



**COMMISSION NATIONALE  
DES ACCIDENTS MEDICAUX**

Paris, le **08 FEV. 2012**

**RECOMMANDATION RELATIVE À L'ÉVALUATION DU**  
**DEFICIT FONCTIONNEL TEMPORAIRE**

Dans sa recommandation du 20 mai 2008, la Commission nationale des accidents médicaux vous a demandé d'inviter les experts auxquels vous recourez à utiliser la nomenclature dite Dintilhac pour évaluer le déficit fonctionnel temporaire des personnes demandant la réparation des dommages qu'elles imputent à un accident médical, une affection iatrogène ou une infection nosocomiale.

Par ailleurs, la loi n° 2009-526 du 12 mai 2009 de simplification et de clarification du droit et d'allègement des procédures a prévu la durée du déficit fonctionnel temporaire parmi les critères d'accès aux CRCI et pour la détermination de l'aléa thérapeutique (article L.1142-1 du code de la santé publique). Le décret n° 2011-76 du 19 janvier 2011 est venu en préciser l'application.

Le rapport Dintilhac précise la définition de ce préjudice (préjudice visant à indemniser l'incapacité subie par la victime dans sa sphère personnelle pendant la maladie traumatique et jusqu'à la consolidation de son état), dont il indique qu'il correspond aux périodes d'hospitalisation, mais aussi à la perte de la qualité de vie et des joies usuelles de la vie courante que rencontre la victime durant la maladie traumatique, comme la séparation de la victime de son environnement familial et amical durant l'hospitalisation, la privation temporaire des activités privées ou d'agrément auxquelles se livrait habituellement ou spécifiquement la victime, le préjudice sexuel, les gênes dans les actes de la vie courante, les troubles dans les conditions d'existence, le préjudice d'agrément, que la victime ait ou non une activité professionnelle.

Des difficultés d'application ont été signalées à la CNAMed pour la mise en œuvre de ce dispositif, notamment pour ce qui est relatif aux cas de déficit fonctionnel temporaire partiel.

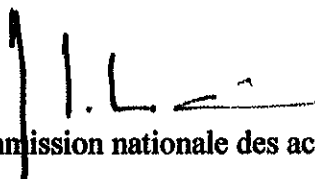
Elles pourraient être résolues, en l'état, par les observations issues des travaux effectués en commun par la Fédération française des associations de médecins conseils experts et la Société française de médecine légale qui ont proposé un mode d'évaluation personnalisé, ainsi que la recommandation l'avait indiqué.

Afin de faciliter l'appréhension et l'utilisation par les experts et les CRCI, dans toutes les régions, des critères composant le déficit fonctionnel temporaire, et ainsi d'aboutir à une appréciation harmonisée de cette notion, la CNAMed estime utile de préconiser que ces conclusions soient mieux connues des différents intervenants.

Dans ce but, il apparaît important de vous communiquer directement et, par votre intermédiaire, de communiquer aux experts que vous désignez, ces conclusions qui figurent en annexe de la présente recommandation. Vous êtes invités à demander aux experts de s'inspirer des résultats de ces travaux dans leurs expertises.

\* \*  
\*

Je vous remercie de bien vouloir veiller à la meilleure application de cette recommandation et de faire connaître à la CNAMed les difficultés que vous pourriez rencontrer ou les experts vous faire savoir dans cette application.



Le Président de la Commission nationale des accidents médicaux

Dominique LATOURNERIE

## **CLASSIFICATION DES GÊNES TEMPORAIRES PARTIELLES (GTP) CONSTITUTIVES D'UN DÉFICIT FONCTIONNEL TEMPORAIRE PARTIEL (DFTP)<sup>1</sup>**



### **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 dégagée de toute incidence sur la rémunération professionnelle de la victime, laquelle est d'ailleurs déjà réparée au titre du poste perte 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'hospitalisations de la victime, mais aussi à la perte de qualité de vie et 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.) ».*

Ainsi, ce poste regroupe non seulement le déficit de la fonction qui est à l'origine de la gêne mais également les troubles dans les conditions d'existence (TCE), les gênes dans les actes de la vie courante (GAVC), le préjudice d'agrément temporaire et le préjudice sexuel temporaire.

