pied	55 à 85
— Désarticulation tibio-tarsienne (Syme, Guyon)	30 à 65
— Amputation des deux pieds	85 à 100

Désignation des infirmités	*Pourcentage d'Invalidité*
	P 100
JAMBE	
RAIDEURS ARTICULAIRES (VOIR GENOU, PIED)	
CALS VICIEUX	
Consécutifs à des fractures malléolaires	
Déplacement du pied en dedans :	
— Plante du pied tendant à regarder le pied sain, la marche et la station debout se faisant sur le bord externe du pied	20 à 40
Déplacement du pied en dehors :	
— Plante du pied basculant et regardant en dehors, la marche et la station de bout s'effectuant sur la partie interne de la plante du pied, voir sur le bord interne	20 à 50
Consécutifs à des fractures de la diaphyse	
— Consolidation rectiligne, avec raccourcissement de 3 à 4 centimètres, gros cal saillant, atrophie plus ou moins accusée	15 à 25
— Consolidation angulaire, avec déviation de la jambe en dehors ou en dedans, déviation secondaire du pied, raccourcissement de plus de 4 centimètres ; marche possible	30 à 40
— Consolidation angulaire, ou raccourcissement considérable, marche impossible	60 à 65
Consécutifs à des fractures de l'extrémité supérieure	
— Forte déviation angulaire, en avant ou latérale	30 à 40
— Pseudarthrose des deux os, curabilité opératoire, sinon	60 à 65
— Amputation de la jambe	85
ROTULE	
Fractures	
— Cal osseux ou fibreux court, bonne extension, flexion peu limitée	10
— Cal fibreux long, extension active complète, mais faible, flexion peu limitée	20 à 40
— Cal fibreux long, extension active presque nulle, atrophie notable de la cuisse	40 à 50
Ablation de la rotule (Pattelectomie)	
— Avec genou libre, atrophie notable du triceps et extension insuffisante	30 à 40
— Combinée à des raideurs du genou. (Voir ci-après) :	
GENOU	
L'amplitude en degrés des mouvements de flexion et d'extension du genou s'effectue :	
Pour la flexion	
Depuis 180° (extension complète) jusqu'à 30° environ (flexion complète).	
Pour l'extension	
Depuis 30° environ (flexion complète) jusqu'à 180° (extension complète).	
— Raideurs articulaires	5 à 30
Ankyloses complètes	
La position d'ankylose du genou est dite en extension de 180° à 135°. Elle est dite en flexion de 135° jusqu'à 30°.	
Position favorable	
— En extension complète à 180° ou presque complète jusqu'à 135°	35 à 60

Désignation des infirmités	*Pourcentage d'Invalidité*
	P 100
Position défavorable	
— En flexion, c'est-à-dire à partir de 135° jusqu'à 30°	60 à 65
Hydarthrose	
— Hydarthrose chronique à poussées récidivantes, avec amyotrophie marquée	10 à 30
— Hydarthrose chronique double volumineuse avec amyotrophie bilatérale	30 à 40
FRACTURES	
— De l'extrémité inférieure du fémur	
— De l'extrémité supérieure du tibia	
— Combinées.	
(Voir : raideurs articulaires, Ankyloses)	
Cals vicieux	
— Déterminant après ankylose en extension le genou valgum, où la jambe s'incline en dehors	50 à 65
— Déterminant après ankylose en extension le genou varum, où la jambe s'incline en dedans	50 à 65
Pseudarthrose	
Consécutive à une résection du genou :	
— Si le raccourcissement ne dépasse pas 6 centimètres et si le genou n'est pas ballant	50
— Genou ballant	65
— Désarticulation	90
CUISSE	
— Extrémité inférieure du fémur. (Voir Genou).	
Diaphyse	
— Raccourcissement de 1 à 4 centimètres, sans lésions articulaires ni atrophie musculaire	10 à 20
— Raccourcissement de 3 à 6 centimètres, avec atrophie musculaire moyenne, sans raideurs articulaires	20 à 40
— Raccourcissement de 3 à 6 centimètres, avec raideurs articulaires accusées	20 à 40
— Raccourcissement de 6 à 9 centimètres, avec atrophie musculaire moyenne, raideurs articulaires	30 à 50
— Raccourcissement de 6 à 12 centimètres, avec atrophie musculaire moyenne, raideurs articulaires	30 à 50
— Raccourcissement de 6 à 12 centimètres, avec déviation angulaire externe, atrophie musculaire très accusée et la flexion du genou ne dépassant pas 135°	60
— Tiers supérieur, région trochantérienne et col ; raccourcissement de plus de 10 centimètres, déviation angulaire externe, raideurs de la hanche	60 à 70
Cal vicieux	
— Consolidation en crosse une fracture sous-trochantérienne et accompagnée de grand raccourcissement et de douleurs	70
Pseudarthrose	
— Curabilité opératoire, sinon	65
Amputation	
— Sous-trochantérienne	95
— A un niveau inférieur	90

Désignation des infirmités	*Pourcentage d'Invalidité*
	P 100
HANCHES	
— Raideurs articulaires	15 à 30
Ankylose complète	
— En rectitude	75
— En mauvaise attitude (flexion, adduction, abduction, rotation)	85
— Des deux hanches	100
Pseudarthrose	
— Consécutive à de grandes pertes de substance osseuse	70
— Désarticulation	95
Amputations	
— D'un membre supérieur et d'un membre inférieur quelle que soit leur combinaison	100
— Amputation des deux membres inférieurs	100
ARTHRITES	
Arthrites chroniques consécutives soit à des plaies articulaires avec ou sans lésions osseuses, soit à des accidents rhumatismaux, infectieux ou tuberculeux. (Voir régions intéressées, raideurs articulaires, ankyloses, ampufations.)	
LUXATIONS	
Raideurs articulaires consécutives par arthrite, périarthrite, ostéome, atrophie musculaire, irréduction ou irréductibilité. (Voir Régions intéressées, raideurs articulaires, ankyloses, amyotrophie.)	
VAISSEAUX	
Anévrisme, curabilité opératoire, sinon évaluation de l'invalidité suivant la gêne fonctionnelle.	
Artérielles : d'origine traumatique, chirurgicale ou infectieuse.	
— Atrophie du membre sousjacent compliquée de raideurs articulaires	10 à 40
— Lors des liaisons nerveuses simultatées (Voir Nerfs).	
— Lors de sphacèle périphérique du membre (Voir amputation).	
Veineuses	
— Lors d'œdème chronique, dûment vérifié	20 à 30
— Oblitération bilatérale et œdème chronique aux deux membres inférieurs gênant la marche et la station debout	20 à 50
VARICES	
Les varices par elles-mêmes ne donnent pas lieu à une évaluation d'invalidité.	
Complication de varices	
Curabilité opératoire, sinon :	
— Ulcère variqueux, étendu ou récidivant	20 à 30
— Brides circonférentielles consécutives à la cicatrisation de certains ulcères circonférentiels ou presque avec œdème chronique sous-jacente (Voir oblitérations veineuses et troubles trophiques.)	
— Phlébites chroniques (Voir oblitérations veineuses).	

NEURO-PSYCHIATRIE

NERFS PÉRIPHÉRIQUES

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 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, rétractations 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 la commission de Réforme d'évaluer.

Désignation des infirmités	*Pourcentage d'Invalidité*	
	Côté D	*Côté G*
	P 100	P 100
A. — MEMBRE SUPÉRIEUR		
— Paralysie totale d'un membre supérieur .	90	90
— Paralysie radiculaire, supérieure Duchenne-Erb comprenant deltoïde, biceps, brachial antérieur, coraco-branchial, long supinateur	55	45
— Paralysie radiculaire supérieure (type Klumpke) comprenant les muscles fléchisseurs des doigts ainsi que les petits muscles de la main	60	50
— Paralysie isolée du nerf sous-scapulaire (muscle grand dentelé)	15	10
— Paralysie du nerf circonflexe	25	20
— Paralysie du nerf musculo-cutané (biceps), cette paralysie permet cependant la flexion de l'avant-bras sur le bras par le long supinateur	20	15
Paralysie du nerf médian		
— Au bras (paralysie des muscles antibrachiaux)	50	40
— Au poignet (paralysie de l'éminence thénar, anesthésie)	20	10
Paralysie du nerf cubital		
— Au bras (muscles antibrachiaux et muscles de la main)	30	20
— Au poignet (muscles de la main, interosseux), l'impotence est sensiblement la même quel que soit le siège de la blessure	30	20
Paralysie du nerf radial		
— Lésion au-dessus de la branche du triceps	55	45
— Lésion au-dessus de la branche du triceps (paralysie classique des extenseurs)	40	30
— Paralysie associée du médian et du cubital	50	50
— Syndrome de paralysie du sympathique cervical (Claude Bernard-Horner), myosie enoptalmie, rétrécissement de la fente palpébrale, majoration de	5 à 10	
— Syndrome d'excitation du sympathique cervical (Pourfour-du-Petit), mydriase exophtalmie, majoration de	5 à 10	
— Ulcérations persistantes, troubles trophiques cutanés, majoration de	5 à 20	
— Réaction névritique (douleurs, raideurs, rétractions fibreuses, troubles trophiques, etc.), majoration de	10 à 40	
— Réaction causalgique, majoration de	20 à 60	

Désignation des infirmités	*Pourcentage d'Invalidité*	
	Côté D	*Côté G*
	P 100	P. 100
B. — MEMBRE INFÉRIEUR		
— Paralysie totale d'un membre inférieur ..	90	
— Paralysie complète du nerf sciatique	40	
— Paralysie du nerf sciatique poplité externe	30	
— Paralysie du nerf sciatique poplité interne	20	
— Paralysie du nerf crural	50	
— Paralysie du nerf obturateur	10 à 20	
— Ulcérations persistantes, troubles trophiques cutanés, majoration de	5 à 20	
— Réactions névritiques, majoration de	10 à 40	
— Réaction causalgique, majoration de	20 à 60	
Névrites périphériques		
— 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.)		
— Séquelles névrétiques, pied varus équin avec griffe fibreuse des orteils	30 à 50	

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, radiculités, myélites ou méningo-myélites, etc.).

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

b) La plupart des névralgies essentielles, c'est-à-dire traduisant une irritation primitive des troncs nerveux par quelques processus irritatif, toxique ou infectieux, sont des syndromes habituellement curables. On ne peut les considérer comme définitives qu'après plusieurs années ;

c) 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 anormales, etc ;

d) L'invalidité, momentanée ou persistante, 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 malade et selon même les périodes de la maladie.

