

## 4.2 SÉQUELLES PORTANT SUR LE NÉVRAXE.

Les incapacités résultant d'une atteinte du névraxe seront évaluées non pas à partir de la lésion initiale en elle-même, mais en fonction des séquelles réduisant l'activité de l'intéressé.

L'examen neurologique clinique s'attachera à mettre en évidence :

### 1° Les troubles moteurs.

- Limitation totale ou partielle des mouvements volontaires ;
- Troubles du tonus ;
- Troubles des mouvements associés et de la coordination ;
- Mouvements involontaires (tremblements, mouvements athétosiques ou choréiques, etc.) ;
- Akinésie ou dyskinésie ;
- Ataxie, etc.

### 2° Les troubles sensitifs.

- Anesthésie ;
- Douleurs, dysesthésies ;
- Astéréognosie ;
- Perte du sens de position et atteinte de la sensibilité discriminative
- Paresthésies, etc.

L'examen clinique gagnera, le cas échéant, à s'appuyer sur des examens complémentaires : électroencéphalogramme, examen ophtalmologique, examen oto-vestibulaire, examen neuro-radiologique.

### 4.2.1. SYNDROMES PROPRES AU CRÂNE ET A L'ENCÉPHALE

#### 4.2.1.1. Syndrome post-commotionnel des traumatisés du crâne :

Les traumatisés du crâne se plaignent souvent de troubles divers constituant le « syndrome subjectif ». On ne doit conclure à la réalité d'un tel syndrome qu'avec prudence. Il ne sera admis que s'il y a eu à l'origine un traumatisme crânien ou une commotion cérébrale par l'intermédiaire de l'axe cérébral, plus particulièrement du rachis cervical.

Ce syndrome se manifeste par des céphalées, des étourdissements ou une sensation d'instabilité, une difficulté de la concentration intellectuelle et de l'association des idées. La victime peut accuser également une fatigabilité intellectuelle à la lecture (par hétérophorie), des troubles amnésiques portant sur les faits récents, une modification de l'humeur et du caractère, ainsi que des troubles du sommeil.

Lors de l'interrogatoire, il y aura lieu de faire préciser au blessé les signes accusés, de les lui faire décrire. Cependant, le médecin évitera de « diriger » l'interrogatoire par des questions pouvant orienter les réponses.

- Syndrome subjectif, post-commotionnel..... 5 à 20

On ne doit pas additionner au taux du syndrome post-commotionnel les taux inhérents à des séquelles neurologiques, sans que celles-ci soient individualisées et objectivées par des examens paracliniques éventuels : bilans ophtalmo et O.R.L., E.C.G., tomодensitométrie, etc.

#### 4.2.1.2. Syndrome cervico-céphalique.

Il s'accompagne éventuellement de vertiges de position avec obnubilation visuelle, « arnoldalgie », point d'Erb, contracture du trapèze, redressement de la lordose cervicale physiologique, limitation plus ou moins douloureuse de la mobilité du cou.

- Syndrome isolé ..... 5 à 15

- Syndrome associé à un syndrome post-commotionnel, le taux global n'excédera pas 25

#### 4.2.1.3. Épilepsie.

Les séquelles épileptiques seront chiffrées d'après la fréquence des crises, un traitement étant régulièrement suivi. La plupart des épilepsies peuvent en effet être équilibrées par une médication appropriée. Si les crises surviennent après la fin de la première année, la relation avec le traumatisme sera établie ou non, après un examen approfondi du blessé.

Le médecin chargé de l'évaluation prendra connaissance du traitement suivi et demandera dans tous les cas un électroencéphalogramme, s'il n'a pas été déjà pratiqué. Il demandera au besoin une hospitalisation pour contrôle.

##### 4.2.1.3.1. Épilepsie généralisée.

Le médecin chargé de l'évaluation s'assurera de la réalité des accès et les fera décrire de façon très détaillée (brièveté et caractère impressionnant, stertor, chutes).

<i>Epilepsie légère</i> : contrôlée par le traitement et compatible avec l'activité professionnelle habituelle.....	10 à 15
<i>Epilepsie mal contrôlée par le traitement</i> avec crises fréquentes et éventuellement troubles du comportement associés, nécessitant des précautions spéciales au travail (dans ce cas, la nécessité d'un changement de profession doit être particulièrement mis en relief).....	30 à 70
<i>Epilepsie incontrôlée avec crises fréquentes</i> nécessitant la surveillance du sujet et rendant impossible toute activité.....	100

##### 4.2.1.3.2. Épilepsie focalisée (équivalents épileptiques).

<i>Epilepsie Bravais-Jacksonienne.</i>	
- Crises limitées à quelques groupes musculaires.....	10 à 30
- Crises affectant des groupes assez étendus.....	10 à 40
<i>Épilepsie psychomotrice</i> (automatisme inconscient d'origine temporale).....	10 à 60
<i>Autres épilepsies focalisées</i> (frontale, occipitale, pariétale)	
<i>Épilepsie frontale.</i>	
- Crises motrices, avec élévation du bras et éventuellement arrêt du langage.....	10 à 40
<i>Épilepsie occipitale.</i>	
- Sensations visuelles lumineuses figurées macro ou microscopiques.....	10 à 40
<i>Épilepsie pariétale.</i>	
- Vertiges rotatoires et adersion.....	10 à 40

