

1 « Appréciation médico-légale des traumatismes du membre supérieur »  
2 Cours pour le DU de réparation du préjudice corporel, Pr G.Leonetti  
3 Faculté de Médecine de Marseille  
4 Le 14 février 2011  
5  
6  
7 Pr Alain Delarque\*, Pr Jean-Michel Viton, Dr Laurent Bensoussan  
8 Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation  
9 Assistance Publique Hôpitaux de Marseille  
10 CHU Timone 13005 Marseille  
11 tél : 04 91 38 56 01  
12 fax : 04 91 38 46 12  
13 email :  
14 [alain.delarque@ap-hm.fr](mailto:alain.delarque@ap-hm.fr)  
15  
16 site enseignement  
17 <http://www.univmed.fr/ehm>  
18  
19

20  
21 Le membre supérieur est essentiellement destiné à la préhension, mais il a d'autres fonctions tout  
22 aussi importantes comme la protection du corps, le maintien de l'équilibre, la communication et  
23 d'une façon générale les relations entre les individus. Il est fréquemment le siège de traumatismes  
24 dans le cadre d'accidents domestiques, de la circulation ou du travail.

25  
26 L'appréciation médico-légale des traumatismes du (ou des membres) supérieur(s) impose d'avoir  
27 une très bonne connaissance de l'anatomie, de la physiologie du membre supérieur et du  
28 mouvement.

29 L'expert doit avoir une méthodologie d'examen rigoureuse. Il doit prendre le temps de bien  
30 écouter le sujet victime du traumatisme, sa famille, de consulter les documents médicaux initiaux,  
31 les comptes-rendus chirurgicaux et les examens d'imagerie et d'électrophysiologie.

32 Si des progrès considérables ont été faits dans le domaine du diagnostic lésionnel, l'évaluation  
33 fonctionnelle quantifiée du membre supérieur reste limitée en pratique clinique. La connaissance  
34 de la physiologie et de la physiopathologie des mouvements impliquant les membres supérieurs  
35 est un domaine de recherche passionnant. Les techniques d'analyse quantifiée du mouvement,  
36 l'exploration des phases préparatoires au mouvement grâce à l'imagerie par RMN nous apportent  
37 des données sur l'organisation de la motricité des membres supérieurs, ses modifications après  
38 des traumatismes.

39  
40 L'expert doit être méthodique dans son évaluation du dossier médical. Nous proposons ici un  
41 plan qui est celui que nous utilisons au sein du Pôle d'Activités Médicales Inter Sites de  
42 Médecine Physique et de Réadaptation de l'Assistance Publique Hôpitaux de  
43 Marseille.(PMPR.AP-HM)

#### 44 45 **1 Histoire clinique**

46 Elle est retracée en écoutant le récit du sujet, celui de ses proches, en examinant de façon  
47 exhaustive tous les documents médicaux.

48 La chronologie exacte des évènements doit être retrouvée, avec des dates précises.

#### 49 50 **2 Biographie**

51 La biographie reprend l'histoire de l'individu à partir de sa naissance, sa formation scolaire, ses  
52 études secondaires et supérieures, ses activités professionnelles, ses activités sportives et de  
53 loisirs.

54 Ce recueil de la biographie est très souvent l'occasion de noter des informations utiles pour la  
55 suite de l'expertise. La pratique d'activités professionnelles manuelles lourdes, de certains sports,  
56 s'accompagne bien souvent de traumatismes mineurs ou majeurs des membres supérieurs. C'est  
57 le cas des lésions du nerf sus-scapulaire chez les volleyeurs, des lésions de la coiffe des muscles  
58 rotateurs de l'épaule chez les nageurs de compétition, des lésions digitales chez les judokas ...

#### 59 60 **3 Antécédents médicaux**

61 Exemples : luxations traumatiques antérieures de l'épaule, elles ont pu s'accompagner de lésions  
62 neurologiques, elles peuvent aussi survenir sur un terrain d'hyperlaxité constitutionnelle qui  
63 pourra représenter un état antérieur pathologique.

#### 64 65 **4 Examen clinique**

66 Il va débiter par le recueil des doléances spontanées du sujet, de ses souhaits et de ses projets. A

67 la suite est réalisé un interrogatoire orienté sur les différentes déficiences qui sont généralement  
68 observées, sur les activités, la participation, les situations de handicap, les facteurs  
69 environnementaux matériels et humains et la qualité de vie.

