Soixante-quatorzième année - N° 3768 — 24 rebia II 1405 (16 janvier 1985).

ROYAUME DU MAROC

BULLETIN OFFICIEL

ÉDITION DE TRADUCTION OFFICIELLE

Le prix du numéro : 3 DH. — Numéro des années antérieures : 4,50 DH.
Les tables annuelles sont fournies gratuitement aux abonnés

ÉDITIONS	TARIFS D'ABONNEMENT AU MAROC 6 mois	AU MAROC 1 an	A L'ÉTRANGER
Édition générale	40 DH	70 DH	*Par voie ordinaire ou aérienne, les tarifs prévus ci-contre sont majorés des frais d'envoi, tels qu'ils sont fixés par la réglementation postale en vigueur.*
Édition des débats de la Chambre des Représentants		60 DH	
Édition des annonces légales, judiciaires et administratives.	40 DH	70 DH	
Édition de traduction officielle	35 DH	60 DH	

DIRECTION ET ADMINISTRATION

Abonnement et publicité

IMPRIMERIE OFFICIELLE

Rabat-Chellah

Tél. 650-24 — 650-25

651-79 et 654-13

C.C.P. 101-16 à Rabat

L'édition de traduction officielle contient la traduction officielle des lois et règlements ainsi que le texte en langue étrangère des accords internationaux lorsqu'aux termes de ces accords, ledit texte fait foi, soit seul, soit concurremment avec le texte arabe.

SOMMAIRE

TEXTES GÉNÉRAUX

Pages

Victimes d'accidents causés par des véhicules terrestres à moteur. — Barème fonctionnel des incapacités.

Décret n° 2-84-744 du 22 rebia II 1405 (14 janvier 1985) relatif au barème fonctionnel des incapacités 55

Contrat de prêt conclu entre le Royaume du Maroc et la Communauté économique européenne.

Décret n° 2-85-35 du 22 rebia II 1405 (14 janvier 1985) approuvant le contrat de prêt de 18.000.000 d'ecus, conclu le 25 rebia I 1405 (19 décembre 1984) entre le Royaume du Maroc et la Communauté économique européenne pour le financement du projet de résorption des bidonvilles de Salé 67

Salaire minimum dans l'industrie, le commerce, les professions libérales et l'agriculture. — Revalorisation.

Décret n° 2-85-58 du 22 rebia II 1405 (14 janvier 1985) portant revalorisation du salaire minimum dans l'industrie, le commerce, les professions libérales et l'agriculture 67

Pages

Liste des zones dites « Berceaux de races » pour les espèces bovine, ovine et équine.

Arrêté du ministre de l'agriculture et de la réforme agraire n° 1064-84 du 15 safar 1405 (9 novembre 1984) établissant la liste des zones dites « Berceaux de races » pour les espèces bovine, ovine et équine 68

Douane. — Suspension des droits et taxes applicables à l'importation de certains produits.

Arrêté du ministre des finances n° 38-85 du 22 rebia II 1405 (14 janvier 1985) portant suspension des droits et taxes applicables à l'importation de certains produits. 69

TEXTES PARTICULIERS

Permis miniers.

Arrêté du ministre de l'énergie et des mines n° 1103-84 du 2 rebia I 1405 (26 novembre 1984) accordant à l'O.N.A.R.E.P. un permis de recherches d'hydrocarbures dit « M'Soun » 70

TEXTES GÉNÉRAUX

Décret n° 2-84-744 du 22 rebia II 1405 (14 janvier 1985) relatif au barème fonctionnel des incapacités.

LE PREMIER MINISTRE,

Vu le dahir portant loi n° 1-84-177 du 6 moharrem 1405 (2 octobre 1984) relatif à l'indemnisation des victimes d'accidents causés par les véhicules terrestres à moteur, notamment ses articles 5, 10 et 20,

DÉCRÈTE :

ARTICLE PREMIER. — Pour fixer le taux de l'incapacité physique permanente et, le cas échéant, des préjudices visés par l'article 10 du dahir portant loi n° 1-84-177 du 6 moharrem 1405 (2 octobre 1984) subis par la victime d'un accident causé par un véhicule terrestre à moteur, le médecin-expert doit se conformer aux prescriptions du présent décret et de l'instruction y annexée, lesquelles constituent le barème fonctionnel des incapacités.

Copie téléchargée sur bomaroc.com, non officielle. Seul le Bulletin officiel publié par le SGG (sgg.gov.ma) fait foi.

Au sens du présent décret on entend par « incapacité physique permanente » la diminution définitive de la capacité physique et psychique de la victime, entraînée par l'accident.