##### 4.2.1.4. Syndromes parkinsonniens.

C'est une éventualité rare, mais indiscutable. Trois modalités peuvent exister :

- Exceptionnellement, une lésion cérébrale par corps étranger ou par projectile peut créer une lésion des noyaux gris et entraîner l'apparition de syndromes extrapyramidaux unilatéraux du côté opposé au traumatisme. Dans ce cas, la maladie n'est pas évolutive et les signes restent fixés ; en général, d'autres syndromes coexistent et, en particulier, des signes pyramidaux. A vrai dire, il ne s'agit pas d'un syndrome parkinsonnien proprement dit, mais de symptômes extrapyramidaux au cours d'une lésion cérébrale.

L'indemnisation dépend de l'importance des symptômes et est subordonnée à l'importance des autres manifestations neurologiques.

- Un syndrome parkinsonnien évoluant après un traumatisme crânio-cérébral ou un syndrome de « choc » quelle qu'en soit la pathogénie.

Le délai d'apparition après le traumatisme doit être de quelques mois, et d'un an au maximum.

- Parkinson d'origine toxique (oxyde de carbone, bioxyde de manganèse, etc.).

Pour les trois formes, le taux tiendra compte de la gravité et du caractère unilatéral ou bilatéral :

- Syndrome parkinsonnien léger, réagissant bien au traitement.....	10 à 20
- Syndrome plus accentué, avec gêne appréciable .....	20 à 40
- Syndrome important .....	40 à 90
- Syndrome excluant toute possibilité d'activité .....	100

##### 4.2.1.5. Torticolis spasmodiques, post-traumatique ..... 10 à 20

	Dominant	Non dominant
4.2.1.6. Tremblement volitionnel d'attitude post-traumatique, habituellement unilatéral .....	30 à 60	20 à 40

#### 4.2.1.7. **Syndrome cérébelleux.**

Les séquelles cérébelleuses des traumatismes crâniens sont relativement rares à l'état pur. Elles sont généralement associées à d'autres séquelles et surtout à des séquelles pyramidales.

- Atteinte cérébelleuse globale, comportant des troubles statiques, avec impossibilité de la marche, ainsi que des troubles kinétiques, avec dysmétrie et hypermétrie et incoordination bilatérale, adiadococinésie, tremblements, rendant toute activité impossible, et dysarthrie .....	100
- Atteinte bilatérale mais incomplète, permettant une marche imparfaite et des mouvements maladroits.....	60 à 80
- Atteinte bilatérale légère avec marche peu perturbée, avec quelque maladresse des mouvements.....	30 à 50

Une atteinte unilatérale comportera, suivant l'importance de la maladresse des mouvements :

	<b>Dominant</b>	<b>Non dominant</b>
- Complète.....	80	75
- Moyenne.....	30 à 70	25 à 65
- Légère.....	10 à 25	10 à 20

*Dysarthrie* : le sujet comprend, écrit, mais parle mal, parole laborieuse, difficilement intelligible. L'élément professionnel est essentiel :

- Légère .....	5 à 15
- Importante .....	15 à 60

#### 4.2.1.8. **Atteinte de la fonction du langage.**

*Aphasie* : Les taux seront attribués compte tenu de l'atteinte plus ou moins complète de l'expression verbale. Le taux sera plus élevé lorsqu'il y a des troubles de la compréhension du langage, aussi bien parlé qu'écrit. Le taux de 100% sera réservé au blessé qui ne peut communiquer avec ses semblables ni en exprimant sa pensée, ni en comprenant ce qui a été dit.

4.2.1.9. **Syndrome thalamique** (voir « Atteinte médullaire douloureuse spino-thalamique »).

#### 4.2.1.10. **Nerfs crâniens.**

Les atteintes d'un certain nombre de nerfs crâniens sont étudiées au chapitre traitant de la fonction à laquelle ils participent (organes des sens en particulier).

Il est donc indiqué, ci-après, les chapitres auxquels il convient éventuellement de se reporter.

On aura soin, avant de conclure à l'origine traumatique du déficit fonctionnel constaté, de s'entourer de précautions pour éviter de rapporter à l'accident en cause un état pathologique sans rapport avec lui. Des avis spécialisés seront souvent indispensables.

- I. Nerf olfactif (se reporter à « Séquelles portant sur l'odorat ») ;
- II. Nerf optique (se reporter à « Séquelles portant sur le système oculaire ») ;
- III. Nerf moteur oculaire commun (se reporter à « Nerf optique ») ;
- IV. Nerf pathétique (idem) ;
- V. Nerf trijumeau.

Les séquelles résultant d'une atteinte du trijumeau peuvent être d'ordre sensitif ou d'ordre moteur.

#### **- Séquelles sensitives.**

Elles sont souvent trop minimes pour être chiffrables.

- Anesthésie simple, sans douleur, par section d'une branche périphérique (nerf sus-orbitaire, sous-orbitaire, maxillaire inférieur).....	5 à 10
Néuralgie intense et persistante, en particulier de type continu sympathalgique, selon les répercussions sur l'activité du blessé.....	10 à 60

#### **- Séquelles motrices.**

Une atteinte unilatérale n'entraîne qu'une gêne minime. Cependant, la mastication peut se trouver perturbée, de même que l'élocution et la déglutition. Ces troubles sont beaucoup plus importants si l'atteinte est bilatérale.