70  
71 Un examen clinique sera ensuite fait, appréciant dans les meilleures conditions d'examen les  
72 déficiences et les activités. Si cela est nécessaire l'évaluation de la participation pourra se faire en  
73 situation de vie réelle. Il en sera de même de l'étude des facteurs environnementaux matériels et  
74 humains. L'examen clinique sera toujours couplé et comparé aux données para cliniques.  
75 L'examen clinique du membre supérieur implique d'avoir un sujet dévêtu jusqu'à la taille

## 76 77 **5 Le bilan lésionnel**

78 C'est l'étape qui appartient au médecin. Lui seul a été formé et évalué sur ses compétences à  
79 établir le diagnostic lésionnel. L'évolution des connaissances, comme dans beaucoup d'autres  
80 champs d'activités professionnelles, impose parfois, au médecin généraliste ou spécialiste, de  
81 faire appel à d'autres confrères pour avoir des avis compétents : examen  
82 électroneuromyographique (ENMG), bilans d'imagerie, avis chirurgicaux ...

83 Le bilan lésionnel doit évaluer tous les tissus.

84 Il est renseigné par l'histoire clinique, les documents, les avis de spécialistes:

- 85 - les circonstances de l'accident (récit du sujet, de témoins ...)
- 86 - le mécanisme lésionnel, c'est par exemple un mouvement d'inclinaison latérale du rachis  
87 cervical avec abaissement du moignon de l'épaule controlatérale dans les atteintes du plexus  
88 brachial, lors d'accidents de deux roues,
- 89 - les différents certificats médicaux, compte-rendus opératoires, examens complémentaires  
90 (électrophysiologie, imagerie, échographie) qui doivent être consultés.

91  
92 Il faut faire le bilan complet des lésions et préciser le lien de causalité entre le fait accidentel et  
93 celles-ci.

94 Au terme de ce bilan lésionnel, l'expert peut conclure par exemple :

95 « il s'agit d'un sujet de 20 ans qui présente une paralysie complète du membre supérieur gauche,  
96 par lésion du plexus brachial consécutive à son accident de 2 roues survenu le 21 02 2003.

97 Ce sujet n'avait pas d'antécédents pathologiques au niveau du membre supérieur gauche»

98 Mais le même type de lésion n'entraîne pas les mêmes conséquences chez tous les sujets. Après  
99 le bilan lésionnel seront réalisés des bilans des déficiences, des capacités, des situations de  
100 handicap et de participation, des facteurs environnementaux et de qualité de vie.

## 101 102 **6 Le bilan des déficiences**

103 le recueil des doléances est ici très important. Il est complété par un interrogatoire orienté faisant  
104 préciser les douleurs éventuelles, les défauts de mobilité, les déficits de force musculaire, les  
105 troubles de la sensibilité comme les paresthésies, l'anesthésie.

106 Les signes décrits par le sujet seront comparés aux résultats de l'examen clinique qui comporte  
107 des évaluations articulaires, musculaires, de la sensibilité, des troubles trophiques et circulatoires.

108 Il faut aussi veiller à ce que les déficiences observées soient ou non en rapport direct avec le fait  
109 accidentel. Une raideur articulaire, une lésion cutanée, une infection ostéo-articulaire peuvent être  
110 en rapport avec la lésion initiale ou liées à un aléa thérapeutique.

### 111 **6 1 l'évaluation de la douleur**

112 Elle est qualitative ou quantitative. L'évaluation qualitative s'informe sur différents

113 paramètres : topographie, caractères inflammatoire ou mécanique, douleurs de type neurologique  
114 etc.

115 L'évaluation quantitative : la douleur est subjective, son évaluation se fait par le rapport verbal du  
116 patient ou l'observation de son comportement.

117 Les mesures subjectives verbales :

118 L'échelle Numérique (EN) introduite par Likert en 1932. L'EN est graduée de 0 à 10 et  
119 comprend donc 11 niveaux. Les extrémités portent les mentions « pas de douleur » et « douleur  
120 maximale imaginable » Le patient entoure le chiffre correspondant à l'intensité de la douleur  
121 qu'il ressent.