ART. 2. — Le médecin expert doit respecter un délai suffisant avant de fixer le taux de l'incapacité physique permanente, les lésions et séquelles subies par la victime devant être évaluées en tenant compte des possibilités prévisibles de leur atténuation ou de leur amélioration. Il ne doit pas, toutefois, dans son appréciation tenir compte des perspectives d'aggravation qui, constatées à leur survenance par un nouveau rapport d'expert, permettant à la victime de formuler une demande d'indemnisation complémentaire, conformément à l'article 20 du dahir n° 1-84-177 du 6 moharrem 1405 (2 octobre 1984) précité.

Le médecin-expert doit également donner le maximum d'informations sur la nécessité de soins spéciaux ou d'une rééducation et, le cas échéant, sur la prise en charge d'appareillage.

ART. 3. — En cas de lésions associées, l'incapacité physique permanente doit être fixée à un taux global correspondant à la synthèse consécutive à l'analyse de l'ensemble des séquelles et lésions et non à un taux résultant de l'addition des taux prévus pour chacune de ces séquelles et lésions.

ART. 4. — Le médecin-expert doit, dans le cas où l'accident aurait, également, entraîné un ou plusieurs des préjudices mentionnés à l'article 10 du dahir précité n° 1-84-177 du 6 moharrem 1405 (2 octobre 1984), préciser les données techniques permettant d'apprécier leur imputabilité à l'accident et leur caractère provisoire ou définitif.

Il doit, en ce qui concerne le préjudice esthétique et le pretium doloris, les classer, suivant leur degré de gravité, en préjudice n'ayant pas assez d'importance pour donner lieu à une indemnisation, assez important, important ou très important.

Le médecin-expert doit en outre :

— détailler la nature de l'aide permanente qui devra être apportée à la victime par une tierce personne ;

— évaluer le pretium doloris en se référant aux souffrances physiques et morales endurées par la victime essentiellement pendant la période antérieure à la consolidation des blessures et également à celles endurées pendant la période postérieure à ladite consolidation sans tenir compte, toutefois, de la réduction de capacité physiologique qu'elles seront susceptibles d'entraîner dans le temps ;

— préciser si le préjudice esthétique a eu des conséquences défavorables sur la carrière de la victime ou n'a entraîné qu'une défectuosité physique ;

— préciser si l'incapacité physique permanente a entraîné pour la victime un changement total de profession ou des conséquences défavorables de carrière et en déterminer la nature et le degré de gravité :

— fixer la durée de l'interruption de scolarité.

ART. 5. — Le présent décret sera publié au *Bulletin officiel*.

Fait à Rabat, le 22 rebia II 1405 (14 janvier 1985).

Pour contreseing :

Le ministre des finances,

ABDELLATIF JOUAHRI.

Le ministre de la santé publique,

Dr RAHAL RAHHALI.

***

Instruction fixant les taux d'incapacité physique annexée au décret n° 2-84-744 du 22 rebia II 1405 (14 janvier 1985) relatif au barème fonctionnel des incapacités

Chapitre premier

FONCTIONS DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

Ces fonctions sont multiples puisqu'elles comprennent non seulement l'ensemble des fonctions intellectuelles et la plupart des fonctions sensorielles, mais également la commande et la coordination de toutes les fonctions.

Ce chapitre concerne de nombreuses fonctions, dont la plupart des fonctions vitales et les fonctions intellectuelles, qu'il serait artificiel d'envisager une à une, ce qui explique leur regroupement dans le cadre des syndromes les plus souvent rencontrés.

A. — *Syndrome subjectif post-commotionnel*

Ce syndrome, caractérisé essentiellement par des céphalées, des sensations vertigineuses, des troubles du sommeil, de la mémoire, du caractère et de la libido, est de plus en plus souvent appelé syndrome post-commotionnel commun des traumatisés du crâne, car des techniques spécialisées peuvent parvenir à l'objectiver.

Il fait habituellement suite à un traumatisme crânien s'étant accompagné d'une perte de conscience dont la réalité et l'importance doivent être soigneusement analysées.

L'expert devra s'entourer de précautions pour dépister un véritable syndrome neurologique, une sinistrose ou une simulation. Il n'oubliera pas que la plupart des syndromes post-commotionnels disparaissent ou s'atténuent notablement en 18 mois à 2 ans.

Si l'existence réelle et l'imputabilité du syndrome sont admises suivant le nombre, l'importance, la périodicité des troubles et l'influence du traitement ..... 2 à 10%.

En cas d'évolution névrotique (voir I.C.).

En cas de troubles associés, ceux-ci doivent être appréciés indépendamment (voir 1, D et E).

B. — *Syndromes déficitaires*

Comme les syndromes neurologiques dont ils sont artificiellement dissociés (voir I.C.), ils nécessitent des examens neurologiques très complets et des examens complémentaires de plus en plus perfectionnés qui impliquent habituellement le recours au spécialiste.