- Atteinte unilatérale.....	5
- Atteinte bilatérale.....	20 à 30

VI. Nerf moteur oculaire externe : syndrome neuro-paralytique (voir « Ophtalmologie », annexe de l'oeil) ;

VII. Nerf facial : les troubles sensitifs dus à l'atteinte d'un ou des nerfs faciaux n'entraînent aucune incapacité fonctionnelle.

Le sens du goût dépend à la fois du facial et du glosso-pharyngien (se reporter à « Séquelles portant sur le sens du goût »).

#### - Troubles moteurs.

Il s'agit essentiellement de troubles de la mimique, de la fermeture des yeux, de la mastication, du contrôle de la salivation et des larmes. Une paralysie unilatérale a des conséquences bien moindres qu'une atteinte bilatérale. Un bilan électrodiagnostique et électromyographique pourra être pratiqué en vue de mettre en évidence une réaction de dégénérescence éventuelle.

Le médecin chargé de l'évaluation justifiera son estimation d'après les difficultés de l'alimentation et de l'élocution. Eventuellement, il insistera sur les répercussions que peuvent avoir les séquelles sur la profession du blessé.

- Paralysie de type périphérique, totale et définitive.....	20 à 30
- Paralysie de type périphérique, partielle et définitive (une paralysie datant de plus de deux ans peut être considérée comme définitive).....	10 à 30
- Paralysie bilatérale suivant l'intensité et l'état des réactions électriques.....	20 à 30
- Contracture post-paralytique ou hémispasme facial, suivant déformation du visage.....	10 à 20

VIII. Nerf auditif (se reporter à « Séquelles portant sur le système auditif »).

IX. Nerf glosso-pharyngien.

Nerf mixte, sensitivo-moteur ; ses troubles sont difficiles à évaluer, car il participe à plusieurs fonctions. L'incapacité fonctionnelle dépend de la gêne à la déglutition, à l'élocution, voire à la respiration.

- Paralysie unilatérale (fausse route).....	10
- Paralysie bilatérale (exceptionnelle).....	20

X. Nerf pneumogastrique.

Le nerf pneumogastrique possède des fonctions végétatives (para-sympathiques), des fonctions motrices et des fonctions sensitives. De sa blessure résultent donc :

- Des troubles de la fonction végétative ;
- Des troubles de la fonction motrice ;
- Des troubles de la fonction sensitive.

Ces troubles seront estimés selon les différents déficits fonctionnels constatés (voir Appareil digestif, respiratoire, cardio-vasculaire, O.R.L.).

XI. Nerf spinal.

L'atteinte du nerf spinal peut déterminer une atrophie du trapèze et du sternocléid omastoïdien (chute de l'épaule, déviation en dehors du bord spinal du scapulum, faiblesse de la main unilatérale). La réadaptation est parfois possible.

- Selon la gêne apportée dans l'activité du blessé, et le côté atteint ..... 15 à 30

[Une périarthrite scapulo-humérale (P.S.H.) peut faire partie du tableau.]

XII. Nerf grand-hypoglosse.

Nerf moteur de la langue. Son atteinte unilatérale entraîne une atrophie de l'hémilangue, mais sans incapacité fonctionnelle importante. Si l'atteinte est bilatérale (cas tout à fait exceptionnel), l'incapacité sera évaluée en fonction de la dysarthrie et des troubles de l'alimentation (voir « Paralysie de la langue »).

#### Atteintes multiples des nerfs crâniens.

En cas d'atteinte simultanée de plusieurs nerfs crâniens, les taux seront évalués selon le degré des troubles fonctionnels globaux sans que la somme des taux puisse dépasser 100 %.

#### 4.2.1.11. Séquelles psychonévrotiques.

Il est nécessaire de recourir à un bilan neuropsychologique détaillé et à l'avis d'un neuropsychiatre. Dans la majorité des cas, ces troubles sont les conséquences de lésions cérébrales diffuses, sans possibilité de focalisation, associées ou non à des troubles neurologiques précis.

En règle générale, les accidentés atteints de ces troubles intellectuels post-traumatiques ont présenté un coma plus ou moins prolongé et ont présenté en général d'emblée des troubles de la conscience ..... 30 à 100

#### Syndromes psychiatriques.

L'étiologie traumatique des syndromes psychiatriques est très exceptionnelle. Il faut qu'une enquête approfondie atteste l'intégrité mentale antérieure, et que le syndrome succède immédiatement à un traumatisme particulièrement important. Seul un psychiatre peut estimer valablement le déficit psychique de la victime.

- Syndrome psychiatrique post-traumatique ..... 20 à 100

#### Névroses post-traumatiques.

- Syndrome névrotique anxieux, hypochondriaque, cénesthopatique, obsessionnel, caractérisé s'accompagnant d'un retentissement plus ou moins important sur l'activité professionnelle de l'intéressé ..... 20 à 40

(Ces cas névrotiques caractérisés ne doivent pas être confondus avec un syndrome post-commotionnel des traumatisés du crâne ni avec les séquelles définies au chapitre suivant.)

