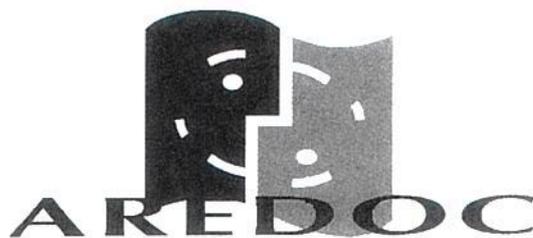


LA LETTRE



JOURNAL D'INFORMATION DE L'AREDOC ET DU CENTRE DE DOCUMENTATION

Classification des gênes temporaires partielles (GTP) constitutives d'un déficit fonctionnel temporaire partiel (DFTP)

L'AREDOC fait siennes les réflexions menées par la SFML et la FFAMCE qui sont reproduites in extenso ci-dessous :



Préambule

La nomenclature Dintilhac définit le déficit fonctionnel temporaire ainsi :

« Ce poste de préjudice cherche à indemniser l'invalidité subie par la victime dans sa sphère personnelle pendant la maladie traumatique, c'est-à-dire jusqu'à sa consolidation.

Cette invalidité par nature temporaire est dérogée de toute incidence sur la rémunération professionnelle de la victime, laquelle est d'ailleurs déjà réparée au titre du poste « Pertes de gains professionnels actuels ».

A l'inverse, elle va traduire l'incapacité fonctionnelle totale ou partielle que va subir la victime jusqu'à sa consolidation. Elle correspond aux périodes d'hospitalisation de la victime, mais aussi à la « perte de qualité de vie et à celle des joies usuelles de la vie courante » que rencontre la victime pendant la maladie traumatique (séparation de la victime de son environnement familial et amical durant les hospitalisations, privation temporaire des activités privées ou des agréments auxquels se livre habituellement ou spécifiquement la victime, préjudice sexuel pendant la maladie traumatique, etc.) ».

Cette gêne partielle, dégressive par nature, en fonction de l'évolution des lésion doit faire l'objet d'un descriptif précis qui figurera au chapitre concerné dans l rapport d'expertise intitulé « *retentissement personnel* ».

Deux situations possibles peuvent être retrouvées :

- soit la victime est gênée **partiellement dans toutes** ses activités sans pour autant que celles-ci soient rendues impossibles,
- soit elle est gênée **totalemment dans une** de ses activités alors qu'elle peut en réaliser d'autres.

L'évaluation de cette gêne temporaire partielle passe par une description méthodique. Le médecin précisera son caractère partiel, expliquera en quoi consiste la dégressivité de la gêne et en indiquera les durées séquentielles et/ou les dates de début et de fin.

La tentation est grande de fixer un taux en pourcentage mais il convient de rappeler que les gênes temporaires partielles ne sont pas une AIPP³ temporaire. En effet le DFT comporte non seulement les gênes fonctionnelles mais également les conséquences temporaires sur l'agrément et la vie sexuelle, ce qui n'est pas le cas de l'AIPP (le préjudice d'agrément et le préjudice sexuel définitifs sont des postes autonomes).

Dans le tableau ci-dessous le pourcentage de la gêne temporaire totale n'est qu'indicatif. **Seule la classe retenue pour la GTP doit figurer dans le rapport d'expertise**

Classification des gênes temporaires partielles constitutives d'un DFTP

CLASSE	INDICE DE GRAVITÉ
Classe IV	de l'ordre de 75 % de la gêne totale
Classe III	de l'ordre de 50 % de la gêne totale
Classe II	de l'ordre de 25 % de la gêne totale
Classe I	de l'ordre de 10 % de la gêne totale

III. EXEMPLES PRATIQUES⁴

A la lumière de l'expérience du quotidien des experts, des exemples pratiques ont été retenus. Cette liste n'est évidemment pas exhaustive et l'expert doit s'attacher à procéder par comparaison avec les descriptions proposées.

Par ailleurs, il adaptera le choix d'une classe en se rapportant aux activités personnelles du blessé, à son âge, au caractère dominant d'un membre et à ses habitudes de vie. Une immobilisation d'un membre supérieur risque de confiner une personne âgée à son domicile alors qu'un sujet jeune reprendra toutes ses activités à l'exclusion d'activités sportives.

³ Atteinte à l'Intégrité Physique et Psychique.

⁴ Les exemples choisis sont indicatifs et l'expert justifie dans son rapport la classe retenue.

Enfin, la classe proposée doit tenir compte de la situation globale du blessé. En cas de polyopathologies, il ne doit pas y avoir cumul de classes.

CLASSE	EXEMPLES
Classe IV	<ul style="list-style-type: none"> - Impotence fonctionnelle totale d'un membre supérieur d'origine neurologique . - Gêne majeure pour la locomotion nécessitant un fauteuil roulant ou un déambulateur. - Immobilisation rigide dorso-lombaire interdisant la position assise. - Troubles digestifs majeurs, stomies, avec astreinte aux soins et retentissement sur l'état général. - Désordre neuro-cognitif sévère entravant la gestion du quotidien. - Troubles psychiatriques sévères justifiant un suivi spécialisé et une contrainte thérapeutique spécifique majeure.
Classe III	<ul style="list-style-type: none"> - Immobilisation totale d'un membre supérieur avec préhension déficitaire. - Locomotion possible seulement avec deux cannes anglaises. - Immobilisation de deux segments rachidiens (cervico-dorsal ou dorso-lombaire) par contention rigide, avec sorties possibles. - Fracture de plus de trois côtes avec gêne respiratoire avérée. - Désordre neuro-cognitif avec retentissement socio-familial mais compatible avec une autonomie pour les actes de la vie courante. - Troubles psychiatriques avérés compatibles avec une vie relationnelle mais nécessitant un suivi spécialisé régulier. - Blocage bimaxillaire avec alimentation à la paille. - Perte de la vision d'un œil ou hémianopsie latérale homonyme pendant la période de soins ou d'adaptation.
Classe II	<ul style="list-style-type: none"> - Contention de soutien d'un membre supérieur avec préhension déficitaire. - Locomotion possible avec une canne. - Immobilisation par collier cervical rigide ou ceinture de maintien lombaire. - Douleurs thoraciques avec dyspnée d'effort (un étage) et nécessité de rééducation respiratoire. - Vertiges paroxystiques bénins pendant la phase aiguë. - Désordres neuro-psychologiques avec difficultés de mémorisation, phobies, conduites d'évitement justifiant un suivi médical régulier par un spécialiste.
Classe I	<ul style="list-style-type: none"> - Préhension possible avec soins actifs en cours. - Locomotion algique effectuée sans aide technique avec soins actifs en cours. - Raideur douloureuse d'un segment rachidien avec utilisation épisodique d'une contention souple. - Douleurs intermittentes avec suivi médical et thérapeutique en cours. - Atteinte psychologique mineure avec traitement léger et/ou soutien psychologique.