122 L'échelle verbale simple ou EVS de Keele.KD en 1948. comprend 5 propositions numérotées de  
123 0 à 5. Le patient choisit le qualificatif correspondant à sa douleur.

124 L'échelle visuelle analogique de Price.DD, 1994, EVA est la plus utilisée en pratique clinique  
125 aujourd'hui. Elle se présente sous la forme d'une ligne horizontale ou verticale de 10 cm de long  
126 et dont les extrêmes portent les mentions « pas de douleur » et « douleur maximale imaginable».  
127 Le patient désigne ou fait une marque à l'endroit qui correspond le mieux à sa douleur. La valeur  
128 retenue est la mesure en mm à partir de l'extrémité minimale.

129 Parmi ces trois échelles, l'EVS qui comporte moins de trois niveaux semble moins sensible ;  
130 l'EN et l'EVA présentent la même fiabilité.

131 Ces échelles unidimensionnelles ont le désavantage d'être des indicateurs globaux et de ne pas  
132 permettre une analyse des différentes composantes de la douleur. Leur valeur descriptive est  
133 faible par rapport aux échelles comportementales ou échelles qualitatives. Les avantages de  
134 l'EVA sont sa sensibilité et la possibilité d'effectuer des mesures fréquentes car elle est de  
135 passation rapide et facile.

136 Les échelles de visages : ces méthodes ont été proposées par les anglo-saxons pour les enfants de  
137 2 à 4 ans voire plus. Des planches de visages dessinés de façon schématique représentent des  
138 niveaux progressifs de douleur. Parmi ces échelles la Faces Pain Scale de Bieri.D 1990.

139 Les mesures des composantes motrices et comportementales de la douleur.

140 La douleur est subjective mais le comportement d'un patient et les modifications de  
141 comportements habituels peuvent révéler le degré d'incapacité mais aussi la sévérité d'une  
142 douleur. Les comportements douloureux se traduisent par les plaintes verbales, les expressions  
143 pseudo-verbales (soupirs), les mimiques, les pleurs, les positions antalgiques, les gestes de  
144 protection des zones douloureuses, une réduction des mouvements et l'évitement de certains  
145 gestes, un retentissement sur la vie sociale. L'hétéro-évaluation comportementale est l'évaluation  
146 de la douleur par une tierce personne grâce à l'utilisation de critères comportementaux regroupés  
147 au sein d'une échelle. L'échelle Doloplus 2, Warry.B, 1999, est une des plus avancées en France.  
148 Elle comporte 10 items répartis en trois sous groupes proportionnellement à la fréquence  
149 rencontrée (5 items somatiques, 2 items psycho-moteurs, 3 items psycho-sociaux, chaque item est  
150 coté de 0 à 3).

## 151 **6.2 le bilan articulaire**

152 (A.Delarque, JM.Viton, 1998)

153 Une articulation normale se définit par son indolence, sa mobilité, sa stabilité, le respect de la  
154 morphologie et des alignements physiologiques. Le bilan articulaire du membre supérieur  
155 comporte un interrogatoire et un examen complet des différentes articulations. Il étudie des  
156 éléments subjectifs comme la douleur et des éléments objectifs comme les alignements, les  
157 amplitudes articulaires et la recherche de mobilités anormales.

158

159 L'objectif de ce bilan qui associe régulièrement la clinique et les examens d'imagerie est de

160 comprendre quelle est la cause d'une anomalie articulaire, que ce soit une raideur ou à l'inverse  
161 une laxité, de quantifier les anomalies observées.

162 Le bilan articulaire du membre supérieur doit être réalisé sur un sujet dévêtu jusqu'à la ceinture  
163 (torse nu chez les hommes, soutien-gorge chez les dames).

164 On peut ainsi évaluer les amplitudes articulaires. La goniométrie manuelle constitue la méthode  
165 la plus simple.

166 La laxité articulaire peut aussi être évaluée au niveau de la ceinture scapulaire : touche de piano  
167 au niveau de l'articulation acromio-claviculaire, test d'appréhension antérieure qui recherche une  
168 laxité pathologique au niveau de la gléno-humérale, subluxation inférieure de la tête humérale  
169 dans les paralysies du plexus brachial, hyper mobilités en extension du poignet des doigts...