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

Névralgie 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 :

Désignation des infirmités	*Pourcentage d'Invalidité* P 100
— Névralgie sciatique légère, confirmée (en dehors du signe de Lasègue et des points douloureux) par l'existence de signes objectifs, modifications du reflexe achilléen, atrophie musculaire, scolioses, etc., mais sans troubles graves de la marche .	10 à 20
— Névralgie sciatique, d'intensité moyenne, avec signes objectifs manifestes, gêne considérable de la marche et du travail .	25 à 40
— Névralgie sciatique grave, rendant le travail et la marche impossibles nécessitant souvent lè séjour au lit	45 à 60
— Névralgie sciatique compliquée de réaction causalgique plus ou moins intense ou de retentissement sur l'état général	40 à 80
COLONNE VERTÉBRALE	
Lésions traumatiques	
Le rachis peut être atteint de lésions traumatiques patentes ou latentes.	
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 des simples déformations peu importantes, soit des douleurs névralgiques (origine généralement radiculaire) ou des immobilisations, soit enfin une compression de la moelle ou de la queue de cheval.	
— Entorses, fractures, luxations (d'après le siège, déformations, gêne des mouvements) compte non tenu des lésions nerveuses	10 à 40
— Fractures 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 (évaluée avec les blessures de la moelle).	
Hémiplégie spinale (souvent légère) :	
— Hémiplégie vraie (membre supérieur souvent plus atteint que l'inférieur), évaluée avec les blessures de la moelle (suivant côté et intensité).	
— Monoplogie d'un membre inférieur (Voir encéphole).	
Lésions non traumatiques	
Des lésions non traumatiques peuvent être justiciables d'une indemnisation à la suite soit des fatigues du service soit des traumatismes reçus qui auront pu jouer le simple rôle d'épine irritative ou créer un siège ou localisation précis ; il en est ainsi pour les maladies ankylosantes (rhumatisme, spondyloses), les localisations ostéomyélitiques au rachis.	
— Attitude vicieuse après affection longuement douloureuse (sciatique, etc.), suivant la persistance ou non des douleurs	5 à 15

Désignation des infirmités	*Pourcentage d'Invalidité* P 100
Rhumatisme vertébral	
— Immobilisation douloureuse de la région lombaire (Lombarthrie), selon le degré d'immobilisation et de douleurs	5 à 25
— Immobilisation douloureuse de la région cervicale	5 à 25
— Avec douleurs à forme névralgique irradiées le long des membres supérieurs ou inférieurs à forme de névrite brachiale ou crurale	20 à 40
Spondylose rhizomélique (immobilisation du rachis, des hanches et des épaules) :	
— L'immobilisation est limitée à la région lombaire, elle est modérément douloureuse, la mobilité des hanches n'est pas très réduite	20 à 30
— 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
— Séquelles d'ostéo-arthrite vertébrale infectieuse (suivant déviation, immobilisation ou douleurs)	15 à 35
Anomalies vertébrales	
Les anomalies vertébrales (anomalies d'occlusion du rachis : spina bifida ; vices de différenciation régionale : sacralisation, lombalisation, côtes cervicales ; syndrome de réduction numérique ; spondylolisthésis) ne donnent lieu à indemnisation que s'il est survenu une complication cliniquement incontestable, qui sera évaluée conformément aux indications du barème qui la concernent.	
— Spondylolisthésis modifié par traumatisme	5 à 15
MOELLE	
Paraplégies médullaires	
Paralysie des deux membres symétriques, soit supérieurs (paraplégie brachiale ou supérieure), soit inférieurs (paraplégie crurale ou inférieure), soit des quatre membres quadriplégie). La paraplégie crurale étant de beaucoup la plus fréquente, le terme paraplégie sans adjonction s'entend alors pour désigner la paraplégie des membres inférieurs.	
Ces diverses paraplégies peuvent être flasques ou spasmodiques, plus ou moins complètes, plus ou moins totales accompagnées ou non de troubles sensitifs trophiques, sphinctériens, génitaux.	
— Paraplégie incomplète	10 à 80
— Paraplégie complète	100
Dans l'appréciation des paraplégies des membres supérieurs, beaucoup plus rares que celles des membres inférieurs, les évaluations devront être faites suivant l'échelle précédente, mais en tenant compte ici de l'importance motrice plus ou moins grande, concernant les mouvements nécessaires aux soins corporels et à l'alimentation en particulier.	

Désignation des infirmités	*Pourcentage d'Invalidité*
	P 100
Quadriplégie	
Dans les cas exceptionnels de quadriplégie, on peut établir la distinction suivante :	
— Quadriplégie incomplète permettant la marche avec ou sans appuis, laissant une utilisation relative des membres supérieurs pour l'entretien corporel	60 à 90
— Quadriplégie nécessitant le confinement au lit	100
Syndromes de Brown-Sequard	
— Paraplégie partielle unilatérale avec anesthésie du membre symptrique non paralysé. Doit être évaluée suivant la gêne fonctionnelle du membre paralysé .	15 à 50
Hémiplégie médullaire	
Hémiplégie spinale incomplète permettant la marche, suivant le degré d'atteinte du membre supérieur :	
— Côté droit	10 à 80
— Côté gauche	10 à 75
— 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
Atrophies musculaires médullaires	
Les atrophies musculaires de cet ordre à indemniser peuvent être :	
— Soit résiduelles et fixes ;	
— Soit évolutives et progressives :	
— Soit exceptionnellement régressives.	

	Côté D	*Côté G*
Membres supérieurs	P 100	P 100
— 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 des mains 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 40
— 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 deux membres	100	
Membres inférieurs		
— Atrophie des muscles du pied	5 à 15	
— Atrophie des muscles de la jambe (région antéro-externe)	10 à 20	

Désignation des infirmités	*Pourcentage d'Invalidité*
	P 100
— 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.	
Trouble de la sensibilité d'origine médullaire	
Les troubles subjectifs de la sensibilité (douleurs, paresthénies, etc.) peuvent exceptionnellement se montrer sans autres symptômes, surtout dans les lésions des racines rachidiennes. Ils doivent donner lieu, dans ces cas, à une 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
Troubles sphinctériens et génitaux	
Rétention et incontinence d'urine (voir appareil génito-urinaire).	
Rétention fécale	
— Pouvant se corriger par les moyens habituels d'évacuation rectale	3 à 5
— Rétention rebelle entraînant des symptômes de coprostase	10 à 30
Incontinence fécale	
— Incomplète ou intermittente et rare	10 à 25
— 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

Désignation des infirmités	*Pourcentage d'Invalidité* P 100
Syringomyélie	
Elle peut parfois apparaître après traumatisme ou avoir pour point de départ une hématomyélie.	
La syringomyélie pouvant se présenter sous des formes d'intensité et de gravité différentes pourra être évaluée suivant l'échelle suivante :	
— Formes frustes ou très lentes avec troubles fonctionnels modérés	20 à 40
— Formes plus progressives à amyotrophie limitée avec phénomènes spasmodiques gênants	40 à 60
— Formes amyotrophiques graves avec troubles trophiques accentués ou troubles bulbaires	60 à 100
(Ces chiffres s'entendent tous symptômes et complications compris.)	
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 oculaire.	
Ptosis unilatérial (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 suborbitaire, 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	
Syndrome de 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 partielle du type périphérique qui peut être considérée comme définitive après un délai évolutif de deux ans.)	
— Paralysie bilatérale toutale suivant l'intensité et l'état des réactions électriques	20 à 50
Syndrome d'excitation	
— Contracture postparalytique suivant la défiguration	0 à 10
Spasme (hémispasme facial dit essentiel) ou postparalytique.	
— Crises rares	0 à 10
— Etat spasmodique avec crises répétées ..	10 à 20

Désignation des infirmités	*Pourcentage d'Invalidité* P 100
Nerf auditif	
Surdité unilatérale ou bilatérale, bourdonnements, bruits divers, association de vertiges.	
(Voir barème spécial « Oreille ».)	
Nerf glosso-pharyngien	
— Paralysie bilatérale exceptionnelle (évaluation suivant le degré des troubles fonctionnels observés)	5 à 10
Nerf spinal externe	
— Atropie du trapèze et du sterno-cloïdo-mastoïdien, chute de l'épaule, déviation en dehors du bord spinal du scapulum, faiblesse de la main homologue ; en général, réadaptation suffisante dans le délai d'un à deux ans, à cause de l'innervation double des muscle trapèze et sterno-cloïdo-mastoïdien par le plexus cervical profond	5 à 25
Nerf hypoglosse	
— Hémiatrophie et réaction de dégénérescence unilatérale	10
Bilatériale (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 pneumogastrique, avec association ou non du spinal externe, sont le plus souvent, à cause de leur proximité de cheminement, de leur voisinage troncalaire, intéressés globalement, syndrome paralytique des quatre derniers nerfs crâniens, syndrome du trou déchiré postérieur, syndrome du carrefour condylo (déchiré postérieur), suivant le degré des troubles fonctionnels et suivant défiguration	10 à 60
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 de 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 phénomène douloureux sans brèche osseuse complète	0 à 15
— Scalp ou brûlure du cuir chevelu avec cicatrices douloureuses, selon l'étendue ..	5 à 20
— Perte de cheveux (si gêne le travail) ..	4 à 6
— Enfoncement de la table externe des os du crâne	0 à 10
— Brèche osseuse depuis 1 cm. q. jusqu'à 4 cm. q.	20 à 30
— Brèche osseuse avec battements duremériens et impulsions à la toux jusqu'à 12 cm. q.	20 à 50
— Brèche osseuse supérieure à 12 cm. q. sans troubles subjectifs	50 à 70

Désignation des infirmités	*Pourcentage d'Invalidité*
	P 100
— Syndrome subjectif commun des blessures du crâne (céphalée, éblouissements, vertiges), troubles de l'humeur et du caractère, émotivité, angoisse, fatigabilité, insomnie, diminutions 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, épreuve de Nabinsky) et par l'examen auriculaire de l'œil ; ajouter aux évaluations précédentes les évaluations données pour l'oreille ou l'œil dans le barème.	
En cas de double perte de substance osseuse, chaque perte de substance sera appréciée suivant ses dimensions.	
Dans le cas de persistance de corps étranger intracrânien :	
— S'il n'y a aucun phénomène surajouté, suivant le nombre, volume, localisation des corps étrangers	20 à 60
— S'il y a des troubles fonctionnels, les apprécier suivant la valeur de chacun (voir hémiplégie, aphasie, etc.).	
Conséquences isolées de certaines commotions	
— Syndrome subjectif, céphalées et étourdissements	5 à 10
— Commotion auriculaire, syndrome de Ménière postcommotionnel, etc. (à évaluer avec le chapitre « Oreille »).	
Epilepsie généralisée ou jacksonnienne :	
— Provoquée par la commotion (peut être retardée). Voir « Epilepsie ».	
— A évaluer suivant le nombre de crises (voir « Epilepsie »).	
— Réveillée ou augmentée par la commotion (voir « Epilepsie »).	
— Commotion cérébro-spinale prolongée (syndrome complet).	
— Inertie, braducardie, 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 »).	
MÉNINGITES	
Méningites — Etats méningés	
Pour l'indemnisation des reliquats de ces affections, se reporter aux divers chapitres du barème.	
ENCÉPHALE	
Caractérisée non seulement par les troubles de la motilité, mais par le signe du poussier, l'expension des orteils, la flexion combinée de la cuisse et du tronc, les troubles des réflexes tendineux, etc.	