#### 4.2.2. SÉQUELLES PROVENANT DE L'ATTEINTE DIFFUSE DES HÉMISPHERES OU DU TRONC CÉRÉBRAL

Elles peuvent être caractérisées par :

- a) Une grande indifférence, passivité, absence de réactivité. Elles sont secondaires à un coma prolongé et avec réanimation respiratoire (le blessé ne fait pas sa toilette, ne peut pas prendre ses aliments lui-même, et ne peut pas toujours aller seul au w.-c.) ..... 100
- b) Le sujet a un aspect normal, il peut faire illusion, il a des troubles sévères de l'attention et du jugement, une activité diminuée, souvent réduite aux automatismes sociaux antérieurement acquis ; il ne peut prendre de décision ou les prend sans réflexion et manque d'initiative (justification éventuelle d'une tutelle judiciaire) ..... 40 à 80
- c) Dans certains cas, troubles amnésiques, parfois Korsakoff posttraumatique, avec baisse considérable de l'affectivité ; parfois une euphorie paradoxale ou, au contraire, un état de dépression est constaté..... 30 à 80

#### 4.2.3. SÉQUELLES PROPRES A L'ATTEINTE MÉDULLAIRE

**Syndrome de Brown-Séquard** : le déficit sera évalué en faisant la somme de l'atteinte motrice d'un côté et de l'atteinte sensitive de l'autre.

**Syndromes autres que le syndrome de Brown-Séquard** : les atteintes constatées peuvent être :

- soit résiduelles et fixes ;
- soit évolutives et progressives ;
- soit exceptionnellement régressives.

Le pourcentage d'estimation doit être fixé en raison du degré d'impotence et de l'importance des éventuels troubles trophiques associés.

#### Syndromes atrophiques.

*Au membre supérieur.*

	Dominant	Non dominant
- Atteinte à prédominance proximale de la ceinture scapulaire et du bras, sans retentissement sur la fonction de la main.....	20 à 40	20 à 35
- Atteinte à prédominance distale intéressant la fonction de la main ou de l'avant-bras.....	30 à 70	30 à 60
- Atteinte complète avec impotence totale d'un membre supérieur.....	90	80

*Au membre inférieur.*

- Atteinte à prédominance proximale de la ceinture pelvienne, sans retentissement sur la fonction du pied..... 40 à 60
- Atteinte à prédominance des muscles de la cuise..... 20 à 40
  
- Atteinte à prédominance distale intéressant la fonction du pied et de la jambe.. 25 à 50
  
- Atteinte complète avec impotence absolue d'un membre inférieur..... 75

En cas de bilatéralité des lésions, il y a lieu d'évaluer chaque membre séparément, puis d'additionner les taux (le taux de 100 % ne pouvant être en aucun cas dépassé).

Les taux attribués le sont en dehors de toute possibilité d'appareillage ou de correction chirurgicale : lorsque l'adaptation d'un appareil s'avère possible, le médecin tiendra compte de cette possibilité et le taux diminué en fonction des résultats que l'on sera en droit d'attendre de cet appareillage. Dans la meilleure hypothèse, la réduction ne pourra pas dépasser 15 % du taux prévu.

**Troubles sensitifs.**

Ils ne sont pratiquement jamais isolés et accompagnent les séquelles motrices qu'ils peuvent aggraver.

La perte de sensibilité entraîne la perte de précision et le contrôle de la force du geste.

L'incapacité sera donc évaluée globalement. En cas de troubles sensitifs isolés, on tiendra compte de leur répercussion sur l'utilisation du membre considéré (voir « Syndrome spino-thalamique » au chapitre suivant).

**Troubles sphinctériens et génitaux.**

Rétention et incontinence d'urine (se reporter au système génito-urinaire).

Troubles de la défécation : si les troubles peuvent être corrigés par les thérapeutiques habituelles d'évacuation rectale, il n'y a pas lieu d'estimer d'incapacité partielle de travail.

- Rétention rebelle, entraînant des symptômes de coprostase..... 10
- Incontinence incomplète..... 10 à 25
- Complète..... 70
- Troubles génitaux, abolition des érections ou diminution considérable, ne permettant pas les rapports sexuels..... 10 à 20

*Syndrome de la queue de cheval.*

L'examen neurologique doit être spécialement attentif et minutieux. Le médecin non spécialiste aura avantage à prendre l'avis d'un neurologue.

1° Il existe une anesthésie en selle plus ou moins développée ;

2° L'atrophie musculaire est précoce et accentuée, les troubles sphinctériens et génitaux importants ;

3° Les réflexes achilléens sont abolis, les rotuliens parfois également ;

4° Les troubles moteurs manquent souvent : lorsqu'il existe une paraplégie, elle est de type radiculo-névritique, c'est-à-dire flasque et en général dissociée.

- Syndrome plus ou moins accentué, selon les troubles sphinctériens et génitaux.... 30 à 50

(A ce taux s'ajoute l'incapacité résultant des troubles parétiques éventuellement associés, sans que la somme puisse dépasser 100 %.)