170 Les examens d'imagerie donnent bien souvent des signes indirects de laxité avec des lésions  
171 articulaires comme les encoches au niveau de la tête humérale, les lésions du bourrelet  
172 glénoïdien.

### 173 **6 3 le bilan musculaire**

174 c'est une appréciation de toutes les caractéristiques des muscles des membres supérieurs.

175 Le bilan musculaire du membre supérieur doit être réalisé sur un sujet dévêtu jusqu'à la ceinture  
176 (torse nu chez les hommes, soutien-gorge chez les dames).

177 On recherche :

178 - une amyotrophie appréciée à la vue, à la palpation, aux mensurations des périmètres au niveau  
179 des métacarpiens (gantelet), d'avant-bras et de bras,

180

181 *amyotrophie des muscles du moignon de l'épaule avec une subluxation inférieure de la tête*  
182 *humérale (syndrome d'appendement avec vide sous-acromial)*

183

184 - une modification du tonus musculaire à type d'hypotonie ou d'hypertonie, de contractures,

185 - une modification de la course des muscles mono ou polyarticulaires,

186 On évalue la force musculaire selon le testing clinique, faisceau par faisceau, ou muscle par  
187 muscle. L'examineur doit être très expérimenté pour ne pas faire des erreurs grossières. On voit  
188 ainsi des muscles cotés à 3 qui sont cotés à zéro pour un clinicien entraîné. Les valeurs de 0 à 3  
189 sont peu dépendantes de l'examineur. Il n'en est pas de même des cotations 4 ou 5. Le testing  
190 musculaire analytique peut être modifié par la fatigue, la motivation, la douleur du patient  
191 examiné. Un déficit modéré de force musculaire, chez un sujet athlétique, pourra être sous estimé  
192 par un examinateur plus faible que le sujet examiné.

193 L'utilisation de dynamomètres permet une quantification linéaire. Elle ne permet pas l'étude  
194 analytique, muscle par muscle ou faisceau par faisceau. Elle est donc complémentaire du testing  
195 musculaire clinique.

196 Les dynamomètres isotoniques et isocinétiques permettent eux aussi des quantifications linéaires  
197 des couples de force développés par les muscles agonistes et antagonistes qui mobilisent une  
198 articulation, selon la vitesse utilisée. Ils autorisent l'étude de l'endurance.

199 Le couplage avec l'EMG de surface reste du domaine de la recherche. Il renseigne sur le contrôle  
200 neuromusculaire dans les mouvements rythmiques.

201 L'évaluation musculaire ne se limite pas à l'étude de la force et de l'endurance. L'évaluation des  
202 aptitudes neuro-musculaires, comme l'adresse, l'habileté doivent faire partie de l'examen du ou  
203 des membres supérieurs.

204 L'électromyographie de détection et de stimulo-détection n'a de valeur que dans des mains très  
205 expérimentées. Devant une amyotrophie, l'EMG permet de dire si celle-ci est liée à une atteinte  
206 neurogène ou à une non utilisation après un traumatisme.

207

208 *bilan musculaire du membre supérieur : l'anatomie impose un examen sur un sujet torse nu ou*  
209 *en soutien-gorge, les insertions du grand dorsal partent du bassin.*

#### 210 **6.4 le bilan de la sensibilité**

211 (JM.André, J.Paysant 1998)

212 « la sensibilité ou somesthésie désigne la modalité sensorielle dévolue à la connaissance du  
213 monde extérieur immédiat (extéroception) et à celle du corps moteur (proprioception).

214 la sensibilité doit être explorée selon tous les modes, superficielle, profonde, proprioceptive,  
215 thermique. Une cartographie doit être établie. Ce bilan de la sensibilité est subjectif. Confronté au  
216 bilan des réflexes et au bilan musculaire, il permet de déterminer une topographie tronculaire ou  
217 radiculaire lors d'une atteinte neurologique. Il est particulièrement important au niveau de la  
218 main. Les territoires des nerfs médian et ulnaire sont ceux qui ont le plus de valeur pour la  
219 préhension. Le nerf radial assure l'innervation sensitive de la face postérieure du premier espace  
220 interosseux. Ici aussi la confrontation avec les résultats de l'électromyogramme est très utile.  
221 Les troubles importants de la sensibilité s'accompagnent souvent de lésions des doigts ou de la  
222 main : brûlures de cigarettes par exemple.