Désignation des infirmités	*Pourcentage d'Invalidité*
	P 100
Hémiplégie complète	
— Flasque : incapacité temporaire. Si persiste au-delà de six mois	100
— Avec contracture :	
— Côté droit	70 à 80
— Côté gauche	50 à 70
— Avec troubles sphinctériques	80 à 100
— Avec aphasie	100
Membre inférieur	
— Côté droit	10 à 60
— Côté gauche	10 à 50
Monoplégie organique	
Totale et complète est exceptionnelle ; le plus souvent associée à des signes d'hémiplégie.	
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
Membre inférieur :	
La marche est possible le plus souvent :	
— Monoplégie incomplète par lésion de l'écorce cérébrale	10 à 30
Paraplégie organique d'origine cérébrale	
Dans la très grande majorité des cas, est incomplète.	
Pour l'évaluation, voir plus haut les « Paraplégies médullaires ».	
Aphasie (complète et exceptionnelle) :	
— Avec difficulté d'élocution, sans altération considérable du langage intérieur ..	10 à 30
— Aphasie sensorielle avec altération du langage intérieur	60 à 100
— Avec impossibilité de correspondance 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.	
Diplégie générale	
— Marche impossible	100
— Marche possible, suivant le degré d'atteinte des membres inférieurs	30 à 90
Syndrome cérébelleux	
Caractérisé par les troubles de l'équilibre statique (vertiges, catatonie, etc.) et de l'équilibre cinétique (démarche titubante, synergie, hypermétrie, adiadococinésie, etc.) :	
— Unilatéral (comparer au degré d'hémiplégie correspondant) :	
— Côté droit	10 à 80
— Côté gauche	10 à 75
— Bilatéral (comparer au degré de diplégie correspondant)	30 à 100

Désignation des infirmités	*d'Invalidité Pourcentage* P 100
Syndrome parkinsonien	
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
EPILEPSIES	
Epilepsies non jacksoniennes Crises convulsives	
— Epilepsie traumatique, suivant le degré de gravité ou de fréquence des crises dûment vérifiées	30 à 100
— Accès rares	20 à 60
Equivalences épileptiques Epilepsies non convulsives	
Les manifestations de cette sorte d'épilepsie doivent pratiquement être limitées aux trois espèces suivantes :	
Absence, accès vertigineux et épilepsie procursive. Leur taux sera estimé de la façon suivante :	
— Accès vertigineux ou accès procursifs survenant une à trois fois l'an	0 à 10
— Accès vertigineux ou procursifs se produisant une fois par mois	10 à 20
— Accès vertigineux ou procursifs survenant en moyenne une fois par semaine	20 à 30
— Accès vertigineux ou procursifs survenant en moyenne trois fois par semaine	40 à 50
— Accès vertigineux ou procursifs survenant de façon très fréquente, avec des manifestations graves	40 à 80
Epilepsies jacksoniennes	
— Crises limitées à quelques groupes musculaires en très petit nombre, soit de la face, soit d'un membre, et se répétant jusqu'à dix, douze fois par an	0 à 10
— Crises limitées comme précédemment et se répétant en moyenne jusqu'à une fois par semaine	10 à 20
— Crises limitées comme précédemment et se répétant en moyenne plusieurs fois par semaine	20 à 30
— Crises occupant des groupes assez étendus et se répétant jusqu'à dix ou douze fois par an	10 à 20
— Crises analogues se répétant en moyenne jusqu'à une fois par semaine	20 à 30
— Crises analogues se répétant en moyenne plusieurs fois par semaine	20 à 40
Crises généralisées, leur taux est le même que celui des crises d'épilepsies essentielles.	
Système sympathique	
Troubles sympathiques qu'il appartiendra à l'expert de déterminer et d'évaluer.	
Nerfs périphériques.	
L'incapacité est augmentée par l'adjonction de troubles sympathiques, causalgie, sympathalgie, troubles vaso-moteurs, sécrétoires, trophiques, réflexes, troubles physiopathiques, sympathogénétiques.	

Désignation des infirmit.	*Pourcentage d'Invalidité* P 100
NÉVROSES	
Etats neuro-psychasténiques	
Comprenant tous les syndromes à base d'épuisement physique ou psychique et d'hyperémotivité anxieuse :	
— 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
Cas à prédominance clinique d'hyperémotivité anxieuse :	
— Symptômes anxieux provoqués par un gros accident (explosions, électrocutions, etc.), suivant l'intensité des symptômes considérés en eux-mêmes	10 à 50
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.	
Syndromes moteurs fonctionnels	
— Sans base organique décelable	0 à 20
MALADIES MENTALES	
Démences	
Dans le 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

Désignation des infirmités	*Pourcentage d'Invalidité*
	P 100
FACE	
Vastes mutilations	
— Perte des deux maxillaires supérieurs avec perte de l'arcade dentaire, de la voûte palatine et du squelette nasal ..	90 à 100
— Perte du maxillaire inférieur dans la totalité de sa portion dentaire	90 à 100
— Perte d'un maxillaire supérieur avec communication bucco-nasale et perte de la totalité de l'arc mandibulaire	100
— Perte d'un seul maxillaire supérieur avec conservation de l'autre et conservation de l'arc mandibulaire	50 à 60
— Perte d'un maxillaire supérieur avec communication bucco-nasale et perte de substance plus ou moins étendue de l'arc mandibulaire	70 à 90
Mutilations limitées	
Pour évaluer l'incapacité fonctionnelle déterminée par une mutilation des maxillaires, il faut tenir compte de trois éléments :	
— Le nombre de dents conservées et utilisables ;	
— La possibilité ou l'impossibilité d'une prothèse susceptible de rétablir un coefficient de mastication suffisant (1), cet élément étant déterminé par l'état de consolidation (pseudarthrose) et par l'état de l'articulé dentaire ;	
— 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 ;	
— Les taux ci-dessous devront s'ajouter à l'incapacité déterminée par la perte des dents évaluées séparément, quand celle-ci entraîne par elle-même une aggravation fonctionnelle.	
A. — MAXILLAIRE SUPÉRIEUR	
Consolidation vicieuse	
— Grande mobilité de la totalité du maxillaire supérieur (disjonction crânio-faciale) mastication impossible (y compris le déficit dentaire)	60 à 80
— 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
— Troubles sérieux de l'articulé dentaire (faux prognathisme) peu compatible ou incompatible avec une prothèse (y compris le déficit dentaire)	15 à 30
— Consolidation vicieuse entraînant un trouble léger de l'articulé dentaire ou compatible auvec une prothèse (y compris le déficit dentaire)	5 à 15

(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.

Désignation des infirmités	*Pourcentage d'Invalidité*
	P 100
Perte de substance	
— Perte de substance de la voûte palatine respectant l'arcade dentaire et permettant une prothèse	10 à 20
— 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
— Perte de substance partielle de l'arcade dentaire ne permettant pas une prothèse fonctionnellement bonne (majorant le déficit dentaire)	15 à 20
— Perte de substance partielle de l'arcade dentaire permettant une prothèse fonctionnellement bonne (majorant le déficit dentaire)	0 à 5
B. — MAXILLAIRE INFÉRIEUR	
Consolidation vicieuse	
— Consolidation vicieuse avec trouble grave de l'articulé dentaire, ne permettant pas la pose d'une prothèse (majorant le déficit dentaire)	15 à 20
— Consolidation vicieuse entraînant un trouble léger de l'articulé dentaire ou compatible avec une prothèse (majorant le déficit dentaire)	5 à 10
Perte de substance et pseudarthrose	
— 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
— Pseudarthrose plus serrée, suivant la possibilité de mastication ou de prothèse et suivant son siège d'après le détail ci-dessous (majorant le déficit dentaire) ..	0 à 25
— Pseudarthrose serrée de la branche ascendante : 0 à 5 % ;	
— Pseudarthrose lâche de la branche ascendante : 10 à 15 % ;	
— Pseudarthrose serrée de la branche horizontale : 5 à 10 % ;	
— Pseudarthrose lâche de la branche horizontale : 15 à 25 % ;	
— Pseudarthrose serrée de la région symphysaire : 10 à 15 %.	
— Pseudarthrose lâche de la région symphysaire : 10 à 25 %.	
— Perte de substance 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.	

Désignation des infirmités	*Pourcentage d'Invalidité* P 100
Articulation temporo-maxillaire	
— Ankylose osseuse permettant à peine le passage des liquides	80 à 90
— Luxation irréductible (suivant l'engrenement dentaire dans l'occlusion maxima, s'il reste des mouvements possibles)	10 à 50
— Luxation récidivante suivant la fréquence et la gravité des récidives et suivant la gêne fonctionnelle (affection exceptionnelle)	5 à 20
Constriction des mâchoires	
— Ecartement intermaxillaire inférieur à 10 millimètres, suivant les causes de la constriction (lésions musculaires, brides cicatricielles, etc.)	20 à 80
— Ecartement interdentaire de 10 à 30 millimètres	5 à 20
— 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
LANGUE	
— Amputation partielle de la langue avec 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 »).	
DENTS	
Dans les cas complexes, à l'incapacité déterminée par la perte des dents s'ajoute l'incapacité déterminée par les troubles anatomiques (pseudarthrose, consolidation en mauvais articulé, constriction permanente des mâchoires, etc.) qui rendent la prothèse difficile ou impossible.	
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.	
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 restitution *ad integrum* mais améliorant de façon appréciable l'état fonctionnel.	

Désignation des infirmités	*Pourcentage d'Invalidité* P 100
NEZ	
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 pas 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.	
Sténose unilatérale	
— Simple diminution du calibre de la narine ou de la fosse nasale	0 à 3
— Formation de croûtes, rhino-pharyngite	3 à 6
— Sténose totale avec catarrhe tubo-tympanique, obscurité des sinus correspondants (sans sinusite suppurée, etc.)	6 à 10
Sténose bilatérale	
— Diminution de la perméabilité ne dépassant pas le tiers de la perméabilité physiologique	5 à 8
— Diminution plus accentuée avec croûte, rhino-pharyngite, etc.	8 à 12
— Sténose serrée avec respiration exclusivement buccale et troubles à distance	12 à 20
Perforation de la cloison nasale	
N'entraîne pas en général d'incapacité permanente.	
Troubles olfactifs	
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
SINUSITE	
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.	
Les sinusites traumatiques subissent un facteur particulier de gravité et de résistance au traitement, du fait des lésions osseuses qui les compliquent dans certains cas (fistules, bourgeonnements, etc.).	
Sinusites maxillaires	
Les résultats thérapeutiques sont généralement favorables :	
— Sinusite maxillaire unilatérale	5 à 10
— Sinusite maxillaire bilatérale	10 à 15
— Sinusite maxillaire avec fistule endobuccale ou extérieure (résultat thérapeutique aléatoire) majoration de	5 à 10
Sinusites fronto-ethmoïdales	
Les résultats thérapeutiques sont infidèles, les récidives fréquentes, les complications endocrâniennes sont à craindre :	
— Sinusite fronto-ethmoïdale unilatérale	10 à 20
— Sinusite fronto-ethmoïdale bilatérale	20 à 30
— Sinusite fronto-ethmoïdale avec fistule, majoration de	5 à 10

Désignation des infirmités	*Pourcentage d'Invalidité*
	P 100
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 :	
— Sinusite sphénoïdale unilatérale	10 à 20
— Sinusite sphénoïdale bilatérale	20 à 30
Cranio-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
Rhinites croûteuses post-traumatiques	
Se rencontrent après des pertes de substances endonasales étendues et s'accompagnent de troubles respiratoires purement fonctionnels.	
Ne doivent pas être confondues avec un ozène préexistant ou une syphilis nasale :	
— Rhinite croûteuse post-traumatique unilatérale	5 à 10
— Rhinite croûteuse post-traumatique bilatérale	10 à 20
LARYNX	
Les lésions traumatiques du larynx déterminent des troubles d'origine cicatricielle ou paralytique. Pour l'évaluation de l'incapacité qu'entraîne ces troubles, il sera tenu compte :	
— De la mobilité des cordes vocales ;	
— Du calibre de la glotte, de la sous-glotte et du vestibule laryngé dans l'inspiration maxima et dans la phonation ;	
— 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 laryngée sont de deux ordres vocaux (dysphonie, aphonie) et respiratoires (dyspnée).	
Les troubles vocaux et respiratoires peuvent être associés.	
Troubles vocaux	
Paralysie récurrentielle unilatérale, arthrite, criccaryténoïdienne, cicatrice endolaryngée :	
— Dysphonie seule	5 à 15
— Aphonie sans dyspnée	10 à 30
Troubles respiratoires	
Paralysie récurrentielle bilatérale exceptionnellement, surtout cicatrices étendues et sténosantes :	
— Dyspnée n'apparaissant qu'au moment d'un effort violent ou prolongé	20 à 40
— Dyspnée permanente	60 à 80
— Laryngostomie ou trachéotomie	100

