

**6èmes JOURNEES NATIONALES
DE LA MEDECINE AGREE
BORDEAUX
8, 9 & 10 DECEMBRE 2006**

EVALUATION DE L'INCAPACITE

**Docteur Maurice SOULTANIAN
AP-HM Marseille**

Les questions sur lesquelles il faut réfléchir
et débattre :

- **Le barème** (indicatif, fourchette des taux proposés, pathologies non évaluées...)
- **L'état antérieur** (avéré, connu, latent...)

Eléments d'appréciation du
taux d'incapacité :

**Notion de cause extérieure et soudaine :
circonstances de survenue de la lésion
(violence d'un choc, effort
particulièrement violent ou au contraire
absence d'effort ou de choc: faux
mouvement par exemple)**

Uniquement les conditions de lieu, de temps et d'activité sont retenues de par la jurisprudence constante du CE

L'examen clinique : complet

Evaluation des séquelles en relation directe et certaine avec les circonstances de l'accident ; cette notion de relation directe et certaine exclut le doute et donc la présomption d'imputabilité.

Evaluation de l'état antérieur à la mise en stage, à la veille de l'accident, ou encore à la veille de l'exposition au risque pour la maladie (l'état antérieur peut être connu avec des manifestations cliniques, ou être concomitant, dégénératif, déclaré inconnu.)

L'évaluation de l'état antérieur est un élément capital dans l'appréciation de l'incapacité; savoir faire la part et chiffrer cet état antérieur par rapport aux séquelles directement et exclusivement en relation avec l'accident

Il convient toujours de noter un taux global (EA + EI) afin qu'il n'y ait pas de confusion entre le taux imputable et le taux non imputable.

Le rapport complet du Médecin Agréé va être la pièce maîtresse du dossier soumis à la Commission de Réforme pour donner un avis sur le taux d'invalidité.

Le taux d'incapacité va être apprécié en tenant compte du barème indicatif annexé au code des pensions civiles et militaires (décret N° 2001-99 du 31 janvier 2001).

Par ailleurs, certaines pathologies ne figurent pas dans le barème comme la fibromyalgie

Dans le cas de plusieurs accidents successifs, il convient alors de réviser les taux de tous les accidents antérieurs à la date de consolidation du dernier accident (lorsque l'agent bénéficie d' une ATI); ces taux doivent également être révisés lors de la révision quinquennale du dernier accident.

Dans le cadre d'un accident de service ou de trajet, l'ATI va être attribuée à partir d'un taux d'IPP de 10%.

Dans le cadre d'une maladie imputable au service, l'ATI sera attribuée à partir d'un taux d'IPP de 1% s'il s'agit d'une pathologie inscrite aux tableau des MP du régime général de la Sécurité Sociale, ou à partir d'une IPP de 25% si la pathologie imputable n'est pas inscrite aux tableaux de la Sécurité Sociale.

LE LIEN FONCTIONNEL D'AGGRAVATION

- **La lésion antérieure affectait la fonction de l'organe en cause (motricité).**
- **La lésion imputable aggrave cette altération.**
- **Les deux infirmités atteignent le même membre ou organe; elles altèrent la même fonction (motricité par exemple)**

LA RELATION MEDICALE D'AGGRAVATION

Les 2 lésions contribuent à une même manifestation invalidante; exemple: une lombosciatique par compression du nerf sciatique apparue lors de la manutention d'un malade chez un agent présentant une discopathie (non imputable) sur le même disque; il s'agira ici d'une aggravation d'un état antérieur

- **ETAT ANTERIEUR MEDICALEMENT SEPARABLE**

Le praticien va chiffrer le taux intrinsèque de l'aggravation ainsi que le taux préexistant; l'accident a-t-il aggravé l' EA; si oui, à quelle hauteur (chiffrer l'IPP relatif à l'aggravation):

Ex: Prothèse totale de hanche droite imputable (traumatisme de la hanche sur coarthrose bilatérale); aggravation secondaire d'une arthrose de la hanche gauche nécessitant une PTH G reconnue imputable: EA de l'arthrose G médicalement séparable par rapport à l'accident d'origine

- **ETAT ANTERIEUR NON MEDICALEMENT SEPARABLE**
- **Le praticien apprécie le taux global et le taux antérieur non imputable**
- **Le taux imputable est obtenu par soustraction.**

(ex: lombalgie d'effort sur discopathie préexistante).

INFIRMITES MULTIPLES

Il faut apprécier le taux de chaque infirmité séparément en tenant compte des états antérieurs et préciser chaque fois, si l'état antérieur est médicalement séparable ou non médicalement séparable.

PROPOSITIONS DU GROUPE DE TRAVAIL

- Le barème doit toujours servir de référence.
- Préciser systématiquement le taux global lorsqu'il y a un état antérieur ($TG=TI+EA$).
- Préciser obligatoirement si l'état antérieur est médicalement ou non médicalement séparable (le calcul de l'ATI appartient à l'organisme payeur et non au Médecin).
- Préciser s'il existe une relation médicale d'aggravation.
- Préciser s'il existe un lien fonctionnel d'aggravation.

- Concernant le questionnaire ATI, page 8: propositions de modifications:
- Une partie du groupe voulait apporter des modifications, une autre partie souhait conserver ce document tel quel; la modification a été rejetée par 18 voix contre 16.
- Cependant, il a été retenu de remplacer « affection antérieure » par ETAT ANTERIEUR et de supprimer « ou » entre 2 et 3 par et/ou