**Séquelles d'hématomyélie**

La récupération motrice, après hématomyélie, est habituelle, mais elle n'est jamais complète. Subsistent en particulier des atrophies musculaires et des anesthésies suspensives de type syringomyélique. Le taux d'incapacité sera évalué en raison des atteintes motrices, sensitives et musculaires pouvant subsister, après éventuellement avis d'un spécialiste.

**4.2.4. SÉQUELLES PROVENANT INDIFFÉREMMENT D'ATTEINTE CÉRÉBRALE DU MÉDULLAIRE**

**Troubles moteurs.**

*Hémiplégie.*

- Impotence complète, avec troubles sphinctériens, avec ou sans aphasie, etc..... 100

Conservation d'une activité réduite, avec marche possible, absence de troubles sphinctériens, langage peu ou pas perturbé, persistance d'une certaine autonomie :

- Côté dominant..... 60 à 80  
- Côté non dominant..... 50 à 70

*Monoplégie.*

*Atteinte isolée d'un membre inférieur.*

- Marche possible, mais difficile en terrain accidenté, pour monter des marches, longs trajets pénibles..... 30  
- Marche difficile, même en terrain plat..... 40

Le sujet peut se lever, maintenir certaines positions, mais la démarche est impossible sans l'aide de cannes-béquilles ou de béquilles.

*Atteinte isolée d'un membre supérieur.*

	<b>Dominant</b>	<b>Non dominant</b>
- Préhension possible, mais avec gêne de la dextérité digitale .....	10 à 25	8 à 20
- Préhension possible, mais sans aucune dextérité digitale.....	25 à 50	20 à 45
- Mouvements du membre supérieur très difficiles.....	50 à 75	45 à 65
- Mouvements du membre supérieur impossibles.....	85	75

*Atteinte de plusieurs membres (diplopie, triplégie, tétraplégie).*

(Les deux membres supérieurs ou les deux membres inférieurs, ou un membre supérieur et les deux membres inférieurs, etc.). Il y a lieu d'estimer séparément chaque incapacité, et d'en faire la somme. S'il s'agit de deux membres exerçant la même fonction, il y a lieu de majorer cette somme de 10 %, en raison de la synergie. De toute façon, le taux global ne peut en aucun cas dépasser 100 %.

#### **Troubles sensitifs.**

a) Ils ne sont pratiquement jamais isolés, et accompagnent les séquelles motrices, qu'ils peuvent aggraver. L'anesthésie d'une main équivaut à une paralysie partielle. La perte de la sensibilité entraîne en effet la perte de la précision et le contrôle de la force du geste.

L'incapacité sera donc évaluée globalement. En cas de troubles sensitifs isolés : on tiendra compte de leur répercussion sur l'utilisation du membre considéré.

b) Douleurs de type spino-thalamique :

- Douleur à type de brûlure permanente unilatérale plus ou moins étendue, exagérée par le frottement et les émotions..... 20 à 60  
- Avec impotence totale d'un membre..... 80

#### **4.2.5. SÉQUELLES PORTANT SUR LE SYSTÈME NERVEUX PÉRIPHÉRIQUE**

Huit paires de racines cervicales, douze dorsales, cinq lombaires, cinq sacrées et une coccygienne, soit trente et une en tout composent le système nerveux périphérique.

Son atteinte se manifeste par des troubles sensitifs, moteurs, réflexes et sympathiques, dont la distribution tomographique permet de localiser la lésion.

## INNERVATION DES PRINCIPAUX MUSCLES

(tête exclue)

Muscles	Racines	Nerfs
Muscles de la nuque	C1 à C4	Plexus cervical
Trapèze	C1 à C4	Spinal médullaire et plexus cervical
Diaphragme	C3 - C4	Phrénique
Rhomboïdes	C4 - C5	
Grand dentelé	C5 - C7	
Pectoraux	C5 à D1	
Sus-épineux	C5	Plexus brachial
Sous-épineux	C5-C6	
Grand dorsal	C6 à C8	
Deltoïde	C5-C6	Circonflexe
Triceps brachial antérieur	C5-C6	Musculo-cutané
Triceps brachial	C7-C8	Radial
Long supinateur	C6	Radial
Radiaux	C6-C7	Radial
Court supinateur	(C5) C6 (C7)	Radial
Extenseur commun des doigts	(C6) C7 (C8)	Radial
Cubital postérieur	(C6) C7 (C8)	Radial
Cubital antérieur	(C7) C8	Cubital
Palmaires	C6 - C7	Médian
Rond pronateur	C6 - C7	Médian
Fléchisseur commun superficiel	(C7) C8 (D1)	Médian
Fléchisseur commun profond	C7 - C8 - D1	Médian (chefs externes, cubital chefs internes)
Long abducteur du pouce	(C6) C7 (C8)	Radial
Long extenseur du pouce	(C6) C7 (C8)	Radial
Court extenseur du pouce	(C6) C7 (C8)	Radial
Long fléchisseur du pouce	C7-C8	Médian
Court abducteur du pouce	C7-C8	Médian
Opposant du pouce	C7-C8	Médian
Abducteur du pouce	C8-D1	Cubital
Interosseux	C8-D1	Cubital
Muscles hypothénariens	CS-D1	Cubital
Muscles abdominaux	D5 à D12	
Psoasiliaque	D12 à L3	Plexus lombaire
Grand fessier	L4 à S1	Plexus sacré
Moyen et petit fessiers	L4 à S1	
Quadiceps	(L2) L3 - L4	Crural
Adducteurs	L2 - L3 (L4)	Obturateur
Muscles ischio-jambiers	(L5) S1 - S2	Sciatique
Triceps sural	S1 (S2)	Sciatique poplitée interne
Jambier postérieur	L5 (S1)	Sciatique poplitée interne
Jambier antérieur	L4 (L5)	Sciatique poplitée externe
Péroniers latéraux	L5 (S1)	Sciatique poplitée externe
Fléchisseurs des orteils	S1 - S2	Sciatique poplitée interne
Extenseur commun des orteils	L5	Sciatique poplitée externe
Sphincters striés et muscles du périnée	S2 à S4	Honteux