Désignation des infirmités	*Pourcentage d'Invalidité*
	P 100
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 cicatriciels (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
ŒSOPHAGE	
L'œsophage n'est qu'exceptionnellement intéressé par un traumatisme extérieur.	
On rencontre des cas de sténose cicatricielle consécutive à l'ingestion d'un liquide caustique. Ces sténoses devront être vérifiées par radiographie et au besoin par œsophagoscopie.	
L'évaluation tiendra compte du degré de la sténose ayant éventuellement imposé une gastrostomie et son retentissement sur l'état général.	
Plusieurs examens successifs et assez espacés pourront être utiles pour apprécier les effets du traitement par dilatation et l'accommodation souvent considérable à la gastrostomie :	
— Sténose moyenne sans grastrostomie, permettant l'alimentation liquide ou semi-liquide et améliorable par dilatation ; suivant état général	30 à 60
— Sténose plus serrée, après échec de la dilatation ou avec gastrostomie définitive ; suivant état général	60 à 100

Oreille

L'expertise en otologie peut avoir pour objet des troubles auditifs, c'est-à-dire de la surdité et des bourdonnements, des vertiges et troubles de l'équilibre, une otite suppurée, une paralysie faciale, une mutilation ou cicatrice vicieuse de l'oreille externe, ces trois dernières lésions représentent 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-bourdonnement, constituée par le groupement des deux symptômes d'une même lésion affectant une seule et même fonction, échappera à cette règle.

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.

Toutefois, pour l'application du présent barème, la surdité ne devient un facteur d'incapacité qu'à partir du degré où elle réduit la faculté de la vie de relation de l'agent nécessaire au bon exercice de son emploi.

Exagération — Psychose post traumatique — Pithiatisme

La simulation, vraie, consciente, persévérante de la surdité est exceptionnelle.

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, la commission de Réforme 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 physique dû à l'accident (hystérotraumatisme), est extrêmement rare et assez facile à dépister. Elle est curable spontanément et 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'accumétrie 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 isozonaux, les uns en tonalité aiguë, les autres en tonalité grave, et des mots hétérozonaux composés d'un phénomène 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 phénomènes : pour deux sujets paraissant présenter une hypoacousie de même degré, l'indistinction peut commencer à apparaître avec une rapidité de diction différente.

A la notation de perception de la voix, il est d'usage de joindre celle de la perception de la montre : acoumètre expérimental simple, qu'on a toujours sous la main, donnant des 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-là même de sa sincérité. En cas de doute, on fera appel aux « épreuves de contrôle » proprement dites. Nous n'avons pas à les décrire ici : elles varient suivant le genre de surdité accusée par l'expertise (unilatérale, complète ou incomplète). Signalons que les épreuves dites « surprises » 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 :

Un assez grand nombre de sourds de la transmission bénéficient, dans les conditions mêmes de leur travail (salles de mécanographie ou de dactylographie, par exemple) du phénomène de la « paracousie de Willis » phénomène étranger aux surdités de perception. Cette notation peut donc intervenir, mais seulement dans une faible mesure, dans l'estimation du pourcentage ;

La constatation d'une surdité de perception appuie éventuellement les dires d'un blessé du crâne lorsqu'il se plaint d'autres phénomènes postcommotionnels (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 otophatie 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 otophaties constitutionnelles et pour les otorrhées préexistantes dont certains traumatismes peuvent provoquer le réchauffement ou la récidive.

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 :

— Surdité par fracture du rocher intéressant le labyrinthe : unilatérale, complète, définitive ;

— Surdité par rupture du tympan et des lésions de la caisse avec ou sans otorrhée : généralement unilatérale, de degré moyen ou léger, définitive, souvent associée à une surdité commotionnelle ;

— Surdité par commotion : souvent bilatérale, de degré très variable. Regresse dans 90 % des cas environ ; dans 10 % elle persiste et même évolue vers l'aggravation, évolution à prévoir quand le vestibule est hypoexcitable.

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'agent dans l'exercice de sa fonction quelle qu'elle soit. Eu égard à cette notion générale, on peut dresser une échelle de gravité à trois degrés :

— *Surdité légère.* — Un sujet dont l'acuité auditive est amoindrie mais qui perçoit encore la V.H. à cinq ou six mètres et la V.C. à un mètre environ, peut se mêler sans gêne notable à une conversation générale. C'est donc approximativement au-dessous de ce jalon acoumétrique que commence la surdité légère.

— *Surdité moyenne.* — Dès qu'un sourd ne peut plus converser qu'en tête à tête, sa capacité 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. à dix 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.

— *Surdité forte et surdité totale.* — Un agent qui ne peut plus entendre que les mots ou les phrases prononcées à voix haute, forte, au voisinage du pavillon, est un grand sourd ; des vertiges auditifs ne peuvent guère servir en pratique à la vie de relations ; 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 chaque oreille.

TABLEAU D'EVALUATION DES DIVERS DEGRES DE SURDITE

Nota bene. — En cas d'association de la surdité avec d'autres éléments d'incapacité, les pourcentages ci-dessous seront appliqués conformément au calcul des « incapacités multiples ». Seule l'association surdité-bourdonnements doit être calculée par addition des deux pourcentages.

Oreille sourde ou la plus sourde						
		V.H. 4 à 5 m	V.H. 2 à 4 m	V.H. 1 à 2 m	V.H. 0,25 à 1 m	V.H. au pavillon ou non perçue. Surdité pratiquement totale
		V.C. 0,50 à 0,80	V.C. 0,25 à 0,50	V.C. 0,05 à 0,25	V.C. au pavillon ou non perçue	V.C. non perçue
V.H. normale	V.C. normale	0 %	3 %	8 %	12 %	15 %
V.H. 4 à 5 m	V.C. 0,50 à 0,80	5 %	10 %	15 %	20 %	25 %
V.H. 2 à 4 m	V.C. 0,25 à 0,50	10 %	15 %	25 %	30 %	35 %
V.H. 1 à 2 m	V.C. 0,05 à 0,25	15 %	25 %	35 %	40 %	45 %
V.H. 0,25 à 1 m	V.C. au pavillon ou non perçue	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %
V.H. au pavillon ou non perçue. Surdité pratiquement totale	V.C. non perçue	25 %	35 %	45 %	60 %	70 %

Remarque relative aux emplois utilisant spécialement la fonction auditive

Tel sujet ne présentant qu'une faible hypoacousie pour la voix, peut avoir perdu la perception des sons graves ou des sons aigus ou plus rarement la perception de certains sons intermédiaires (trous auditifs) : l'exercice de son emploi peut en souffrir ; à noter que certains hypoacousie même légers « entendent faux » on insistera donc 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.

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.)

Vertiges et troubles de l'équilibre

On admet généralement que le vertige traduit 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'expertises otologiques. Ils constituent un des éléments les plus fréquents et les plus importants du « syndrome postcommotionnel ». Ils s'y rencontrent assez souvent indépendamment de tout trouble auditif. Par contre, il est assez rare de l'observer en dehors de tout autre trouble de commotion nerveuse (céphalée, troubles de mémoire, fatigabilité, etc.).

La commission de Réforme devra donc appeler un otologiste et éventuellement un neurologiste pour expertiser la plupart des accidentés souffrant de troubles postcommotionnels. Lorsque les éléments de syndrome autres que le vertige sont peu accusés, l'otologiste peut généralement s'acquitter seul de la mission d'expertise. En cas contraire, il est fait appel également à 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 :

— Dans la première forme, le vertige est du type labyrinthe 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 ;

— 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.

Comportement général du blessé — Son interrogatoire

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

Lorsque les vertiges s'accompagnent d'autres troubles postcommotionnels, l'interrogatoire convenablement conduit apportera généralement un des meilleurs tests de contrôle, la description conforme et spontanée par l'expertise de ce complexe très particulier qu'est le « syndrome subjectif commun ».

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 manœuvres favorables à l'apparition du vertige.

D'autre part, un examen méthodique permet dans certains cas de déceler de petits troubles vestibulaires objectifs spontanés : mais ils sont souvent discrets et demandent à être recherchés avec méthode : finnystagmus spontané, mystagmus 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.

Etudes des réflexes vestibuldires

La reflectibilité vestibulaire, que l'on étudie par les épreuves dites « instrumentales » (calorique, rotatoire) peut se présenter sous les modalités suivantes : inexcitabilité, hypoexcitabilité, excitabilité dysharmonieuse, hyperexcitabilité, excitabilité normale.

L'hypoexcitabilité unie ou bilatérale (qu'elle porte sur l'ensemble des canaux semi-circulaires ou sur un seul groupe de ces canaux) de même que l'excitabilité dysharmonieuse, permettent de conclure à une atteinte organique de l'appareil labyrinthique. La réalité des vertiges ne peut alors être discutée ; en général leur régression ne se fera que très lentement ; les expertises en révision permettent, en effet, de constater que le déficit des réflexes persiste le plus souvent et qu'il s'est parfois aggravé. L'inexcitabilité complète évoquerait l'hypothèse d'une fracture du labyrinthe.

L'hyperexcitabilité vestibulaire est le plus souvent bilatérale. Dans certains cas, elle consiste en une exagération des réflexes vestibulaires proprement dits. Mais le plus souvent, elle est représentée par des phénomènes réactionnels dépassant le domaine de la physiologie labyrinthique (troubles vaso-moteurs de la face, tachycardie, tremblements, vertiges, déséquilibre des sens non systématisé, tendance syncopale) elle fait alors partie de cet test général de commotion cérébro-labyrinthique : l'exagération de l'ensemble des réactions psychomotrices aux diverses excitations sensorielles. Dans les deux cas, l'hyperexcitabilité vestibulaire est un bon signe permettant d'authentifier les troubles postcommotionnels (vertiges entre autres) accusés par le blessé. Mais elle leur confère une gravité moindre que dans le cas précédent ; elle ne représente, en effet, qu'un effet transitoire, et, dans la plupart des cas de ce genre, l'expertise en révision montre, en effet, que les réactions ont repris une valeur normale ou à peu près normale.

La constatation d'une excitabilité normale n'exclut pas l'existence de vertiges postcommotionnels. Une assez forte proportion (50 % environ) de vertigineux d'origine traumatique dont on a par ailleurs de bonnes raisons d'admettre la parfaite sincérité, se présentent en effet avec des réflexes vestibulaires quantitativement et qualitativement normaux.

Une formule acoumétrique indiquant une atteinte de l'appareil cochléaire témoigne de son côté, bien qu'indirectement, en faveur de la réalité des vertiges dont se plaint le blessé. D'une façon générale, l'examen vestibulaire se prête un mutuel appui.