L'expert devra toujours respecter un délai suffisant avant de conclure définitivement, délai d'autant plus long que le sujet est plus jeune. Ce délai peut facilement atteindre 2 ans et même davantage.

Ce sont essentiellement le côté dominant, les possibilités de la préhension, de la marche et l'estimation de la capacité globale restante qui permettront d'évaluer équitablement le taux.

L'expert tiendra compte également des troubles associés (déficit sensitif troubles cervelleux, et...) qui influencent l'adaptation fonctionnelle.

1° Monoparésie ou monoplégie :	
Membre supérieur droit (voir III - fonction des membres supérieurs)	10 à 60%
Membre supérieur gauche (voir III - fonction des membres supérieurs)	6 à 50%
Membre inférieur (voir IV - fonction locomotrice).	10 à 75%
2° Hémiparésie	10 à 40%
Hémiplégie spasmodique	50 à 70%
flasque (exceptionnellement définitive)	80 à 90%
avec troubles sphinctériens ou/et aphasie	90 à 100%

Copie téléchargée sur bomaroc.com, non officielle. Seul le Bulletin officiel publié par le SGG (sgg.gov.ma) fait foi.

3° Paraparésie et paraplégie, suivant le niveau de l'atteinte médulaire. les possibilités de déambulation, l'importance des troubles sphinctériens ..... 30 à 90%

Il est difficile de donner une évaluation plus précise, le taux pouvant même, dans des cas particuliers être inférieur ou supérieur à la « fourchette » indiquée.

4° Quadriparésie, son degré peut être assez variable, mais les taux peuvent atteindre ..... 70 à 85%

Quatriplégie, suivant les possibilités d'adaptation. 85 à 100%

5° Aphasie : atteinte plus ou moins importante de l'expression verbale, mais compréhension normale du langage parlé et écrit ..... 10 à 35%

Avec troubles de la compréhension pouvant aller jusqu'à l'impossibilité de communication avec autrui ..... 40 à 95%

6° Syndrome de la queue de cheval complet, avec troubles sphinctériens, anesthésie en salle (troubles sexuels non compris) ..... 30 à 50%

C. — *Syndromes neurologiques et psychiatriques*

L'importance des fonctions pouvant être atteintes ne permet pas de fixer un maximum.

Le recours au spécialiste psychiatre s'avère souvent nécessaire, non pour se substituer à l'expert en évaluation du dommage corporel qui devra effectuer la synthèse et fixer un taux global, mais pour préciser un diagnostic, situer l'état par rapport à l'état antérieur du sujet et renseigner sur l'évolution prévisible.

1° *Épilepsie post-traumatique*

La prudence s'impose avant d'affirmer le diagnostic d'épilepsie et de l'attribuer à un traumatisme cranio-encéphalique.

Le diagnostic repose sur un élément unique, exclusivement clinique et rigoureusement indispensable : la survenue de crises indiscutables. Or, le plus souvent, il n'y a pas eu de témoin à formation médicale et certaines crises de nature hystérique sont parfois de diagnostic difficile avec une authentique crise épileptique.

L'imputabilité à un traumatisme nécessite qu'il y ait eu un traumatisme crânien d'une certaine importance, accompagné d'une perte de connaissance, et qu'il s'agisse d'une variété d'épilepsie pouvant avoir une origine traumatique.

L'EEG est un élément de valeur, mais certaines épilepsies authentiques comportent un EEG normal.

La majorité des épilepsies post-traumatiques se révèlent dans les trois ans qui suivent l'accident.

Le taux d'I.P.P. ne peut s'évaluer qu'en tenant compte de multiples facteurs, aux premiers rangs desquels la fréquence des crises, l'importance du traitement anticonvulsivant, la psychologie du sujet et sa façon d'assumer sa nouvelle condition, en n'oubliant pas que certaines activités sont interdites aux épileptiques, l'âge enfin.

En lui-même, un EEG plus ou moins anormal ne justifie pas l'attribution d'une I.P.P.

Crises localisées, suivant la fréquence ..... 5 à 20%

Crises généralisées

- 1 crise isolée et non suivie d'un traitement ne justifie pas d'I.P.P.
- 1 ou 2 crises annuelles avec traitement régulier .. 15 à 20%
- 1 à 2 crises mensuelles permettant, sous certaines précautions, une activité normale ..... 20 à 30%
- Crises plus fréquentes obligeant à réduire ou modifier les activités habituelles ..... 30 à 40%
- Crises fréquentes interdisant une activité régulière. 40 à 50%

Un barème peut difficilement rendre compte de ces divers éléments et c'est à l'expert qu'il revient finalement, tenant compte de son expérience et des données acquises en ce domaine, de déterminer l'importance du dommage subi, tant sur le plan fonctionnel que social.