#### 223 **6.5 Le bilan trophique et circulatoire**

224 Les cicatrices seront décrites, mesurées, au mieux photographiées avec une référence de longueur  
225 sur la photo.

226 L'œdème distal est très fréquent au niveau du membre supérieur. Il peut être quantifié en  
227 mesurant le périmètre de la main au niveau du grill métacarpien, au niveau du poignet, en  
228 observant qu'une bague n'a pas pu être laissée en place. Associé à la douleur l'œdème fait  
229 évoquer une algoneurodystrophie. Le diagnostic est clinique, paraclinique avec des signes  
230 scintigraphiques et en IRM précoces, radiologiques tardifs et durables.

231 Les syndromes du défilé thoraco-brachial doivent être confirmés par des spécialistes,  
232 neurologues, chirurgien vasculaire ou angéologue avec l'apport des examens complémentaires  
233 (échodoppler artériel et veineux, électromyogramme).

234

#### 235 **7 Le bilan des capacités**

236 L'évaluation des capacités fonctionnelles se fait grâce à différents éléments :

237 - l'interrogatoire qui fait tout d'abord préciser les impossibilités ou les difficultés lors des  
238 activités de la vie de tous les jours, de la vie professionnelle et ou de loisirs.

239 - l'utilisation d'échelles d'évaluation permet d'être systématique. On peut se servir de la Mesure  
240 d'Indépendance Fonctionnelle ou MIF. Il s'agit d'une évaluation fonctionnelle générique,  
241 applicable à toutes les pathologies du membre supérieur. Certains de ses items concernent les  
242 membres supérieurs : « alimentation, soins de l'apparence, toilette, habillage partie supérieure du  
243 corps, habillage partie inférieure du corps, utilisation des toilettes ».

244 D'autres bilans quantifiés fonctionnels sont spécifiques de pathologies comme le score de  
245 Constant pour la pathologie de l'épaule.

246 Lors d'une expertise un minimum de gestes utilisant les membres supérieurs doit être étudié,  
247 avec la possibilité pour le sujet de mimer ces gestes :

248 Ecrire, la comparaison avec des écrits antérieurs est intéressante. Certains paramètres sont étudiés  
249 comme l'adresse, la qualité de l'écriture, la vitesse et la fatigabilité,

250 S'alimenter, avec des couverts le sujet mime les gestes habituels de piquer un aliment, de le  
251 porter à sa bouche, il se sert à boire etc,

252 Soins de l'apparence, le sujet fait semblant de se coiffer, de se raser, de se couper les ongles des  
253 mains ou des pieds, pour les femmes de se maquiller,

254 Soins d'hygiène, le sujet montre s'il peut atteindre les différentes parties de son corps, pour la  
255 toilette,  
256 Passage aux WC, le sujet montre qu'il peut atteindre son périnée, manipuler du papier  
257 hygiénique,  
258 S'habiller, se déshabiller, se chausser.

259  
260 *S'habiller d'une seule main impose*  
261 *un temps plus long et des vêtements*  
262 *adaptés*

263  
264 On peut compléter en testant l'équilibre en monopodal et en bipodal et la participation des  
265 membres supérieurs à son maintien. L'observation du sujet qui marche permet d'analyser la  
266 mobilité des membres supérieurs : balancement symétrique, défaut de balancement du côté  
267 pathologique.

268 La conduite, peut aussi être mimée si une évaluation est nécessaire, en faisant préciser les  
269 aménagements du véhicule personnel ou professionnel. Ces aménagements ont pu être précisés  
270 sur le permis spécial.

271  
272 *les conséquences fonctionnelles d'un traumatisme du membre supérieur dépendent de l'état*  
273 *antérieur du sujet : pour se déplacer en fauteuil roulant, mettre et ôter un corset le sujet peut*  
274 *avoir perdu son indépendance du fait du traumatisme récent du ou des membres supérieurs ...*

275  
276 **8 Le bilan en situation de vie réelle**  
277 C'est un élément indispensable. Il est fait par l'expert ou établi par d'autres professionnels de  
278 santé comme les ergothérapeutes. Dans le cadre de la convention qui lie l'Association des  
279 Paralysés de France (APF) au Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation de l'AP-HM, des  
280 bilans sont effectués au domicile et dans le quartier des patients pour savoir par exemple, si un  
281 fauteuil roulant électrique peut être utilisé.