Désignation des infirmités	*Pourcentage d'Invalidité*
	P 100
Echelle de gravité *Pourcentage d'invalidité*	
En se basant sur les données précédentes, on peut établir une échelle de gravité des vertiges et de l'incapacité correspondante :	
Premier degré	
— Pas de trouble vestibulaire objectif (ni spontané, ni réflexe) pas de déficit cochléaire	5 à 10
Deuxième degré	
— Hyperexcitabilité aux épreuves vestibulaires	10 à 20
Troisième degré	
— Un ou plusieurs troubles vestibulaires objectifs spontanés ;	
— Réflexes vestibulaires déficitaires ou dysharmonieux :	
Dans ces deux cas	20 à 40
En cas d'association, les pourcentages ci-contre seront appliqués suivant les indications données pour le calcul des « incapacités multiples ».	

Désignation des infirmités	*Pourcentage d'Invalidité* P 100
Otite suppurée chronique	
L'otorrhée traumatique est la conséquence d'une infection de l'oreille moyenne qui s'est faite à la faveur d'une rupture du tympan et qui est passée à l'état chronique. Le plus souvent, cette rupture du tympan est liée à une fracture du rocher ou à une action directe et particulièrement à un choc pneumatique (explosions).	
Si la loi ne permet pas de tenir compte du danger vital entretenu par l'otorrhée traumatique, il est par contre légitime de considérer que les précautions, les soins médicaux nécessités par cette otorrhée et la perte de temps qui en résulte atténuent dans une certaine mesure la capacité professionnelle :	
— Otorrhée tubaire unilatérale	1 à 5
— Otorrhée tubaire bilatérale	1 à 8
— Otite suppurée chronique avec ostélite unilatérale	5 à 10
— Otite suppurée chronique avec ostélite bilatérale	8 à 15
(L'otorrhée traumatique étant toujours associée au moins à des troubles auditifs, les pourcentages ci-contre seront appliqués suivant les indications données pour le calcul des « incapacités multiples ».)	
Paralysie faciale	
Toujours associée à des troubles auditifs ou vertigineux et parfois, en outre, à une otorrhée :	
— Paralysie faciale unilatérale	10 à 30
— Diplégie faciale (exceptionnel)	20 à 50
(Les pourcentages ci-contre seront appliqués suivant les indications données pour le calcul des « incapacités multiples ».)	
Mutilations et cicatrices vicieuses de l'oreille externe	
Ces déformations peuvent être dues à une plaie traumatique quelconque, à une brûlure, exceptionnellement à un eczéma d'origine professionnelle. Elles portent sur le pavillon ou sur le conduit.	
Les déformations cicatricielles du pavillon, la perte même de cet organe n'entraînant pas d'incapacité de travail ne peuvent, en aucun cas, donner lieu à une rente d'invalidité.	
Il faut qu'une sténose du conduit soit très serrée pour déterminer par elle-même une diminution de l'acuité auditive. En dehors de cette éventualité, elle entraîne un certain degré d'incapacité dans la mesure où elle entrave le nettoyage régulier du conduit, favorise le dépôt de cérumen ou fait obstacle au traitement d'une suppuration de la caisse :	
— Sténose unilatérale, suivant le degré ...	1 à 5
— Sténose bilatérale, suivant le degré	1 à 10

Désignation des infirmités	*Pourcentage d'Invalidité* P 100
OPHTALMOLOGIE	
Altération de la fonction visuelle	
Il y a lieu de tenir compte :	
— Des troubles de la vision centrale ;	
— Des troubles de la vision périphérique ;	
— Des troubles de la vision binoculaire ;	
— Des troubles du sens chromatique et du sens lumineux.	
Cécité complète et quasi-cécité ou cécité professionnelle	
Sont atteints de cécité complète ceux dont la vision est abolie (V. = O, au sens absolu du mot, avec abolition du réflexe lumineux).	
Sont considérés comme atteints de quasi-cécité ou cécité professionnelle ceux dont la vision centrale est égale ou inférieure à 1/20 d'un œil, celle de l'autre étant inférieure à 1/20, qu'il y ait ou non déficience des champs visuels :	
— Cécité complète	100
— Quasi-cécité ou cécité professionnelle ..	100
Perte complète d'un œil (la vision est complètement abolie)	
Est considéré comme perdu celui dont la vision est inférieure à 1/20 (perte de la vision professionnelle d'un œil).	
Il faut distinguer les cas de perte de la vision sans lésions apparentes des cas de mutilation (énucléation, etc.) ou des difformités apparentes (staphylomes étendus, etc.) :	—
— Perte de la vision d'un œil sans difformité apparente	25 à 30
— Ablation ou altération du globe avec prothèse possible	28 à 33
— Sans prothèse possible	35 à 65
Diminution de la vision des deux yeux	
— Le degré de vision sera estimé en tenant compte de la correction optique par les verres ;	
— On utilisera l'échelle optométrique décimale dite de Monoyer, bien éclairée et imprimée sur une page blanche ;	
— Il y a lieu de répéter que, dans les examens fonctionnels, le spécialiste devra toujours recourir aux procédés habituels de contrôle. Dans certains cas, mention sera portée qu'il a été nécessaire de recourir à des épreuves sans qu'il ait lieu de spécifier celles qui ont été employées.	

TABLEAU GENERAL D'EVALUATION (Vision centrale)

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

Degré de vision	9/10 à 8/10	7/10 à 6/10	5/10 à 4/10	3/10	2/10	1/10	1/20	Moins de 1/20	Enucléation prothèse
9/10 à 8/10	0	2 à 3	4 à 7	8 à 11	15 à 18	19 à 22	22 à 25	25 à 30	28 à 33
7/10 à 6/10	2 à 3	5 à 6	7 à 10	12 à 15	18 à 21	22 à 25	25 à 30	30 à 35	33 à 38
5/10 à 4/10	4 à 7	7 à 10	10 à 13	18 à 21	22 à 25	25 à 30	35 à 40	45 à 50	48 à 53
3/10	8 à 11	12 à 15	18 à 21	22 à 25	30 à 35	40 à 45	50 à 55	55 à 60	58 à 63
2/10	15 à 18	18 à 21	22 à 25	30 à 35	45 à 50	55 à 60	60 à 70	70 à 80	73 à 83
1/10	19 à 22	22 à 25	25 à 30	40 à 45	55 à 60	70 à 80	80 à 90	90 à 95	93 à 98
1/20	22 à 25	25 à 30	35 à 40	50 à 55	60 à 70	80 à 90	95 à 98	100	100
Moins de 1/20	25 à 30	30 à 35	45 à 50	55 à 60	70 à 80	90 à 95	100	100	100
Enucléation prothèse	28 à 33	33 à 38	48 à 53	58 à 63	73 à 83	93 à 98	100	100	100

Désignation des infirmités	*Pourcentage d'Invalidité* P 100
VISION PÉRIPHÉRIQUE	
Champ visuel	
1° Rétrécissement sensiblement concentrique du champ visuel (taux à ajouter à celui de l'acuité visuelle centrale) :	
A 30 degrés :	
— Un seul œil	3 à 5
— Les deux yeux	5 à 20
Moins de 10 degrés :	
— Un seul œil	10 à 15
— Les deux yeux	70 à 80
2° Scotomes centraux suivant étendue (le taux se confond avec celui attribué à la baisse de la vision) :	
— Seul œil (suivant le degré de vision)	15 à 30
— Les deux yeux (suivant le degré de vision)	40 à 100
3° Hémianopsie :	
Hémianopsie avec conservation de la vision centrale :	
— Hémianopsie homonyme droite ou gauche	30 à 35
Hémianopsie hétéronyme	
— Nasale	10 à 15
— Bitemporale	70 à 80
Hémianopsie horizontale	
— Supérieure	10 à 15
— Inférieure	30 à 50

Désignation des infirmités	*Pourcentage d'Invalidité* P 100
Hémianopsie dite en quadrant	
— Supérieure	7 à 10
— Inférieure	20 à 25
Ce taux s'ajoutera à celui de l'hémianopsie horizontale ou verticale dans les cas où trois quadrants du champ visuel ont disparu.	
Hémianopsie chez un borgne, avec conservation de la vision centrale :	
— Nasale	60 à 70
— Inférieure	70 à 80
— Temporaire	80 à 90
Hémianopsie avec perte de la vision centrale unilatérale ou bilatérale.	
Ajouter à ces taux celui indiqué par le tableau ci-dessus, sans que le total puisse dépasser 100 %.	
Vision binoculaire ou simultanée	
Le déséquilibre de la fonction qui permet aux deux yeux de fixer le même objet, entraîne une diplopie, lorsque le degré de vision est suffisant des deux côtés :	
— Diplopie	5 à 20
— Diplopie dans la partie inférieure du champ	10 à 25

Désignation des infirmités	*Pourcentage d'Invalidité* P 100
Troubles du sens chromatique et du sens lumineux	
Ces troubles, d'ailleurs très rares, sont des symptômes de lésion de l'appareil nerveux sensoriel ; ils entrent en ligne de compte dans l'appréciation de l'invalidité due à ces lésions.	
QUELQUES CAS PARTICULIERS	
Taies de la cornée	
L'évaluation est faite d'après le tableau d'acuité visuelle. Un taux complémentaire basé sur le degré de vision obtenu après rétrécissement pupillaire (fort éclairage, par exemple) sera ajouté dans les conditions suivantes :	
— Lorsque la vision optima n'est obtenue qu'avec l'aide d'un verre de degré élevé (ces verres, souvent théoriques, peuvent gêner la vision binoculaire) ;	
— Lorsque la taie entraîne un éblouissement qui gêne même la vision de l'œil opposé (non blessé).	
Paralysie de l'accommodation et du sphincter irien	
Ophtalmoplégie interne totale :	
— Unilatérale	10 à 15
— Bilatérale	15 à 20
Mydiase existant seule et déterminant des troubles fonctionnels	
— Unilatérale	3 à 5
— Bilatérale	7 à 10
CATARACTES	
Non opérées ou inopérables	
Taux d'invalidité fixé d'après le degré de vision (tableau d'évaluation). Un taux complémentaire sera ajouté pour les raisons à propos des taies en cas de cataracte centrale ou de cataracte complète entraînant par éblouissement une gêne de la vision de l'autre œil.	
Opérées ou résorbées	
Si la vision de l'œil devient plus mauvaise ou nulle, se reporter au tableau d'évaluation ci-dessus en donnant la meilleure correction optique à l'œil aphake et en ajoutant 20 % pour l'obligation de porter des verres spéciaux et pour perte d'accommodation.	
Cataractes bilatérales opérées ou résorbées	
L'aphakie bilatérale comporte une invalidité de base de 35 % à laquelle on ajoutera le taux d'invalidité correspondant à la diminution de vision centrale (voir le tableau d'évaluation) sans que le taux puisse dépasser 100 %.	
Luxations du cristallin, hémorragies intra-oculaires, troubles du vitre, etc.	
Ils seront évalués d'après le degré de vision.	