2° *Certains syndromes neurologiques* post-traumatiques tels que l'hydrocéphalie à pression normale, les fistules, ostéo-durables (hydrorhées), les syndromes parkinsoniens ne peuvent faire l'objet d'une indication chiffrée dans le cadre d'un barème. Ils nécessitent toujours l'avis d'un spécialiste et le taux doit tenir compte de la gêne fonctionnelle.

3° *Névroses post-traumatiques*

A base de réactions anxio-phobiques pouvant aller jusqu'à l'agoraphobie et parfois de réactions hystériques, elles réalisent souvent des formes masquées ou camouflées : réactions asthéno-dépressives, algies polymorphes. Un traumatisme ne peut jamais, à lui seul, être responsable d'une structure ou personnalité hystérique.

Si après un accident, apparaissent des manifestations déficitaires telles qu'une paralysie, une cécité, dont la nature névrotique peut être affirmée, on ne peut considérer le traumatisme que comme ayant joué un rôle favorisant ou déclenchant de la manifestation hystérique, mais non comme responsable de la structure elle-même.

Les symptômes spécifiques sont la labilité émotionnelle, le blocage des fonctions du « moi » (indifférence, inhibition de la libido et les phénomènes répétitifs (ruminations mentales, cauchemars).

L'organisation névrotique de la personnalité se révèle par une attitude ambigue faite à la fois d'une dépendance à l'égard de l'entourage et d'une revendication. La note revendicatrice peut prendre le devant du tableau.

L'évaluation de l'incapacité doit faire la part de l'état antérieur apprécier le caractère permanent des troubles et tenir compte de leur retentissement sur la vie quotidienne de la victime, les taux pouvant varier habituellement entre ..... 5 et 20%

Le syndrome dépressif est relativement fréquent après un traumatisme. Il est le plus souvent résolutif après traitement.

4° *Psychoses post-traumatiques*

Les véritables psychoses post-traumatiques sont exceptionnelles.

L'origine traumatique de la démence précoce (schizophrénie) est le plus souvent rejetée. Quant à la psychose maniaco-dépressive son origine traumatique n'est jamais admise. Mais le traumatisme peut déclencher une poussée parfois même révéler la maladie.

L'expert doit s'attacher à dépister une éventuelle atteinte organique post-traumatique (hydrocéphalie, atrophie).

5° *Démence post-traumatique*

Le taux peut atteindre 100%

D. — *Fonction visuelle (ophtalmologie)*

Ce chapitre tient compte de la différence de conception de l'incapacité en droit commun et en accident du travail. La perte totale de la fonction visuelle est arbitrairement évaluée à 85% pour tenir compte de la capacité restante. L'expert devra toujours expliquer le retentissement de l'état séquellaire sur les activités

Copie téléchargée sur bomaroc.com, non officielle. Seul le Bulletin officiel publié par le SGG (sgg.gov.ma) fait foi.

de la victime, permettant ainsi de corriger le caractère « arbitraire » du plafond proposé, susceptible de varier suivant l'âge et l'adaptation.

Si l'œil non atteint par le traumatisme avait une acuité réduite, l'incapacité sera calculée en fonction de celle-ci et de la nouvelle atteinte les deux yeux étant indissociables pour la vision (suivant le tableau ci-dessous) mais l'expert précisera l'état antérieur à l'accident et l'incapacité qui en résultait, afin d'en dégager le taux d'aggravation.

1° *Diminution de l'acuité visuelle*

- Perte de la vision des deux yeux 85%
- Perte de la vision d'un œil 25%

Plusieurs degrés sont à envisager dans l'état de cécité. Ces degrés sont fonction de données quantitatives et qualitatives. De la variabilité de ces données résulte une variabilité des capacités visuelles restantes.

Il convient donc de distinguer :

a) Cécité totale : acuités nulles ou inférieures à 1/20 ..... 85%

b) Cécité relative : acuités égales à 1/20. Possibilité de quitter le lieu où il se trouve en cas de sinistre. 75%

c) Quasi-cécité : acuités comprises entre moins de 1/10 et 1/20 O.D.G. mais champs visuels réduits à moins de 30° 70%

- Scotome para-central de petites dimensions :
  - Un œil ..... 5 à 10%
  - Les deux yeux ..... 10 à 30%

Si le scotome est de plus grandes dimensions, la gêne fonctionnelle se confond avec la baisse de la vision.

En cas d'énucléation ou d'atteintes esthétiques associées, il en sera tenu compte dans l'évaluation du préjudice esthétique.