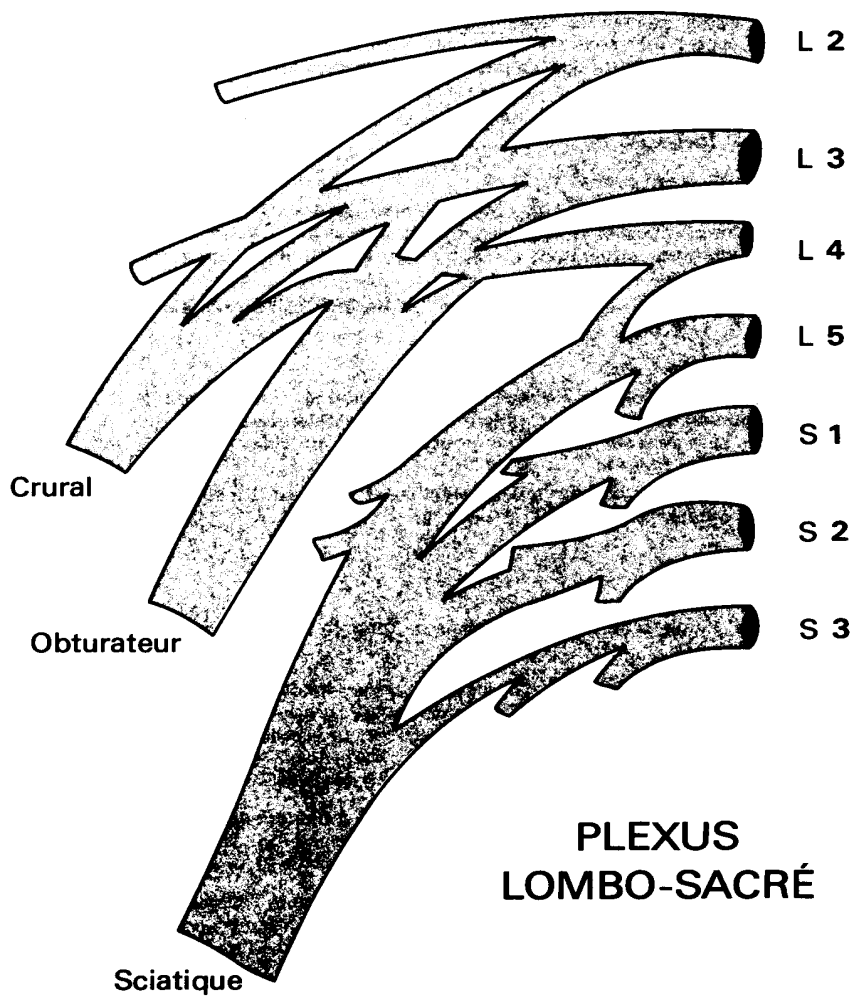


TABLEAU DES RÉFLEXES

Les localisations plus spécifiques sont portées en caractère gras

Réflexe dénominateur	Excitation (technique)	Réaction normale	Localisation d'après l'émergence rachidienne
Massétérien	Percussion d'une spatule posée sur les dents inférieures, la bouche étant entr'ouverte.	Élévation du maxillaire inférieur	Protubérance annulaire
Bicipital	Percussion d'un tendon bicipital au-dessus du coude, l'avant-bras légèrement fléchi et en supination.	Flexion de l'avant-bras	C5 - C6
Supinateur ou stylo-radial	Percussion de l'apophyse styloïde du radius, le coude fléchi à angle droit, le bras en légère supination.	Contraction du long supinateur	C5 - C6
Cubito-pronateur	- Percussion du pli du coude en dehors de l'épitrôchlée. - Percussion du rond pronateur à l'avant-bras.	Pronateur de la main et de l'avant-bras	C6 - C7
Tricipital	Percussion du tendon tricipital, le coude légèrement fléchi.	Extension du bras	C7
Campo-métacarpien	Percussion de la région dorsale carpo-métacarpienne.	Flexion des doigts	C8 - D1