Désignation des infirmités	*Pourcentage d'Invalidité* P 100
ANNEXE DE L'OEIL	
Orbite	
1° Nerfs moteurs	
— Paralysie d'un ou de plusieurs nerfs oculomoteurs (voir « Diplopie »).	
En cas de paralysie consécutive à une affection du système nerveux, se reporter à l'affection causale (voir barème spécial).	
2° Nerfs sensitifs	
— Névrites, névralgies très douloureuses ..	15 à 25
— Lésions de la cinquième paire (syndrome neuro-paralytique, suivant le degré de vision : 15 % à ajouter au trouble visuel).	
3° Altérations vosculaires (anévrismes, etc.)	
— Indemniser les troubles fonctionnels (voir barème spécial).	
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° Plosis ou blépharospasme	
Taux basé sur le degré de vision et suivant que, en position primaire (regard horizontal de face) ; la pupille est plus ou moins découverte :	
— Un œil	5 à 25
— Les deux yeux	20 à 70
3° Lagophtalmie cicatricielle ou paralytique	
— Ajouter aux troubles visuels 10 % pour un œil.	
4° Voies lacrymales	
— Larmoiement	0 à 10
Fistules (résultant par exemple de dacryocystite ou de lésions osseuses) :	
— Pour chaque œil	5 à 10
THORAX	
Fracture du sternum	
Fracture isolée du sternum :	
— Simple	3 à 10
— Avec enfoncement, sans lésions et suivie de douleurs qui empêchent tout effort violent	10 à 20
— Avec lésions profondes du cœur, des vaisseaux, des poumons (voir ces mots).	
Fracture des côtes	
— Fracture des côtes non compliquée : suivant la déformation et le degré de gêne fonctionnelle, le nombre de côtes brisées .	2 à 30
— Grand fracas du thorax	30 à 50
— Pleurésie traumatique avec déformations thoraciques consécutives indélébiles et troubles fonctionnels	5 à 30
— Hémothorax : adhérences et rétractions 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

Désignation des infirmités	*Pourcentage d'Invalidité* P 100
TUBERCULOSE	
Tuberculose pulmonaire	
Il importe de noter que dans la plupart des cas il n'y aura lieu d'évaluer que la poussée évolutive, la tuberculose pulmonaire préexistante étant une lésion indépendante de l'accident en cause, d'où cette double possibilité :	
— 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) ;	
— Il existe du fait de l'accident une modification de la lésion antérieure : il y a à évaluer cette modification sous forme d'une incapacité permanente	10 à 100
CŒUR ET AORTE	
Nota. — Dans les cas de troubles cardiaques fonctionnels et de troubles subjectifs, sans asystolie et sans signes stéthoscopiques de lésions valvulaire ou péricardique tels que les cas de palpitations simples de tachycardie sans lésion, de douleurs précordiales, de dilatation et hypertrophie cardiaques dites de fatigue ou de croissance, il est désirable que l'examen des sujets soit confié à des médecins possédant une compétence spéciale en cardiologie :	
— Adhérences péricardiques ou lésions valvulaires coexistant ou existant séparément, ou myocardites :	
— Bien compensés	5 à 20
— Avec troubles fonctionnels caractérisés	20 à 80
— Avec asystoloe confirmée	80 à 100
— Ruptures traumatiques de valvules	50 à 100
— Affection cardio-rénales, consécutives à une maladie infectieuse ou à une intoxication, suivant les troubles fonctionnels ou les complications	30 à 90
— Artériosclérose (ne donne pas lieu à estimation d'invalidité) ;	
— 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
ABDOMEN	
Estomac	
Ulcère chronique :	
— Séquelles cicatrisées	10 à 70
— Rétrécissement du pylore, dilatation d'estomac, amaigrissement	50 à 80
— Adhérences douloureuses	10 à 40
— Fistule stomacile, suivant l'état de dénutrition rapide, la nécessité de soins constants, les douleurs, les complications ...	50 à 90
Intestin grêle	
Fistules intestinales :	
— Fistules étroites	20 à 80
— Fistules larges, bas situées	40 à 70
— Fistules larges, haut situées	70 à 90

Désignation des infirmités	*Pourcentage d'Invalidité* P 100
Gros intestin	
Fistules stercorales :	
— Fistule stercorale étroite ne livrant passage qu'à des gaz et à quelques matières liquides	20 à 30
— Fistule stercorale livrant passage à une certaine quantité de matières, la défécation s'effectuant à peu près normalement	30 à 40
— Anus contre nature livrant passage à la presque totalité du contenu intestinal, avec défécation supprimée ou presque ...	80 à 90
— Prolapsus du rectum (voir « incontinence ou rétention fécale »)	80 à 90
— Fistules anales : suivant leur siège (extrasphinctérienne ou intrasphinctérienne), leur nombre et leur étendue	10 à 40
— Incontinence ou rétention fécale par les lésions du sphincter ou de l'orifice anal, avec ou sans prolapsus du rectum	30 à 70
— Appendicite (si amputable 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
— Hernie bilatérale (d'après les caractères)	5 à 12
— Hernie inguinale irréductible	15 à 25
— Hernie crurale, ombilicale, ligne blanche épigastrique	5 à 12
Parois de l'abdomen	
— Cicatrices opératoires normales (sauf de très vastes cicatrices, une cicatrice opératoire normale n'entraîne pas d'invalidité appréciable).	
— Cicatrices ou éventrations :	
— Cicatrices (sans éventration) très larges et adhérentes, limitant les mouvements du tronc	10 à 30
— Cicatrices avec éventration postopératoire après cure radicale ...	5 à 30
— Cicatrice 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 concomittant (voir plus bas).	
FOIE	
— Fistules biliaires ou purulentes traumatiques ou postopératoires	20 à 60
RATE	
— Nephrectomie suivant le résultat de l'examen du sang au repos et après l'effort ..	15 à 30

Désignation des infirmités	*Pourcentage d'Invalidité* P 100
TUBERCULOSE	
Tuberculose pulmonaire	
Il importe de noter que dans la plupart des cas il n'y aura lieu d'évaluer que la poussée évolutive, la tuberculose pulmonaire préexistante étant une lésion indépendante de l'accident en cause, d'où cette double possibilité :	
— 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) ;	
— Il existe du fait de l'accident une modification de la lésion antérieure : il y a à évaluer cette modification sous forme d'une incapacité permanente	10 à 100
CŒUR ET AORTE	
Nota. — Dans les cas de troubles cardiaques fonctionnels et de troubles subjectifs, sans asystolie et sans signes stéthoscopiques de lésions valvulaire ou péricardique tels que les cas de palpitations simples de tachycardie sans lésion, de douleurs précordiales, de dilatation et hypertrophie cardiaques dites de fatigue ou de croissance, il est désirable que l'examen des sujets soit confié à des médecins possédant une compétence spéciale en cardiologie :	
— Adhérences péricardiques ou lésions valvulaires coexistant ou existant séparément, ou myocardites :	
— Bien compensés	5 à 20
— Avec troubles fonctionnels caractérisés	20 à 80
— Avec asystoloe confirmée	80 à 100
— Ruptures traumatiques de valvules	50 à 100
— Affection cardio-rénales, consécutives à une maladie infectieuse ou à une intoxication, suivant les troubles fonctionnels ou les complications	30 à 90
— Artériosclérose (ne donne pas lieu à estimation d'invalidité) ;	
— 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
ABDOMEN	
Estomac	
Ulcère chronique :	
— Séquelles cicatrisées	10 à 70
— Rétrécissement du pylore, dilatation d'estomac, amaigrissement	50 à 80
— Adhérences douloureuses	10 à 40
— Fistule stomacile, suivant l'état de dénutrition rapide, la nécessité de soins constants, les douleurs, les complications ...	50 à 90
Intestin grêle	
Fistules intestinales :	
— Fistules étroites	20 à 80
— Fistules larges, bas situées	40 à 70
— Fistules larges, haut situées	70 à 90

Désignation des infirmités	*Pourcentage d'Invalidité* P 100
Gros intestin	
Fistules stercorales :	
— Fistule stercorale étroite ne livrant passage qu'à des gaz et à quelques matières liquides	20 à 30
— Fistule stercorale livrant passage à une certaine quantité de matières, la défécation s'effectuant à peu près normalement	30 à 40
— Anus contre nature livrant passage à la presque totalité du contenu intestinal, avec défécation supprimée ou presque ...	80 à 90
— Prolapsus du rectum (voir « incontinence ou rétention fécale »)	80 à 90
— Fistules anales : suivant leur siège (extrasphinctérienne ou intrasphinctérienne), leur nombre et leur étendue	10 à 40
— Incontinence ou rétention fécale par les lésions du sphincter ou de l'orifice anal, avec ou sans prolapsus du rectum	30 à 70
— Appendicite (si amputable 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
— Hernie bilatérale (d'après les caractères)	5 à 12
— Hernie inguinale irréductible	15 à 25
— Hernie crurale, ombilicale, ligne blanche épigastrique	5 à 12
Parois de l'abdomen	
— Cicatrices opératoires normales (sauf de très vastes cicatrices, une cicatrice opératoire normale n'entraîne pas d'invalidité appréciable).	
— Cicatrices ou éventrations :	
— Cicatrices (sans éventration) très larges et adhérentes, limitant les mouvements du tronc	10 à 30
— Cicatrices avec éventration postopératoire après cure radicale ...	5 à 30
— Cicatrice 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 concomittant (voir plus bas).	
FOIE	
— Fistules biliaires ou purulentes traumatiques ou postopératoires	20 à 60
RATE	
— Nephrectomie suivant le résultat de l'examen du sang au repos et après l'effort ..	15 à 30

Désignation des infirmités	*Pourcentage d'Invalidité*	
	Côté D	*Côté G*
	P 100	P 100
CICATRICES		
— Cicatrices de l'aisselle, limitant plus ou moins d'abduction du bras :		
— Bras collé au corps	30 à 40	25 à 30
— Abduction limitée de 10 degrés à 45 degrés	20 à 30	15 à 25
— Abduction limitée de 45 degrés à 90 degrés	15 à 20	10 à 15
— Abduction conservée jusqu'à 90 degrés, mais sans élévation possible	10 à 15	5 à 10
— Cicatrices du coude entravant l'extension complète ; extension limitée :		
— A 135 degrés	10 à 15	8 à 12
— A 90 degrés	15 à 20	12 à 15
— A 45 degrés	35 à 40	25 à 30
— Cicatrices du creux poplité entravant l'extension complète ; extension limitée :		
— Entre 135 degrés et 170 degrés	10 à 30	
— Entre 90 et 135 degrés	30 à 50	
— Jusqu'à 90 degrés 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	
OSTEOMYELITE		
— Fistule persistante unique	10 à 15	
— Fistule persistante multiple, rebelle à des interventions répétées, avec os volumineux et irrégulier	20 à 50	
— Ostéomvélite aiguë des adolescents (exceptionnellement traumatique) ;		
— Cicatrisation, mais persistance d'un os volumineux, irrégulier, douloureux par places	5 à 10	
SYPHILIS		
Dans les cas exceptionnels où l'inoculation syphilitique pourra donner lieu à l'attribution d'une rente d'invalidité, la période d'incapacité temporaire répondra à la période contagieuse initiale pendant laquelle le traitement dit « de blanciment » a été suivi.		
Le taux d'invalidité permanente partielle devra être évalué en tenant compte de l'âge et de l'état de santé antérieure du sujet plus ou moins capable de supporter dans l'avenir un traitement actif	10 à 30	
Réveil d'accidents syphilitiques tertiaires à l'occasion de traumatisme (gommes, etc.)		
(Même remarque qu'en ce qui concerne la tuberculose pulmonaire et l'ulcère de l'estomac.)		