Le tableau ci-après, établi en fonction du maximum de 85%, permet d'évaluer le pourcentage d'incapacité en fonction de l'acuité visuelle (mesurée en dixièmes) de chacun des deux yeux. Si le chiffre d'acuité se situe dans une fourchette, on se reportera à la limite inférieure du tableau. L'examen doit être fait après correction, la nécessité du port de lunettes ou de lentilles étant précisée par l'expert. Elle peut faire l'objet d'une indemnisation, mais non au titre de l'incapacité.

2° *Rétrécissement du champ visuel*

Les taux ci-dessous sont à ajouter à celui qui correspond à la baisse d'acuité visuelle, sans pouvoir dépasser les maximums prévus pour la perte de la vision d'un œil ou des deux yeux.

- Rétrécissement concentrique
  - atteignant un œil (30 à 10° du point de fixation). 0 à 5%
  - atteignant un œil de (moins de 10°) ..... 5 à 10%
  - atteignant les deux yeux (30 à 10°) ..... 10 à 40%
  - atteignant les deux yeux (moins de 10°) ..... 40 à 65%

	10/10	9/10	8/10	7/10	6/10	5/10	4/10	3/10	2/10	1/10	1/20	Inf. à 1/20	Cécité T.
10/10	0	0	0	1	2	3	4	7	12	16	20	23	25
9/10	0	0	0	2	3	4	5	8	14	18	21	24	26
8/10	0	0	0	3	4	5	6	9	15	20	23	25	28
7/10	1	2	3	4	5	6	7	10	16	22	25	28	30
6/10	2	3	4	5	6	7	9	12	18	25	29	32	35
5/10	3	4	5	6	7	8	10	15	20	30	33	35	40
4/10	4	5	6	7	9	10	11	18	23	35	38	40	45
3/10	7	8	9	10	12	15	18	20	30	40	45	50	55
2/10	12	14	15	16	18	20	23	30	40	50	55	60	65
1/10	16	18	20	22	25	30	35	40	50	65	68	70	78
1/20	20	21	23	25	29	33	38	45	55	68	75	78	80
Inf. à 1/20	23	24	25	28	32	35	40	50	60	70	78	80	82
Cécité T.	25	26	28	30	35	40	45	55	65	78	80	82	85

Le tableau ci-dessus donne le pourcentage d'incapacité de la fonction visuelle globale. Si un seul œil est atteint, il convient de calculer aussi le taux correspondant à l'acuité visuelle antérieure à l'accident et d'en déduire le taux d'aggravation.

- Hémianopsie avec conservation de la vision centrale
  - Homonyme droite ou gauche ..... 20 à 25%
  - Nasale ..... 5 à 10%
  - Bitemporale ..... 50 à 60%
  - Supérieure ..... 5 à 10%
  - Inférieure ..... 20 à 40%
  - En quadrant supérieur ..... 3 à 8%
  - En quadrant inférieur ..... 10 à 20%

- Hémianopsie avec perte de la vision centrale

La gêne fonctionnelle se confond habituellement avec la baisse de la vision.

3° *Troubles de la vision binoculaire*

- Diplopie dans les positions hautes du regard .... 3 à 10%
- Diplopie dans la partie inférieure du champ .... 10 à 20%
- Diplopie dans le champ latéral ..... 10 à 15%
- Diplopie par décompensation d'une hétérophorie antérieure ..... 1 à 5%

Copie téléchargée sur bomaroc.com, non officielle. Seul le Bulletin officiel publié par le SGG (sgg.gov.ma) fait foi.

4° *Troubles de l'accomodation*

• Défaut d'adaptation à l'obscurité, mydriase entraînant une gêne fonctionnelle ..... 2 à 10%

5° *Aphakie*

En cas d'aphakie unilatérale, il est nécessaire d'adopter pour l'acuité visuelle de l'œil opéré aphake le chiffre obtenu à l'aide des verres correcteurs conventionnel ou de prothèses précornéennes.

Celui-ci détermine le taux :

— si l'acuité de l'œil opéré demeure inférieure à l'œil adelphe, il convient de majorer ce taux de 10%.

— si au contraire l'acuité de cet œil adelphe est inférieure à celle de œil opéré, ce taux devra alors porté à 15%.

En cas d'aphakie bilatérale, l'invalidité de base est de 20%, invalidité à ajouter à celle résultant des chiffres d'acuité visuelle, sans que l'on puisse bien évidemment dépasser le taux de 85%.

6° *Annexes de l'œil*

Lagophtalmie, larmoiement, ectropion ou entropion.

S'il existe une gêne fonctionnelle en plus du préjudice esthétique ..... 0 à 5%

Pour les séquelles douloureuses, voir F.5.