Cutané-abdominal (supérieur et inférieur)	Excitation de la peau et de l'abdomen.	Rétraction de la région ombilicale (vers le haut ou le bas, ou même latéralement)	D7 - D8 D9 - D10 D11 - D12
Médio-pubien	Percussion de la symphyse pubienne.	Contraction des muscles abdominaux et des adducteurs	D8 - D12
Crémastérien	Frotter la face interne de la cuisse.	Ascension du testicule ipsi-latéral	L1 - L2
R. des adducteurs	Percussion de la face interne du genou.	Adduction de la cuisse	L1 - L3
Rotulien	Percussion du quadriceps (sous ou sus-rotulien).	Extension de la jambe	L2 - L4
R. du biceps crural péronéo-fémoral postérieur	Percussion du tendon bicipital sur le sunet en décubitus latéral.	Flexion de la jambe	S1
Achilléen et médio-plantaire	Percussion du tendon d'Achille sur le sujet agenouillé, le pied pendant.	Extension du pied	S1 - S2
Cutanéo-plantaire	Frotter la plante du pied.	Flexion des orteils	S1 - S2
Anal	Gratter la marge anale.	Contraction du sphincter anal externe	S5

### Lésions traumatiques.

Les taux d'incapacité indiqués s'appliquent à des paralysies totales et complètes.

En cas de paralysie incomplète, parésie ou simple affaiblissement musculaire, le taux d'incapacité subit naturellement une diminution proportionnelle.

On estime généralement six degrés de force musculaire :

- 0 : aucune contraction n'est possible ;
- 1 : ébauche de contraction visible, mais n'entraînant aucun déplacement ;
- 2 : mouvement actif possible, après élimination de la pesanteur ;
- 3 : mouvement actif possible, contre la pesanteur ;
- 4 : mouvement actif possible contre la pesanteur et résistance ;
- 5 : force normale.

Les atteintes correspondant aux degrés 0, 1, 2 et 3 entraîneront l'application du taux entier.

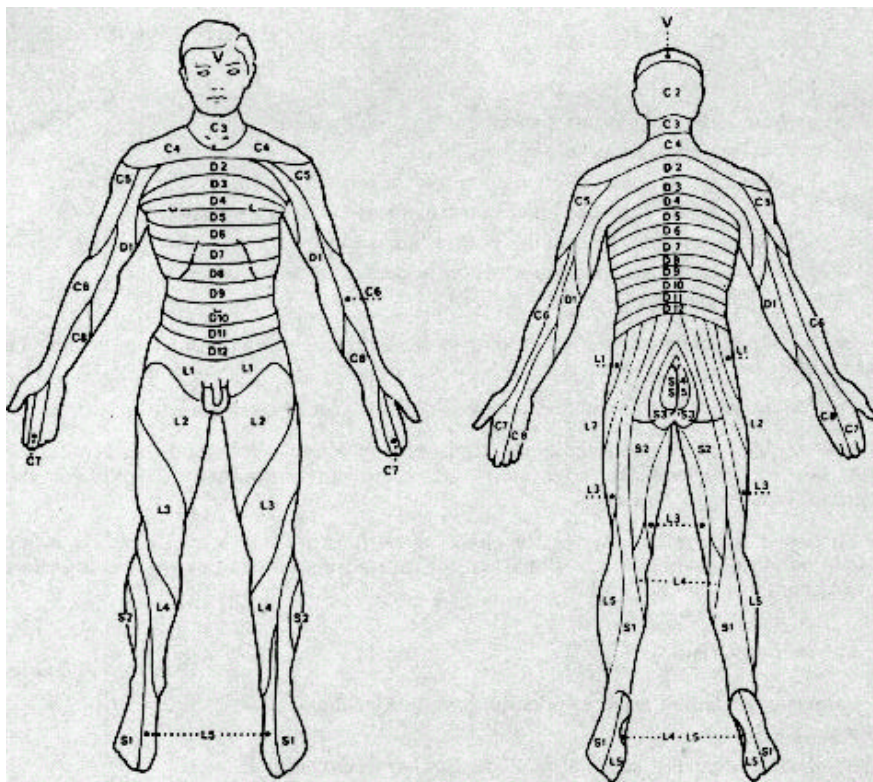
Pour le degré 4, le taux sera diminué de 25 à 50 % de sa valeur.

Les troubles névritiques, douleurs, troubles trophiques, accompagnant éventuellement les troubles moteurs, aggravent plus ou moins l'impotence et légitiment une majoration du taux proposé.

En cas d'atteinte simultanée de plusieurs nerfs d'un même membre, il y a lieu d'additionner les taux, le taux global ne pouvant en aucun cas dépasser le taux fixé pour la paralysie de ce membre.

Membre supérieur.	Droit	Gauche
- Paralysie totale du membre supérieur (degré 0, 1, 2 et 3).....	90	80
- Plexus brachial :		
Paralysie radiculaire supérieure, type Duchenne-Erb (deltoïde, sus-épineux, biceps, brachial antérieur, coracobrachial, long supinateur, et parfois sous-épineux, sous-scapulaire, court supinateur et hémidiaphragme) [degré 0,1, 2 et 3] .....	55	45
- Paralysie radiculaire inférieure, type Déjerine-Klumpke (fléchisseurs des doigts et muscles de la main) [degré 0, 1, 2 et 3].....	65	55