S'appuyant sur cette définition, la mission 2006 élaborée par l'AREDOC et mise à jour en 2009, demande au médecin de déterminer les « *gênes temporaires constitutives d'un déficit fonctionnel temporaire* ». Le point 12 de la mission est formulé de la manière suivante :

*« Que la victime exerce ou non une activité professionnelle : prendre en considération toutes les gênes temporaires subies par la victime dans la réalisation de ses activités habituelles à la suite de l'accident ; en préciser la nature et la durée (notamment hospitalisations, astreinte aux soins, difficultés dans la réalisation des tâches domestiques, privation temporaire des activités privées ou d'agrément auxquelles se livrait la victime, retentissement sur la vie sexuelle), en discuter l'imputabilité à l'accident en fonction des lésions et de leur évolution et en préciser le caractère direct et certain ».*

---

<sup>1</sup> Réflexions menées par la SFML et la FFAMCE – Octobre 2010.

## **I. Rappel médico-légal**

---

Chaque période de gêne, qu'elle soit totale ou partielle, est exclusive des autres sans cependant être nécessairement systématiquement présente. De plus, ces périodes peuvent se succéder, voire alterner dans le temps.

La date de consolidation retenue fixera la fin de la période des gênes temporaires.

**Le caractère total ou partiel d'une gêne temporaire** s'apprécie selon le type de lésion subie, son évolution et ses complications éventuelles, rapportées aux activités quotidiennes de la victime, à son âge, à l'état dans lequel elle se situait avant l'accident (personne âgée, enfant ou personne déjà handicapée par exemple). Le médecin devra s'aider de **quelques items** utilisables dans son analyse comme la possibilité pour la victime de se laver, de s'habiller, de prendre ses repas, de se déplacer, et tenir compte de la reprise de l'autonomie sphinctérienne. C'est aussi la nécessité d'un traitement anti-coagulant, le début de la verticalisation, la durée d'utilisation d'une aide technique (cannes canadiennes, cannes anglaises, déambulateur, collier cervical...), la date de première sortie hors du domicile, celle de la reprise de la conduite automobile, celle de l'utilisation des transports en commun, celle de la reprise de l'activité domestique et/ou d'agrément ou encore celle du début de rééducation au cabinet du kinésithérapeute alors qu'il venait à domicile, sauf si le blessé est conduit en VSL.

En outre, le médecin précisera le caractère dégressif de la gêne temporaire partielle en donnant les éléments permettant d'en apprécier l'intensité.

## **II. La classification des gênes temporaires partielles**

---

La gêne temporaire partielle est la période pendant laquelle la victime a repris tout ou partie de ses activités personnelles (dont ludiques et sportives).

Cette période ne fait pas nécessairement suite à une période de gêne temporaire totale. Elle peut en effet débuter immédiatement après l'accident, ce qui est assez fréquent et concerne plus spécifiquement les victimes de traumatismes mineurs ou ne touchant qu'une seule région corporelle.

Cette gêne partielle, dégressive par nature, en fonction de l'évolution des lésions, doit faire l'objet d'un descriptif précis qui figurera au chapitre concerné dans le 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 **totalement 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 AIPP<sup>2</sup> 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 <b>75 %</b> de la gêne totale
Classe III	de l'ordre de <b>50 %</b> de la gêne totale
Classe II	de l'ordre de <b>25 %</b> de la gêne totale
Classe I	de l'ordre de <b>10 %</b> de la gêne totale

### III. Exemples pratiques<sup>3</sup>

À 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.

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.

<sup>2</sup> Atteinte à l'Intégrité Physique et Psychique.

<sup>3</sup> Les exemples choisis sont indicatifs et l'expert justifie dans son rapport la classe retenue.

