

Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA

Table 17 (Révision 1993)

Atteinte à l'intégrité lors de déficits et de troubles fonctionnels
des nerfs crâniens

Publié par les médecins de la
Caisse nationale suisse
d'assurance en cas d'accidents

Suva
6002 Lucerne, Case postale
Téléphone 041-419 51 11

Commentaires sur la perte fonctionnelle d'un seul nerf crânien

1. Nerf trijumeau

Lorsque plusieurs segments du nerf trijumeau sont atteints, on ne peut pas simplement additionner les atteintes du moment que la perte fonctionnelle totale est évaluée au plus à 30%. Il faut ainsi comparer la somme des diverses atteintes à l'intégrité au déficit total.

Une très grave névralgie du trijumeau implique un status après plusieurs opérations sans résultat avec des troubles persistants (pouvant éventuellement conduire à des tentatives de suicide) au point de nécessiter un traitement psychiatrique.

2. Nerf facial

Ces chiffres comportent aussi bien les conséquences esthétiques que le déficit fonctionnel. En revanche, ils ne prennent pas en considération toutes les conséquences comme la kératite par exemple. *L'écoulement salivaire* qui est fréquemment la seule conséquence d'une parésie faciale n'existe d'ordinaire que d'un côté sur la base d'un trouble fonctionnel partiel de la *branche cervico-faciale* et détermine une altération importante correspondant à 5%.

Lors de la combinaison d'une parésie faciale avec d'autres atteintes à l'intégrité du visage, il faut additionner tout d'abord les valeurs des IPAI selon la table. La somme obtenue doit être comparée aux autres valeurs importantes des tables. On constate que souvent la simple addition donne des valeurs trop élevées. En aucun cas, la position pour une très grave défiguration (IpAI 50%, annexe 3 de l'OLAA) ne doit être dépassée.

3. Nerf glossopharyngien

Les troubles fonctionnels découlant d'une altération du nerf glossopharyngien doivent être compris dans l'ensemble des troubles fonctionnels.

4. Nerf vague

La parésie du nerf récurrent n'est prise ici en considération que pour la gêne respiratoire d'origine mécanique. Ses conséquences sur la phonation sont évaluées dans le cadre des troubles fonctionnels. Il en résulte, ici aussi, que l'on ne peut se limiter à une simple addition arithmétique mais qu'il faut pratiquer une évaluation globale en comparaison avec d'autres positions.

Par *léger* stridor on entend celui qui ne survient qu'à l'occasion d'importantes sollicitations puis disparaît rapidement dès que l'effort a cessé, ou s'aggrave tout au plus, lors d'une exacerbation dans le cadre d'une grave infection. Lorsque le stridor survient déjà lors de sollicitations légères et quotidiennes, il s'agit d'un degré

moyen. Le stridor *grave* persiste aussi au repos et conduit tôt ou tard à l'usage permanent d'une canule ou à une fixation latérale. L'atteinte à l'intégrité lors d'un grave stridor doit être combinée le plus souvent avec une position se rapportant aux troubles de la phonation et à la nécessité du port d'une canule à demeure.

II. Troubles fonctionnels

Table

1. Troubles de l'articulation (par lésions neurologiques centrale ou périphérique ou par déficit organique):	
– Langage facilement compréhensible (zézayer par exemple)	5 %
– Langage difficilement compréhensible	30 %
– Langage incompréhensible	60 %
2. Troubles de la phonation (= troubles de la voix):	
Avec raucité lors d'efforts	5 %
Avec raucité persistante	20 %
Aphonie (chuchotement seul encore possible)	30 %
3. Perte du larynx (y compris le port éventuel d'une canule à demeure):	
Compensée	50 %
Partiellement compensée	60 %
Non compensée	70 %
4. Porteur d'une canule à demeure:	
Bien compensé	20 %*
Modérément compensé	40 %*
Mal compensé	50 %*
5. Troubles de la déglutition:	
Légers (aspiration occasionnelle)	10 %
Moyens (aspirations fréquentes avec complications nécessitant une alimentation liquide)	25 %
Graves (nécessitant une sonde gastrique)	40 %

* Voir aussi IpAI pour les troubles de la phonation sous «commentaires»

Commentaires sur les troubles fonctionnels

Des positions seront combinées le plus souvent avec les pertes de substances et le déficit fonctionnel des organes et des nerfs intéressés. En règle générale, elles ne pourront pas être additionnées arithmétiquement. Un classement «selon la liste» doit être établi.

1. Troubles de l'articulation

On parle de *langage difficilement compréhensible* lorsque la majorité des personnes de l'extérieur ne le comprennent pas d'emblée bien qu'elles soient assez familières au patient. Le *langage est incompréhensible* lorsque les proches parents ne saisissent que des fragments.

2. Troubles de la phonation

Les atteintes à l'intégrité doivent être durables, la situation doit être évaluée en dehors de tout état infectieux.

3. Perte du larynx

La laryngectomie est considéré comme *compensé* lorsque toutes les activités normales sont possibles à part, bien sûr, les restrictions qui découlent de la laryngectomie. En règle générale, ces patients maîtrisent soit la voix oesophagienne de substitution soit un langage bien compréhensible avec l'aide d'un système électronique. Lors d'affections banales des voies respiratoires, ils ne nécessitent aucun soin particulier. De même, l'alimentation n'est le fait d'aucune gêne. On parle de *compensation partielle* lorsque, au plus, une ou deux fois par année, un traitement est nécessaire pour une infection des voies respiratoires et que, malgré quelques restrictions dans ses activités, le patient mène une vie normale pour la plus grande part. La situation *n'est pas compensée* lorsque des soins sont nécessaires de manière plus ou moins constante et qu'il existe de nettes restrictions dans les activités quotidiennes. De graves complications surviennent souvent à la suite d'infections des voies respiratoires.

4. Porteurs de canule à demeure

Dans l'ensemble, les mêmes règles sont valables que pour la perte du larynx sous chiffre 3.

5. Troubles de la déglutition

Ces troubles, chez les laryngectomisés ou chez les porteurs de canule à demeure, sont compris dans l'appréciation.