Désignation des infirmités	*Pourcentage d'Invalidité*
	P 100
INTOXICATIONS CAUSÉES PAR L'ACTION RAIYONS X ET LES SUBSTANCES RADIOACTIVES NOCIVES CI-APRÈS :	
Uranium et ses sels, uranium, ionium, radium et ses sels, redon, polonium, thorium, thoron, actinium.	
Maladies engendrées par les rayons X ou les substances radioactives	
Radiodermites et radiumdermites aiguës et chroniques :	
— Délai de responsabilité : un an.	
1° Radiodermites et radiumdermites aiguës :	
A moins que ne se développe un état chronique faisant entrer ces radiodermites et radiumdermites dans la catégorie des radiodermites et radiumdermites chroniques, il ne doit pas persister de reliquat en dehors d'un état cicatriciel chronique possible qui serait à évaluer suivant la gêne qu'il peut causer dans le travail.	
2° Radiodermites et radiumdermites chroniques : incapacité de	10 à 80
Cancer des radiologistes	
— Délai de responsabilité : cinq ans.	
Sous ce terme, il faut entendre un cancer à point de départ cutané dû aux rayonnements et un cancer viscéral survenant chez un radiologiste.	
Pour l'évaluation, distinguer :	
a) Les lésions précancéreuses (ulcérations ou proliférations :	
Suivant l'état des lésions et la gêne fonctionnelle qu'elles entraînent, incapacité de	10 à 80
b) Les lésions cancéreuses établies :	
En cas de processus évolutif, incapacité temporaire jusqu'à la consolidation de la lésion ou le décès.	
En cas de lésion guérie soit par le traitement médical, soit plus souvent par amputation chirurgicale, suivant la mutilation, incapacité de	10 à 100
Anémie simple avec leucopénie provoquée par les rayonnements	
— Délai de responsabilité : un an.	
Sous forme légère, cet état est fréquent chez les radiologistes qui ont été insuffisamment protégés au début de leur carrière. Il constitue alors un état chronique, sans tendance extensive, qui ne cause pas de gêne dans le travail.	
En cas d'anémie plus accusée et persistante après un repos de plusieurs mois, incapacité de	5 à 60
Ou davantage si l'anémie a tendance à progresser.	
Anémie pernicieuse provoquée par les rayonnements	
— Délai de responsabilité : un an.	
Affection d'évolution rapide à indemniser en incapacité temporaire.	

Désignation des infirmités	*Pourcentage d'Invalidité* P 100
Radionécrose osseuse par les rayonnements	
— Délai de responsabilité : un an.	
La radionécrose osseuse est rare. Elle n'est guère liée qu'à l'action des corps radioactifs et paraît se produire surtout lorsqu'une infection atteint l'os qui a subi des irradiations ou a été en contact avec des corps radioactifs. En maladie professionnelle, elle a été surtout décrite aux maxillaires (fabrication des cadrans lumineux et plus exceptionnellement manipulation de corps radioactifs).	
Suivant le siège et l'importance des séquelles, incapacité variable à évaluer d'après le barème général. En cas de lésions maxillo-dentaires, l'incapacité sera évaluée en tenant compte du nombre des dents perdues, des lésions des muqueuses et des maxillaires, de la persistance de fistules et de l'état général.	
MALADIES EXOTIQUES	
Maladies infectieuses à déclaration obligatoire	
Typhus exanthématique (à Richettsia Prowazecki) :	
— Séquelles cardiaques (myocardites)	Evaluer en conformité des indications données pour infirmités similaires.
— Séquelles vasculaires	
— Séquelles artérielles (artérites)	
— Séquelles veineuses (phlébites)	
— Séquelles rénales (néphrites)	
— Et autres séquelles (nerveuses, etc.)	
Variole :	
— Séquelles oculaires (kératites)	idem
— Séquelles rénales (néphrites)	
— Séquelles nerveuses (myélites, névrites, psychoses)	
— Et autres séquelles	
Choléra	Pas d'incapacité permanente.
Peste	idem
Fièvre jaune :	
— Séquelles rénales	Evaluer conformément aux indications données pour infirmités similaires.
— Séquelles hépatiques	
— Séquelles nerveuses	
— Et autres séquelles	
Dysenterie amibienne :	
Dysenterie chronique vraie (amibes ou kystes) persistants dans les selles muco-sanglantes :	
a) Selles peu nombreuses, état général conservé	10 à 30
b) Selles nombreuses, état général atteint ..	40 à 60
c) Etat général fortement atteint, cachexie, dénutrition complations hépatiques et toutes localisations ou complations comprises	60 à 100
Séquelles de l'amibiase :	
a) Diarrhée chronique intermittente sans retentissement sur l'état général	10 à 25
b) Diarrhée chronique intermittente avec ou sans complications hépatiques et retentissement sur l'état général : toutes complications et localisations comprises	30 à 100

Désignation des infirmités	*Pourcentage d'Invalidité* P 100
Trachome (voir chapitre Ophtalmologie du barème).	
Lèpre (lèpre constatée, toutes localisations et complications comprises)	65 à 100
Leptospiroses :	
a) Leptospiroses ictéro-hémorragiques (maladie de Weill)	Suivant les séquelles (rénales et autres), évaluer conformément aux indications données pour infirmités similaires.
b) Autres leptospiroses :	
— Typhus récurrent (Spirocheta Obermeieri)	
— Fièvre récurrente à poux	
Autres maladies infectieuses, toxi-infectieuses ou parasitaires	
1° Maladies attribuées à des bactéries ou à des virus filtrants :	
— Dengue	idem
— Fièvre à phlébotomes	idem
— Richettsioses (autres que le typhus exanthématique)	Voir typhus.
2° Maladies dues à des protozoaires :	
— Amibiase	Voir dysenterie amibienne.
— Dysenteries dues à d'autres protozoaires (Trichomonas intestinalis et Terramitus Mesnili, Lamblia intestinalis ou Giardia intestinalis, Balantidium coli) ayant amené des troubles organiques permanents et chroniques	1 à 20
— Paludisme :	—
a) Paludisme sans lésions viscérale ni troubles fonctionnels	1 à 9
b) Paludisme chronique sans lésions viscérales, troubles fonctionnels légers	10 à 15
c) Paludisme chronique avec lésions viscérales légères :	
— Troubles fonctionnels de moyenne intensité	20 à 45
— Troubles fonctionnels sérieux	50 à 60
d) Paludisme chronique avec lésions viscérales graves ou multiples	65 à 95
e) Cachexie palustre	Voir typhus récurrent à poux.
Fièvre récurrente africaine (spiorchoeta Dutton), fièvre récurrente à tiques et autres fièvres récurrentes exotiques.	
Leishmanioses :	
a) Leishmanioses cutanées	20 à 80
b) Leishmanioses cutanéo-muqueuses ou muqueuses	100
c) Leishmanioses viscérales	
Trypanosomoses :	
a) Limitées au système lymphatico-sanguin.	30 à 50
b) Avec atteinte du système nerveux	65 à 100

Désignation des infirmités	*Pourcentage d'Invalidité* P 100
3° Maladies dues à des champignons (trichophyties, sporotrichoses, actinomycoses, blastomycoses, oosporoses mycétomes et autres mycoses) :	
a) Localisations uniquement cutanées, suivant leur importance	10 à 25
b) Localisations cutanéo-muqueuses ou muqueuses nécessitant des interventions et suivant leur importance	30 à 45
c) Infection générale, toutes localisations et complications comprises	50 à 100
d) Localisation ayant nécessité une intervention chirurgicale (amputation)	Voir barème amputation.
4°. Maladies dues à des helmintiches	
Ankylostomose :	
— Détermination organique, chromique, occasionnées par l'ankylostomiase ou la nécatorose américaine, selon la gravité	20 à 60
Filariose :	
a) Dracunculose	1 à 9
b) Filaria persistant	1 à 10
c) Onchocerea volvulus :	
— Localisations cutanées : suivant le degré de l'infestation et l'importance du prurit	10 à 30
— Complications oculaires	Voir Ophtalmologie.
d) Wuchereia Bancroffi, Malyi :	
— Avec chylurie	10 à 35
— Avec accidents des glandes sérieuses	40 à 100
e) Filariose avec accidents éléphantiasiques, suivant le degré d'invalidité fonctionnelle.	10 à 100
Distomatose :	
a) Hépatique :	
— Avec troubles organiques légers	30 à 35
— Avec troubles organiques graves	50 à 100
b) Intestinale :	
— Avec troubles organiques légers et constatation dans les selles d'œufs de distomes	10 à 15
— Avec troubles organiques caractérisés	20 à 60
c) Buccopharyngée (pas d'indemnisation).	
d) Pulmonaire (hémoptysie parasitaire) :	
— Avec troubles organiques légers	30 à 45
— Avec troubles organiques graves	50 à 100
Bilharziose :	
a) Vésicale :	
— Pendant la période active	30 à 45
— Si elle est compliquée, mais toutes localisations et complications comprises (calculs, fistules)	50 à 100
b) Intestinale :	
— Pendant la période active	30 à 45
— Si elle est compliquée, mais toutes localisations et complications comprises (prolapsus, fistules, fobromes)	50 à 100

Désignation des infirmités	*Pourcentage d'Invalidité* P 100
c) Artério-veineuse :	
— Forme aiguë	30 à 45
— Si elle est compliquée, mais toutes localisations et complications comprises (sclérose du foie, de la rate, de l'intestin)	50 à 100
— Autres parasitoses intestinales à heiminthes (anguillulose, tricocéphalose) : suivant les troubles intestinaux et les troubles organiques permanents et chroniques	1 à 20
5° Maladies dues à des arthropodes :	
— Sarcopsyllose (puce chique)	Si des complications infectieuses (abcès, phlegmon) entraînaient des impotences définitives, celles-ci seraient cotées par le degré de cette impotence.
Myiases :	
— Myiases des plaies ou ulcères	Suivant les complications survenues de leur fait en évaluer les séquelles en conformité des indications du barème pour infirmités similaires.
Myiases cavitaires :	
— Nasale	Selon les séquelles voir « Otorhinolaryngologie et Ophtalmologie ». Pas d'incapacité permanente.
— Auriculaire	
— Oculaire	
— Intestinale et autres (urinaire)	
Myiases cutanées (sous-cutanées simples ou furonculeuses rampantes) et pseudomyiases	Pas d'incapacité permanente sauf complication dont les séquelles seront évaluées CF indications du barème pour infirmités similaires.
Maladies rhumatismales, maladies de la nutrition, maladies des glandes endoctrines, avitaminoses, dystrophies et autres maladies générales	
a) Maladie de la nutrition :	
Déchéance organique tropicale due à des séjours prolongés en milieu tropical, sans lésions d'organes ni agents pathogènes particuliers	1 à 40
b) Avitaminoses :	
Béribéri :	
— A la phase initiale, relève uniquement du traitement	1 à 9
— Après la phase initiale et son traitement.	
a) Avec des troubles cardiaques, tachycardie, instabilité cardiaque, cas légers	20 à 60
b) Mêmes troubles cardiaques, mais très accusés, cas moyens	60 à 80

Désignation des infirmités	*Pourcentage d'Invalidité*
	P 100
c) Cas graves, dilatation du cœur, asystolie confirmée	80 à 100
Séquelles de béribéri, attitudes vicieuses définitives, pied bot, varus équins, mains en griffe, etc.	L'invalidité sera établie pour chacune de ces séquelles, cf. indications du barème pour infirmités similaires.
Sprue (diarrhée chronique des pays chauds)	
— Cas légers	1 à 25
— Cas moyens	30 à 45
— Cas graves	50 à 100
Maladies du système nerveux et des organes des sens	
a) Maladies du système nerveux	Cf. Complications nerveuses des diverses maladies infectieuses.
b) Affections mentales, névroses	Idem
— Affections des yeux, des oreilles	Suivant les séquelles ; voir les affectations en cause.
— Affections primitives (sperganoses oculaires, trachome, myiase auriculaire) ou complications d'affections mentionnées par ailleurs au présent barème (variole)	
Maladies de l'appareil urinaire et de l'appareil génital	
Appareil génital de l'homme :	
— Funiculite endémique	Cf. Appareil génital.
Maladies des os et des organes du mouvement	
— Pyomyosites tropicales	En cas de séquelles (cicatrices rétractiles, etc.), évaluer selon les indications du barème pour infirmités similaires.
— Ainhum	Cf. Amputations.
Accidents divers	
— Insolation (séquelles nerveuses)	Evaluer selon les indications du barème pour infirmités similaires.