E. — *Audition, équilibre, oto-rhino-laryngologie*

L'expertise O.R.L. peut être difficile : les troubles objectifs sont souvent peu marqués, les réponses du blessé parfois imprécises.

L'étude des fonctions sensorielles doit être abordée avec une grande rigueur clinique et instrumentale.

1° *Mutilations de l'oreille externe*

Des déformations portant sur le pavillon n'entraînent pas d'incapacité (dommage esthétique).

Sténose du conduit auditif externe, indépendemment du retentissement éventuel sur l'audition ..... 0 à 4%

2° *Lésions tympaniques*

Si des modifications tympaniques sont souvent notées, elles sont loin d'être toujours la conséquence même du traumatisme.

S'il n'y a pas eu d'otorragie initiale, pas d'otorrhée, la constatation d'une perforation sèche ou d'un écoulement doit mener à une étude soigneuse de l'anamnèse.

Si l'otorrhée est admise comme traumatique, au taux d'invalidité résultant de la diminution de l'acuité auditive, on ajoutera ..... 2 à 6%

3° *Diminution de l'acuité auditive*

La détermination de l'importance de la perte auditive entrainée par l'accident et du taux d'incapacité ne peut être établie qu'après un bilan clinique et audio-métrique.

Le taux d'incapacité doit tenir compte :

• De l'âge du sujet (correction de la presbyacousie)

• De l'état antérieur : seule l'aggravation éventuelle due à l'accident doit être indemnisée.

— Une hypoacousie unilatérale peut entraîner une I.P.P. de ..... 0 à 12%

— Une hypoacousie bilatérale peut entraîner une I.P.P. de ..... 0 à 60%

Ce maximum de 60% correspond à une cophose bilatérale. Représentant le taux arbitraire fixé pour la fonction auditive, il peut varier suivant l'âge auquel l'atteinte est intervenue et les possibilités de communication. Les conditions d'existence et d'activité devront être précisées.

Le tableau suivant peut être utilisé, pour autant que l'hypoacousie soit bien la conséquence de l'accident.

Lorsqu'il y a possibilité d'appareillage, le taux doit être calculé en tenant compte du résultat apporté par la prothèse.

Voix haute distance de perception en mètres		5	4	2	1	Contact non perçu		
	Voix chuchotée distance de perception en mètres	0,30	0,50	0,25	Contact non perçu			
	Perte auditive en décibels	0 à 25	25 à 35	35 à 45	45 à 55	55 à 65	65 à 80	80 à 90
	0 à 25	0	2	4	6	8	10	12
5	0,30	25 à 35	2	4	6	8	10	12	15
4	0,50	35 à 45	4	6	10	12	15	20	25
2	0,25	45 à 55	6	8	12	15	20	25	30
1	Contact	55 à 65	8	10	15	20	30	35	40
Contact non perçu	non perçu	65 à 80	10	12	20	25	35	45	50
		80 à 90	12	15	25	30	40	50	60

Copie téléchargée sur bomaroc.com, non officielle. Seul le Bulletin officiel publié par le SGG (sgg.gov.ma) fait foi.

4° *Acouphènes*

Ils sont souvent associés à un déficit auditif.

Si l'on admet leur existence et leur imputabilité, l'I.P.P. peut être de ..... 1 à 3%

5° *Vertiges et troubles de l'équilibre*

L'interrogatoire est parfois difficile : beaucoup de malades décrivent mal.

Sous le terme général de « vertige » sont englobés :

— de véritables vertiges de type rotatoire avec sensation de rotation ou de déplacement par rapport au monde environnant ;

— des déséquilibres lors des mouvements brusques de la tête, au lever, au coucher, à la marche.

L'analyse des sensations décrites par le blessé est importante. Il sera utile de préciser, selon son mode de vie, la manière dont elles apparaissent.

L'interprétation des risques labyrinthiques spontanés doit être minutieuse : une déviation des index, un signe de Romberg, une déviation dans la marche aveugle, un nystagmus spontané ou de position doivent être interprétés dans un contexte oto-neurologique.

Les résultats de l'épreuve calorique doivent être également interprétés avec soin. En particulier la constatation d'une inégalité des réactions nystagmiques obtenues par l'épreuve calorique est un signe intéressant.

Devant la constatation d'anomalies labyrinthiques, l'expert doit évoquer la possibilité d'étiologie anciennes différentes et tenir compte de l'âge et de l'éventuelle possibilité d'une amélioration : un certain nombre de séquelles vestibulaires s'atténuent à distance des faits.

Ainsi, de nombreuses composantes variables interviennent dans la fixation du taux éventuel d'IPP : la fréquence de l'intensité des vertiges, les constatations de l'examen labyrinthique et le pronostic rapporté au tableau.