282 Ces bilans en situation permettent de définir  
283 - la nécessité d'aménagements des lieux de vie, de travail, de loisirs,  
284 - la nécessité et le rôle de différentes tierces personnes,  
285 - l'intérêt d'aides techniques.

286 *Etude du lieu de travail d'une*  
287 *collégienne, difficultés pour*  
288 *placer une feuille dans un*  
289 *classeur avec une seule main*  
290 *valide*

291  
292 *Etude d'un repas chez un sujet*  
293 *utilisant une prothèse de membre*  
294 *supérieur*

295  
296 **9 Le bilan de la participation**  
297 du sujet à la vie familiale, sociale, professionnelle, culturelle, religieuse et aux loisirs  
298 le rôle, la part prise par le sujet dans la cellule familiale, dans le milieu du travail, si ce dernier a  
299 pu être repris sont étudiés.

300

301 Avec des capacités semblables certains sujets vont toujours jouer un rôle important dans leurs  
302 milieux de vie ou au contraire vont « se replier » sur eux-mêmes et ne plus participer. Très  
303 souvent le regard des autres est évoqué comme une des raisons à l'origine de ce repli sur soi.

304  
305 La fonction sexuelle  
306 « à l'origine intégrées dans le préjudice physiologique global, et évaluées par l'incorporation  
307 dans l'incapacité permanente partielle, les atteintes de la fonction sexuelle s'en sont  
308 progressivement dégagées, et leur nature de préjudice personnel, extrapatrimonial, n'est plus  
309 guère discutée par la jurisprudence...La fonction sexuelle paraît pouvoir être scindée, sans doute  
310 de façon un peu artificielle, en deux grands aspects : la fonction de plaisir, résultant de la capacité  
311 à accomplir l'acte sexuel ; la fonction de fertilité, ou capacité de procréation » in Barème  
312 d'évaluation médico-légale de la Société de Médecine légale et de Criminologie de France et de  
313 l'Association des Médecins Experts en dommage corporel, éditeur : ESKA et Alexandre  
314 Lacassagne, 2000

315 Une amputation bilatérale des membres supérieurs pourra perturber la fonction de plaisir.

316

### 317 **10 Le bilan des facteurs environnementaux humains et matériels**

318 Facteurs environnementaux humains : (*environment*)

319

320 Le récit sur 24h de la participation des proches, sur leurs interventions apporte des informations  
321 sur le rôle des tierces personnes auprès du sujet.

322 Facteurs environnementaux matériels :

323 Seront étudiés, le cadre de vie habituel, les modalités des déplacements, les cadres de vie en  
324 dehors du domicile dans lesquels le sujet est amené à se rendre de façon régulière ou  
325 occasionnelle (restaurants, cinémas, piscine, terrains de sports, véhicules...)

326

### 327 **11 Le bilan de la qualité de vie**

328 Elle peut être appréciée de façon qualitative ou en utilisant des outils quantifiés d'évaluation de la  
329 qualité de vie (EVA) ou autres échelles, comme le SF36

330 (<http://www.afrek.com/fiches/rub6/bilansf3.pdf>).

331 Différentes échelles d'évaluation de la qualité de vie existent, elles ont un intérêt pour des études  
332 de populations ou pour apprécier l'évolution dans le temps au niveau individuel.

333 L'utilisation de ces échelles ou questionnaires vient compléter les autres types de bilans.

334 Plusieurs personnes ayant les mêmes capacités fonctionnelles, les mêmes situations de handicap,  
335 peuvent vivre différemment leurs expériences et apprécier de façon différente leur qualité de vie.