Autres affections toxiques

Pour toute autre affection toxique non mentionnée ci-dessus dont les séquelles seraient sujettes à indemnisation, l'évaluation sera faite en conformité des indications du barème pour infirmités similaires.

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE
Union — Discipline — Travail

MINISTÈRE DE LA FONCTION PUBLIQUE

DIRECTION DE LA PREVOYANCE SOCIALE ET DES PENSIONS CIVILES

COMMISSION DE REFORME

DECLARATION
PORTANT DEMANDE DE CONSTATATION DE MALADIE OU D'INFIRMITE

ADRESSEE A LA COMMISSION DE REFORME

Nom : ..... Prénoms : .....
né le ..... à ..... sous-préfecture de .....
Département de ..... âgé de .....
domicilié actuellement à (1) .....
Grades successifs et dates de nomination : .....
Durée des services : ..... ans ..... mois ..... jours .....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Si vous êtes blessé de guerre donner des précisions :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

(1) Indiquer le lieu d'affectation et le ministère dont on dépend.

Recto

Si vous êtes blessé à la suite d'un accident :

Date de la blessure .....

Où ? .....

Par quoi a été produite la blessure ? .....

Comment l'accident s'est-il produit ? .....

.....

.....

Avez-vous des témoins ? ..... leurs noms ? .....

.....

.....

Avez-vous une pièce ou document de constatation ? .....

Quel est le premier hôpital qui vous a soigné ? .....

Date d'entrée .....

Si vous êtes tombé malade :

Quelle est votre maladie ? .....

Où êtes-vous tombé malade ? .....

A quelle date ? .....

Quelle ambulance vous a d'abord soigné ? .....

Date d'entrée ? .....

Quel est le premier hôpital de l'intérieur ? .....

Date d'entrée ? .....

Quels sont les autres hôpitaux où vous êtes passé ?

..... du ..... au .... du ..... au .....

..... du ..... au .... du ..... au .....

..... du ..... au .... du ..... au .....

..... du ..... au .... du ..... au .....

Quelles pièces officielles avez-vous à joindre à votre demande ? (Certi cats médicaux, billet d'hôpital, pièces ou documents de constatation, etc.).

Avez-vous été présenté devant une commission de Réforme ? ....

Où ? ..... A quelle date ? .....

Quelle fut la décision prise ? .....

Avez-vous des enfants âgés de moins de 18 ans ? .... Combien ? —

A ....., le ..... 19 .. Abidjan, le ..... 19 ..

(Signature du demandeur) *Le conseil de Santé,*

Verso

Modèle n° 5

COMMISSION DE REFORME .....

DEMANDE D'ALLOCATION POUR INFIRMITE

Je soussigné (1) ....

grade et emploi : .....

en service à : .....

demande à bénéficier d'une allocation pour infirmité au titre de la maladie ou de l'accident dont j'ai été victime le : .....

Je déclare, en outre (2), être ou ne pas être bénéficiaire d'une allocation d'infirmité dont le taux s'élève à ..... ou d'une pension dont le taux s'élève à ..... ou d'une rente de.....

Je déclare enfin avoir l'intention de jouir de mon allocation à (3)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

A ....., le ..... 19 ....

Signature

Transmission avec avis motivé du ministre de tutelle de l'agent.

(1) Nom, prénoms, grade.

(2) Biffer les mentions inutiles.

(3) Indiquer la commune, le département et, s'il y a lieu, la rue et le numéro.

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE
Union — Discipline — Travail

MINISTÈRE DE LA FONCTION PUBLIQUE

DIRECTION DE LA PREVOYANCE SOCIALE ET DES PENSIONS CIVILES

COMMISSION DE REFORME

EXPERTISE MEDICALE

Première instance — Renouvellement — Aggravation
Sous-estimation — Infirmité nouvelle
Révision prescrite (1)

N° du dossier 1

M.
(Nom, prénoms, adresse)
2

Nous (2)
certifions avoir pris connaissance des pièces du dossier et des certificats médicaux à nous présentés, certifions avoir examiné l'intéressé désigné ci-dessus et avoir fait les constatations ci-après :
3

A. — INFIRMITES

N°	*Diagnostic — Signes cliniques et autres*

4

B. — ETAT GENERAL :
5

(1) Biffer les mentions inutiles.
(2) Nom, prénoms, grade, emploi du médecin.

Recto

C. — RELATIONS entre les infirmités et les blessures ou maladies invoquées (1).

D. — INCURABILITE : Les infirmités sont incurables dans tous leurs éléments ;

Les infirmités ne sont pas incurables dans tous leurs éléments.

EN CONSEQUENCE, NOUS ESTIMONS : DEGRE D'INVALIDITE POUR CHAQUE INFIRMITE

N°	*Barème de*	*Barème le plus favorable*	*Invalidité antérieure au service*	*Invalidité à retenir*

DECOMPTE DES INFIRMITES MULTIPLES
%

Total %

DEGRE D'INVALIDITE GLOBALE

Avec / Sans Pension — Temporaire / Définitive — Au taux de % dont — % par preuve. % par présomption.

CONCLUSION CONCERNANT L'APTITUDE :

A , le

Le médecin expert,

Verso

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE
Union — Discipline — Travail

MINISTERE DE LA FONCTION PUBLIQUE

DIRECTION DE LA PREVOYANCE SOCIALE ET DES PENSIONS CIVILES

ETAT NOMINATIF

des Fonctionnaires présentés devant la Commission de Réforme

Séance du ..... 19 ....

Matricule Solde 1	*Nom et prénoms* 2	*Corps et grade* 3	*Infirmités, maladies justifiant la présentation devant la commission de Réforme* 4	*Hospitalisations successives, convalescences, etc.* 5	*Propositions faites par le médecin-chef de service*	*Propositions du conseil de Santé*	*Décision de commission de Réforme* 8

A Abidjan, le ..... 19 ....

Le directeur de la Prévoyance sociale et des Pensions civiles,

A Abidjan, le ..... 19 ....

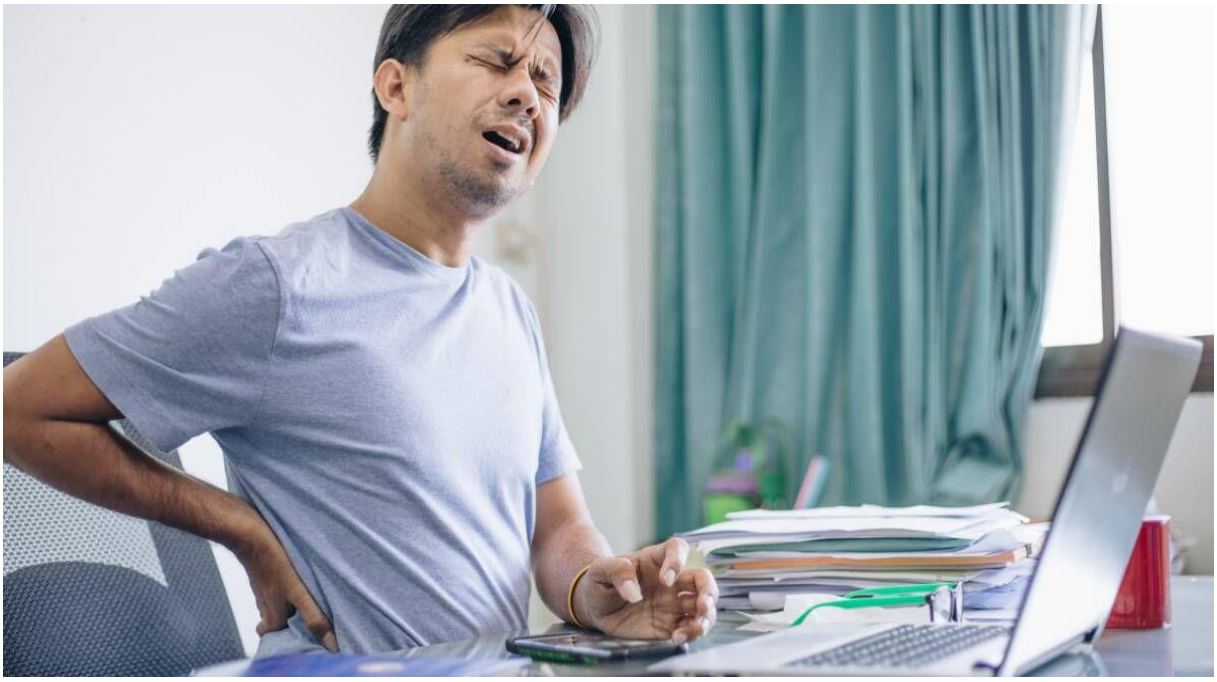
Le président de la Commission de Réforme,

3- Iconographie






CAUTION
WET
FLOOR




AMBU




FONCTIONNAIRES
CONTRACTUELS
ARRÊTS MALADIE


Les statuts de la
Fonction Publique
Territoriale
Jusqu'à quand je dois rester dans cette position ?
Un moment, je dois consulter le statut des fonctionnaires...
... en 10 volumes.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école et de mes chers condisciples, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais de salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur part.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses, que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères si j'y manque

RESUME

Introduction : Les accidents du travail et maladies professionnelles demeurent un réel problème de santé au travail et de santé publique.
L'objectif général est de décrire les aspects épidémiologiques et médico-légaux des accidents du travail et des maladies contractées en service chez les salariés du secteur public en Côte d'Ivoire de 2017 à 2021.

Méthode : Il s'agissait d'une étude descriptive et rétrospective ayant porté sur l'ensemble des accidents du travail et maladies professionnelles dans le secteur public ivoirien déclarés au conseil de santé et reconnues par la commission de réforme et leur réparation au cours de la période allant du 2017 à 2021.

Résultats : Durant la période d'étude, 217 cas de lésion professionnelle ont été déclarées. Le taux de mortalité était de 3,1%. Seulement 2 cas de maladie professionnelle ont été enregistrés contre 225 cas d'accident. On dénombrait 195 hommes pour 32 femmes dont l'âge variait entre 26 et 65 ans avec une moyenne d'âge estimée à 37 ans. La majorité des salariés (53,3%) appartenaient au secteur de la santé. Les principales lésions observées étaient des fractures (58,6%). Dans cette étude, tous les travailleurs ont eu une incapacité temporaire totale (ITT). La durée moyenne des incapacités temporaires totales était de 63,79 jours. Un taux d'incapacité permanente partielle (IPP) a été attribué à toute les victimes. Toutes les victimes ont été indemnisées.

Conclusion : l'importance de la prévention, la simplification des dossiers à fournir et la sensibilisation des autorités administratives et des fonctionnaires sur ces procédures est indispensable.