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

# LES GÊNES TEMPORAIRES CONSTITUTIVES D'UN DÉFICIT FONCTIONNEL TEMPORAIRE (DFT)<sup>1</sup>



## I. Bref historique

Jusqu'en 2006, pour déterminer l'arrêt temporaire des activités personnelles et professionnelles d'une même victime, coexistaient simultanément des termes mais surtout des sigles, très polymorphes. Il y eut d'abord l'ITT qui pouvait signifier aussi bien Incapacité Temporaire Totale, qu'Incapacité Totale de Travail, ou encore Incapacité Temporaire de Travail... Puis ce fut l'ITP, Incapacité Temporaire Partielle, puis l'ITPT, Incapacité Temporaire Partielle de Travail et l'ITTP, Incapacité Totale de Travail Personnel ou même Incapacité Totale de Travail Professionnel. Chaque sigle n'avait en outre pas les mêmes conséquences en fonction du cadre de son utilisation : le droit commun de la responsabilité civile utilisait l'ITT pour indemniser l'arrêt de travail mais l'a progressivement étendue aux non travailleurs, tandis que le droit pénal utilisait principalement ces sigles pour aboutir à la détermination de la compétence du tribunal.

Pour couper court à l'ambiguïté de cette notion d'ITT, qui répare à la fois la perte de gains et les gênes personnelles subies par la victime avant consolidation, le groupe de travail présidé par Jean-Pierre Dintilhac en 2005, proposant une nomenclature des postes de préjudice, a choisi de scinder en deux parties cette période en définissant deux postes de préjudice distincts.

C'est ainsi que la sphère personnelle de la victime est, dorénavant, prise en considération dans un poste dénommé « Déficit Fonctionnel Temporaire » (DFT) et que les aspects touchant la sphère professionnelle de la victime avant la consolidation sont pris en considération par le poste intitulé « Perte de Gains Professionnels Actuels » (PGPA).

## II. Définition

La nomenclature Dintilhac définit ce poste de préjudice 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 dégagée de toute incidence sur la rémunération professionnelle de la victime, laquelle est d'ailleurs déjà réparée au titre du poste perte 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*

<sup>1</sup> Réflexions menées par la SFML et la FFAMCE – Mars 2010

*d'hospitalisations de la victime, mais aussi à la perte de qualité de vie et 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.) ».*

Ainsi, ce poste regroupe non seulement le déficit de la fonction qui est à l'origine de la gêne mais également les troubles dans les conditions d'existence (TCE), les gênes dans les actes de la vie courante (GAVC), le préjudice d'agrément temporaire et le préjudice sexuel temporaire.

La mission 2006 élaborée par l'AREDOC et mise à jour en 2009, s'appuyant sur la définition de la nomenclature, individualise ce poste dans une question spécifique posée au médecin. Il s'agit du point 12 de la mission intitulé « *gênes temporaires constitutives d'un déficit fonctionnel temporaire* » et formulé de la manière suivante :

*« Que la victime exerce ou non une activité professionnelle : prendre en considération toutes les gênes temporaires subies par la victime dans la réalisation de ses activités habituelles à la suite de l'accident ; en préciser la nature et la durée (notamment hospitalisations, astreinte aux soins, difficultés dans la réalisation des tâches domestiques, privation temporaire des activités privées ou d'agrément auxquelles se livrait la victime, retentissement sur la vie sexuelle), en discuter l'imputabilité à l'accident en fonction des lésions et de leur évolution et en préciser le caractère direct et certain ».*

Les conséquences professionnelles font l'objet d'une autre question (point 13 de la mission).

### **III. Mode d'évaluation, outils, aides**

---

#### **A- Un chapitre dédié**

Tout d'abord, afin de permettre aux lecteurs du rapport d'expertise de bien retrouver les conséquences du dommage initial sur la vie personnelle de la victime, il a été décidé de leur dédier un chapitre spécifique intitulé « *retentissement personnel* ». Sont ainsi clairement exposés les éléments descriptifs nécessaires pour comprendre les durées, donc les dates de chaque période rapportées à la situation personnelle de la victime et d'en connaître la dégressivité.

Ce chapitre doit être introduit juste après celui relatif aux commémoratifs (ou rappel des faits) et, afin de bien montrer qu'il se détache des gênes à l'origine d'arrêt d'activité professionnelle, il sera suivi, si nécessaire, d'un autre chapitre intitulé « *retentissement professionnel* ».

#### **B- Raisonnement médico-légal**

Chaque période de gêne, qu'elle soit totale ou partielle, est exclusive des autres sans cependant être nécessairement systématiquement présente. De plus, ces périodes peuvent se succéder, voire alterner dans le temps.

La date de consolidation retenue fixera la fin de la période des gênes temporaires.