- Paralysie isolée du nerf sous-scapulaire (grand dentelé) [degré 0, 1, 2 et 3].....	10	5
- Paralysie du nerf circonflexe (deltoïde petit rond) [degré 0, 1, 2 et 3].....	35	30
- Paralysie du nerf musculo-cutané (biceps, brachial antérieur). La flexion de l'avant-bras sur le bras reste possible par l'action du long supinateur [degré 0, 1, 2 et 3].....	25	20
- Paralysie du nerf médian :		
a) Au bras : (rond-pronateur, fléchisseur commun superficiel, grand et petit palmaires, chefs externes du fléchisseur commun profond, long fléchisseur du pouce, carré pronateur, court abducteur et opposant du pouce, 2 premiers lombricaux) [degré 0, 1, 2 et 3].....	55	45



TOPOGRAPHIE SENSITIVE RADICULAIRE DE LA PEAU

TOPOGRAPHIE SENSITIVE RADICULAIRE DE LA PEAU

b) Au poignet (n'atteint que les muscles de la main énumérés ci-dessus) [degré 0, 1, 2 et 3].....	45	35
- Paralysie du nerf cubital :		
a) Au bras (cubital antérieur, chefs internes du fléchisseur commun profond, muscles hypothéranien et interosseux, deux lombricaux internes, adducteurs du pouce et chef interne de son court fléchisseur) [degré 0,1,2 et 3].....	45	35
b) Au poignet (ou muscles de la main ci-dessus, griffe cubitale) [degré 0, 1, 2 et 3].....	35	25
- Paralysie du nerf radial :		
a) Au-dessus du coude (triceps brachial, anconé, long supinateur, premier et deuxième radial, court supinateur, extenseur commun et extenseur propre du pouce, index, auriculaire, cubital postérieur) [degré 0, 1, 2 et 3].....	55	45
b) Au-dessous du coude, les mêmes muscles, sauf triceps et long supinateur [degré 0, 1, 2 et 3].....	45	35

### Membre inférieur.

- Paralysie totale d'un membre inférieur [degré 0, 1, 2 et 3], flasque .....	75
- Paralysie complète du nerf sciatique (demi-tendineux, demi-membraneux, biceps fémoral, une partie du grand adducteur, auxquels se joignent les muscles innervés par le sciatique poplité externe et le sciatique poplité interne). Voir aussi «Membre inférieur», séquelles vasculaires et nerveuses [degré 0, 1, 2 et 3] .....	60
- Paralysie du nerf sciatique poplité externe (jambier antérieur, extenseur propre du gros orteil, extenseur commun, long et court péroniers latéraux, pédieux) [degré 0, 1, 2 et 3] .....	30
- Paralysie du nerf sciatique poplité interne (poplité, jumeaux, soléaire, plantaire grêle, jambier postérieur, fléchisseur commun, long fléchisseur du premier orteil, tous les muscles plantaires) [degré 0, 1, 2 et 3] .....	30
- Paralysie du nerf crural (quadriceps) [degré 0, 1, 2 et 3] .....	40
- Paralysie du nerf obturateur (pectiné, obturateur externe, adducteur) [degré 0, 1, 2 et 3] .....	15

### Névrites périphériques.

- Névrites avec algies (voir en tête du sous-chapitre) Lorsqu'elles sont persistantes, suivant leur siège et leur gravité..... Pour les névralgies sciatiques (voir « Membre inférieur »).	10 à 20
--	---------

#### 4.2.6. SÉQUELLES PORTANT SUR LE SYSTÈME NERVEUX VÉGÉTATIF ET SYNDROMES ALGODYSTROPHIQUES.

Ces séquelles traumatiques prennent la forme d'algodystrophies dont la pathologie demeure encore actuellement mal élucidée. Elles peuvent siéger au membre inférieur comme au membre supérieur, où elles sont plus connues sous le nom de « syndrome épaule main ».

Les algodystrophies se manifestent :

1° Par des douleurs diffuses, plus ou moins prononcées, à prédominance distale ;

2° Par des troubles trophiques : cyanose, hypersudation de la main ou du pied, peau fine avec sclérose du tissu cellulaire sous-cutané. Doigts ou orteils prennent un aspect effilé. Des rétractions tendineuses et aponévrotiques tendent à les fléchir ; on peut parfois percevoir des indurations de la paume ou de la plante. Les muscles de la main, du pied s'atrophient progressivement. Les radiographies montrent une transparence anormale des os, avec de multiples petites géodes. Il peut exister des oedèmes de la main, des indurations ou des ulcérations surtout au pied ;

3° Par des troubles articulaires, avec blocage plus ou moins prononcé des articulations, principalement de l'épaule au membre supérieur et de la cheville au membre inférieur.

#### Algodystrophie du membre supérieur.

- Selon l'intensité des douleurs, des troubles trophiques et de l'atteinte articulaire : forme mineure sans troubles trophiques importants, sans troubles neurologiques et sans impotence.....	10 à 20
- Forme sévère, avec impotence et troubles trophiques, sans troubles neurologiques objectifs, selon l'importance.....	30 à 50
- Forme avec troubles neurologiques (voir le chapitre correspondant).	

#### Algodystrophie du membre inférieur.

- Selon l'intensité des douleurs, des troubles trophiques, et de la gêne à la marche.....	10 à 30
- Forme mineure sans troubles trophiques importants, sans troubles neurologiques et sans impotence.....	10 à 20
- Forme sévère, avec impotence et troubles trophiques, sans troubles neurologiques objectifs, selon l'importance.....	30 à 50
- Forme avec troubles neurologiques (voir chapitre correspondant).	