Les taux sont donc très variables :

— Si l'examen labyrinthique est normal, les troubles ne relèvent plus de l'O.R.L. et doivent être apprécisé dans le cadre du syndrome subjectif post-commotionnel.

— Dissymétrie vestibulaire, suivant l'intensité et la fréquence des troubles fonctionnels ..... 2 à 12%.

Il est rare que les vertiges entrainent une IPP plus élevée. Cependant, dans les cas exceptionnels où le blessé présenterait de grands vertiges, suffisamment violents pour gêner la marche, entraîner des difficultés de travail, les troubles étant objectivés par la constatation de signes vestibulaires spontanés et de signes vestibulaires dysharmonieux importants, l'I.P.P. pourrait atteindre un chiffre de l'ordre de ..... 20 à 25%.

Des taux plus élevés ne sont pratiquement jamais justifiés par des séquelles purement vestibulaires. Ils ne seraient à envisager qu'en cas de troubles neurologiques associés.

Dans tous les cas, il importe de veiller à ce que les vertiges et les troubles de l'équilibre, lorsqu'ils sont associés à un syndrome post-commotionnel, ne soient pas appréciés sous les deux rubriques.

Intervenant pour objectivité un trouble fonctionnel, par exemple, un vertige, les variations de l'excitabilité labyrinthique ne doivent en aucun cas constituer par elles-mêmes un facteur d'IPP.

6° *Sténoses trachéales*

Leurs séquelles sont évaluées en fonction du retentissement respiratoire (voir V) et du retentissement sur la parole (voir ci-dessous).

L'évolution très lente du processus exige un délai d'appréciation qui peut atteindre 3 ans.

7° *Lésions des cordes vocales*

Les troubles de la voix et du langage peuvent affecter la fonction de « communication » du sujet avec son entourage.

On distingue classiquement les dysphonies, les dysarthries (troubles de l'articulation verbale - voir 1, F) et les aphasies (troubles de la compréhension et de l'utilisation du langage - voir 1, B).

— Dysphonie : perturbation de la parole, laissant possibles les contacts avec les tiers - troubles de l'intensité de la voix, de l'articulation, fatigabilité vocale ..... 0 à 10%.

— Aphonie : perturbation de l'expression orale qui devient incompréhensible même pour l'entourage ..... 30%.

F. — *Séquelles maxillo-faciales*

Les séquelles maxillo-faciales peuvent être divisées en plusieurs groupes correspondant à des fonctions distinctes.

1° *Régions orbito-malaire*

Qu'elles intéressent la cavité orbitaire, le globe oculaire ou les annexes de l'œil (paupières, voies lacrymales, muscles et nerfs), ces séquelles retentissent sur la fonction visuelle avec laquelle elles sont étudiées (voir 1, D).

La fracture du malaire ne donne lieu à l'évaluation d'une IPP que s'il existe un retentissement sur les fonctions visuelles (1, D) masticatoire (F 3) ou sensitive (F 5).

2° *Région ethmoïdo-nasale (fonction olfactive et respiratoire)*

Les hyposmies et anosmies, dont le diagnostic est parfois délicat, justifient lorsqu'elles sont permanentes, un taux de ..... 2 à 5%.

L'éventuel retentissement professionnel est décrit par l'expert, mais non chiffré.

Les troubles de la respiration nasale par déformation osseuse ou cartilagineuse justifient le plus souvent des taux faibles ..... 0 à 5%.

Les exceptionnelles sténoses narinaires retentissant sur la fonction respiratoire justifient des taux plus élevés (voir V). La plupart des fractures des os propres du nez consolident avec une petite gêne esthétique, sans incapacité permanente.

3° *Région maxillo-mandibulaire (fonction masticatoire)*

Avec les éléments ostéo-articulaires, les dents et leurs annexes, les parties molles que sont la langue, les lèvres et les joues, cette région participe au premier temps de la fonction digestive dont l'atteinte constitue l'essentiel des séquelles.

Les pertes de dents peuvent faire l'objet d'évaluations distinctes.

a) Au cas où les dents ne seraient plus remplacées

— incisive ..... 1 %

— prémolaire ..... 1,25 %

— canine et molaire ..... 1,5 %

avec un maximum de 30% en cas d'édentation totale inappareillage.

b) En cas de prothèse, on tiendra compte des indications ci-dessus :

Perte de vitalité pulpaire d'une dent .... 0,5 %

— Perte totale, y compris racine, d'un organe dentaire préalablement sain : les taux indiqués dans le tableau ci-dessous (a) doivent être réduits de 1/2 en cas de prothèse mobile et des 2/3 en cas de prothèse fixe, avec un maximum de 15% en cas d'édentation totale appareillée.