**Le caractère total ou partiel d'une gêne temporaire** s'apprécie selon le type de lésion subie, son évolution et ses complications éventuelles, rapportées aux activités quotidiennes de la victime, à son âge, à l'état dans lequel elle se situait avant l'accident (personne âgée, enfant ou personne déjà handicapée par exemple). Le médecin devra apprécier la nature de la gêne non pas seulement sur la foi des déclarations de la victime ou sur des circonstances indépendantes de l'aspect médical, mais sur des éléments médicaux objectifs et factuels dont il lui appartiendra de discuter l'imputabilité aux lésions initiales et à leur évolution.

Le médecin pourra s'aider de **quelques items** utilisables dans son analyse comme la possibilité pour la victime de se laver, de s'habiller, de prendre ses repas, de se déplacer, et tenir compte de la reprise de l'autonomie sphinctérienne. C'est aussi la nécessité d'un traitement anti-coagulant, le début de la verticalisation, la durée d'utilisation d'une aide technique (cannes canadiennes, cannes anglaises, déambulateur, collier cervical...), la date de première sortie hors du domicile, celle de la reprise de la conduite automobile, celle de l'utilisation des transports en commun, celle de la reprise de l'activité domestique et/ou d'agrément ou encore celle du début de rééducation au cabinet du kinésithérapeute alors qu'il venait à domicile, sauf si le blessé est conduit en VSL.

Le médecin précisera en outre si une **aide**, qu'elle soit technique ou humaine, **a été nécessaire** et pendant quelle période.

Afin de répondre à la question et être le plus descriptif possible, le médecin devra se reporter au point 4-3 de la mission<sup>2</sup> qui lui demande de « *décrire, en cas de difficultés particulières éprouvées par la victime, les conditions de reprise de l'autonomie et, lorsqu'il y a eu recours à une aide temporaire (humaine ou matérielle) en préciser la nature et la durée* ».

Ainsi, muni des informations nécessaires tant médicales que médico-légales rapportées aux activités personnelles de la victime et à son statut personnel, permettant une appréciation *in concreto*, le médecin pourra préciser non seulement le caractère total ou partiel de la gêne temporaire, mais aussi, dans le cadre de la gêne partielle, montrer que, objectivement, il existe une **dégressivité** des gênes en donnant des éléments permettant d'en apprécier l'intensité.

### **C- Les périodes de gênes temporaires**

Ainsi, le médecin pourra dégager deux types de gênes :

1. **La gêne temporaire totale** : c'est la période pendant laquelle la victime a été dans l'impossibilité totale de réaliser ses activités personnelles (dont ludiques et sportives) ou très restreinte dans les activités essentielles de la vie, pendant son hospitalisation ou à son domicile.  
A l'hôpital, dans le cadre d'une hospitalisation conventionnelle totale ou une hospitalisation partielle de jour, la gêne est considérée comme totale dès lors que la victime est assistée pour les différents actes essentiels de la vie.

---

<sup>2</sup> Mission 2006 mise à jour 2009 – www.aredoc.com

Quand la victime est à domicile, la gêne est totale dès lors qu'elle est immobilisée sans pouvoir sortir pour des raisons médicales imputables aux lésions initiales et à leur évolution.

2. **La gêne temporaire partielle** : c'est la période pendant laquelle la victime a repris tout ou partie de ses activités personnelles (dont ludiques et sportives).

Cette période ne fait pas nécessairement suite à une période de gêne temporaire totale. Elle peut en effet débiter immédiatement après l'accident. Elle est assez fréquente et concerne plus spécifiquement les victimes de traumatismes mineurs ou ne touchant qu'une seule région corporelle. Cette gêne partielle, dégressive par nature, en fonction de l'évolution des lésions, doit faire l'objet d'un descriptif précis qui figurera au chapitre concerné dans le 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 **totale 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 à l'aide des 4 classes présentées dans le tableau suivant.

**Il est à préciser que l'indice de gravité accompagnant les 4 types de classe est un pourcentage indicatif de gêne par rapport à la gêne temporaire totale et non pas un taux fonctionnel d'AIPP.**

Par ailleurs, dès lors que la nature des lésions laisse prévoir des séquelles aboutissant à un taux d'AIPP dépassant 75 %, la gêne est réputée totale.

### **Classification des gênes temporaires partielles constitutives d'un DFT**

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