336

### 337 **12 Evolution**

338 La pathologie est toujours évolutive.

339 Les lésions initiales sont guéries ou consolidées avec des séquelles.

340 La consolidation est datée.

341

342

343 Au total

344

345 Dans les traumatismes du membre supérieur le médecin expert va

346 - déterminer les lésions consécutives au fait accidentel,

347 - indiquer après s'être fait communiquer tous documents relatifs aux examens, soins et



348 interventions dont la victime a été l'objet, leur évolution et les traitements appliqués ;  
349 préciser si ces lésions sont bien en relation directe et certaine avec l'accident,  
350 - déterminer la durée de l'incapacité temporaire de travail en indiquant si elle a été totale ou  
351 si une reprise partielle est intervenue ; dans ce cas, en préciser les conditions et la durée,  
352 - dégager, en les spécifiant, les éléments propres à justifier une indemnisation,  
353 au titre de la douleur. « Comportent les douleurs tant physiques que psychologiques, mais  
354 aussi toutes les contraintes, tous les désagréments, tous les troubles dans les conditions  
355 d'existence subis pendant la période qui précède la consolidation, en rapport avec les  
356 lésions initiales » référence, Barème d'évaluation médico-légale de la Société de  
357 Médecine légale et de Criminologie de France et de l'Association des Médecins Experts  
358 en dommage corporel, éditeur : ESKA et Alexandre Lacassagne, 2000.  
359 Un sujet porteur d'une amputation des deux membres supérieurs sera dépendant de tierces  
360 personnes pour aller aux toilettes, manger... En dehors des douleurs cette dépendance  
361 « dégradante » entre dans le cadre des souffrances psychiques.  
362 et  
363 éventuellement du préjudice esthétique,  
364 « sont intégrés dans le dommage esthétique les cicatrices, déformations, modifications de  
365 coloration ou de relief de la peau, des téguments notamment, mais également tous les éléments  
366 disgracieux, statiques ou dynamiques, ainsi que les modifications du profil social, par exemple  
367 les modifications générales d'attitude, ou les altérations de la marche, mais aussi la nécessité  
368 d'utiliser des appareils ou des aides techniques (cannes, orthèses, prothèses, fauteuil roulant...) )  
369 ou encore les contraintes de protection solaire »  
370 in Barème d'évaluation médico-légale de la Société de Médecine légale et de Criminologie de  
371 France et de l'Association des Médecins Experts en dommage corporel, éditeur : ESKA et  
372 Alexandre Lacassagne, 2000  
373 L'aspect du membre supérieur, sa dynamique doivent être pris en considération.  
374 *La limitation de la mobilité, l'asymétrie des mouvements entre les membres supérieurs, une*  
375 *mobilité anormale d'un membre supérieur, représentent des préjudices esthétiques* en les  
376 qualifiant de très léger, léger, modéré, moyen assez important, important et très important,  
377  
378 - fixer la date de consolidation des blessures, de dire si, du fait des lésions constatées  
379 initialement, il existe une atteinte permanente d'une ou plusieurs fonctions et dans  
380 l'affirmative, après en avoir précisé les éléments, chiffrer le taux du déficit physiologique  
381 résultant au jour de l'examen de la différence entre la capacité antérieure, dans le cas  
382 échéant, les anomalies devront être discutées ou évaluées, et la capacité actuelle,  
383 Le taux d'IPP consécutif à l'accident est fixé en fonction de barèmes. En référence au Barème  
384 d'évaluation médico-légale de la Société de Médecine légale et de Criminologie de France et de  
385 l'Association des Médecins Experts en dommage corporel, éditeur : ESKA et Alexandre  
386 Lacassagne, 2000 voici quelques exemples de taux d'IPP dans les atteintes des membres  
387 supérieurs :  
388 désarticulation interscapulo-thoracique du membre dominant 60 à 65 %  
389 paralysie complète du plexus brachial du membre dominant 60 % à 50 %  
390 perte totale de la fonction de la main (par amputation, ankylose de toutes les articulations  
391 ou atteinte neurogène) coté dominant 45%, non dominant 40%  
392 raideur modérée de l'épaule coté dominant 5 à 10%, non dominant 3 à 8%.  
393  
394 - dire si l'état de la victime est susceptible de modification en aggravation ou amélioration ;

395 dans l'affirmative, fournir au Tribunal toutes précisions utiles sur cette évaluation, son  
396 degré de probabilité et, dans le cas où un nouvel examen lui apparaîtrait nécessaire,  
397 indiquer le délai dans lequel il devra être procédé,

398  
399 La surveillance et les traitements nécessaires  
400 (prises de médicaments antalgiques, kinésithérapie, port et renouvellement d'orthèses de  
401 poignet et ou de main).

402 L'avenir évolutif des lésions est à préciser dans certains cas

403  
404 - dire si malgré son incapacité permanente, la victime est au plan médical physiquement et  
405 intellectuellement apte à reprendre, dans les conditions antérieures ou autres, l'activité  
406 qu'elle exerçait lors de l'accident.

407  
408 - dire si l'aide d'une tierce personne est nécessaire à court terme, à long terme, voire  
409 définitivement et, dans l'affirmative, fixer la durée quotidienne nécessaire et déterminer  
410 les frais futurs y compris les aménagements immobiliers nécessaires.

411 Les aides environnementales

412 (adaptation du domicile après un bilan par un ergothérapeute, par exemple : en ramenant  
413 des rangements à une hauteur plus facilement accessible lors d'un déficit des muscles  
414 élévateurs des membres supérieurs) pour permettre certaines activités ;

415 Les aides humaines (aides ménagères pour réaliser des tâches domestiques lourdes).

416

417 Au total, l'évaluation des conséquences médico-légale des traumatismes du membre supérieur  
418 nécessite de bonnes connaissances cliniques, implique un examen minutieux et attentif. Dans  
419 l'avenir les techniques d'évaluation quantifiée du mouvement, appliquées dès maintenant aux  
420 membres inférieurs, devraient venir compléter nos bilans cliniques, sans jamais les remplacer.

421

422 Bibliographie :

423 · A.Delarque, JM.Viton, Bilan articulaire des membres in Traité de médecine physique et  
424 de réadaptation, 1998, JP.Held, O.Dizien, chap 4, 30-42

425 · Huskisson E. Measurement of pain. Lancet 1974; 2:1127-31.

426 · JM.André, J.Paysant Bilan de la sensibilité, in Traité de médecine physique et de  
427 réadaptation, 1998, JP.Held, O.Dizien, chap 5, 43-49

428 · JM.André, N.Martinet Préhension, in Traité de médecine physique et de réadaptation,  
429 1998, JP.Held, O.Dizien, chap 11,111-117.

430 · François Béthoux, Paul Calmels, Guide des outils de mesure et d'évaluation en médecine  
431 physique et de réadaptation, Editions Frison-Roche, 2003.

432 · H.O. Kendall, F.P. Kendall, G.E. Wadsworth, Les muscles, bilan et étude fonctionnelle.

433 Maloine s.a Editeurs

434 · Le Concours Médical. Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit  
435 commun. Le concours médical Edition 2001.

436 · Barème d'évaluation médico-légale de la Société de Médecine légale et de Criminologie de  
437 France et de l'Association des Médecins Experts en dommage corporel, éditeur : ESKA et  
438 Alexandre Lacassagne, 2000.

439

440 Site internet

441 ANAES : [www.anaes.fr](http://www.anaes.fr)

442  
443 Enseignements complémentaires :  
444 Informations auprès du secrétariat de Médecine Physique, madame Favre, par mail  
445 [favre@zola.marron.univ-mrs.fr](mailto:favre@zola.marron.univ-mrs.fr)  
446 · DIU de mésothérapie, pour les examens cliniques programmés de l'appareil locomoteur,  
447 · DIU de médecine manuelle, ostéopathie, pour les examens cliniques programmés de  
448 l'appareil locomoteur,  
449 · DU d'analyse de la posture et du mouvement, pour les examens cliniques programmés et  
450 les examens quantifiés de l'appareil locomoteur,  
451 · European School Marseille, université européenne d'été « motor disabilities, assessment,  
452 rehabilitation, neurophysiological supports » 1/13 juillet 2008, amphi HA3 CHU Timone, pour  
453 les méthodes modernes d'évaluation de la mobilité.  
454 · Capacité de biologie et médecine du sport, pour les examens cliniques programmés de  
455 l'appareil locomoteur et pour les examens complémentaires en traumatologie de l'appareil  
456 locomoteur  
457 · EPU du service de médecine du sport, hôpital Salvator AP-HM, pour les examens  
458 cliniques programmés de l'appareil locomoteur et pour les examens complémentaires en  
459 traumatologie de l'appareil locomoteur  
460