Copie téléchargée sur bomaroc.com, non officielle. Seul le Bulletin officiel publié par le SGG (sgg.gov.ma) fait foi.

L'entretien et le renouvellement éventuel de la prothèse sont évidemment indépendants du taux de l'IPP.

Les troubles de l'articulé dentaire, les limitations ou déséquilibres de l'ouverture buccale (latéro-déviation, dysfonctionnement tempro-mandibulaire, etc...), les atteintes de la langue (indépendamment du trouble de la phonation, voir 4), sont évalués en fonction de leur retentissement sur la mastication et la persistance de phénomène douloureux :

* Gêne à la mastication des aliments solides, mais leur prise restant possible, écart interdentaire de 20 à 30 mm, troubles de l'articulé limités à une demi-arcade .... 2 à 10%.

* Alimentation limitée aux aliments mous, édentation partielle, écart interdentaire de 10 à 20 mm, régime spécial 10 à 15%.

* Alimentation liquide, constriction permanente des machoires écart intermédiaire inférieur à 10 mm 35%

Les pseudarthroses mandibulaires, les pertes de substance osseuse, les brides cicatricielles sont évaluées principalement en fonction de leur retentissement sur la mastication et la phonation. En cas de communications bucco-nasales et sinusiennes, l'expert doit également tenir compte de l'élément infectueux éventuel.

4° *Langue*

Les troubles de la phonation en rapport avec une atteinte de la cavité buccale et de ses éléments sont rares et peuvent justifier une IPP de ..... 0 à 10%.

C'est seulement lorsque les troubles de la phonation perturbent gravement la fonction de communication qu'un taux supérieur sera envisagé (voir E, 7).

Les perturbations du goût sont souvent associés aux troubles de l'odorat (voir F, 2).

5° *Séquelles sensitives et motrices* (algies, paralysies faciales)

Les atteintes motrices (nerf facial) peuvent s'accompagner de spasme faciaux. Les taux ci-dessous ne tiennent pas compte d'éventuels troubles oculaires associés.

* Paralysie faciale unilatérale totale et définitive. 20%

* Paralysie faciale unilatérale partielle ..... 5 à 15%

Il convient de faire la part entre la gêne fonctionnelle et l'atteinte esthétique qui ne seront pas confondues, mais analysées chacune pour elle-même.

Les atteintes sensitives concernant le nerf trijumeau et ses branches.

* nerf sous-orbitaire ..... 1 à 5%
* nerf dentaire inférieur (avec ou sans incontinence labiale) ..... 1 à 5%
* nerf lingual (face dorsale de la langue, avec fréquentes morsures de celle-ci et algies) .... 1 à 5%

G. — *Crâne. Voûte*

En l'absence d'atteinte dure-mérienne ou de contusion cérébrale, les séquelles d'une fracture de la voûte crânienne peuvent être nulles. Ce n'est pas la fracture qui, par elle-même justifie un pourcentage d'incapacité mais les troubles associés (syndrome déficitaire, syndrome subjectif).

Rappelons que les réserves sont implicites, la victime pouvant toujours demander une nouvelle évaluation de son dommage en cas d'aggravation de celui-ci. Un « risque » d'épilepsie ou de complication infectieuse ne saurait justifier un taux d'incapacité mais un risque peut être préjudiciable lorsqu'il entraîne une contre-indication à l'exercice d'une activité bien précise.

Toutefois, la perte de substance non comblée, avec battements dure-mériens et impulsion à la toux, peut pour les contraintes qu'elle entraîne, justifier un taux de .... 5 à 10%.

H. — *Cuir Chevelu*

Il est exceptionnel que les séquelles justifient une IPP et elles devront être le plus souvent appréciées dans le cadre du préjudice esthétique.

Des cicatrices douloureuses ou des névralgies (sus-orbitaire, occipitale) peuvent justifier un taux de ..... 1 à 4%.

Chapitre II

Fonction de soutien (rachis)

Soutenant l'axe du corps et servant de canal protecteur à une partie du système nerveux central le rachis joue un rôle essentiel et il est classique d'insister sur le vécu psychologique de ses atteintes.

Ce sont en pratique l'atteinte médullaire et le retentissement sur la fonction des membres inférieurs qui peuvent permettre de définir un maximum, le rachis n'assurant pas une fonction indépendante.

Ici encore, l'expert ne doit pas être influencé par la lésion anatomique, mais guidé par l'analyse du retentissement des séquelles.

Les séquelles des traumatismes médullaires et les séquelles neurologiques des lésions rachidiennes sont étudiées ailleurs (voir I, B. — III et IV).

Les critères d'appréciation des séquelles rachidiennes sont la nature des lésions (atteinte du mur postérieur), les déformations (rares et le plus souvent discrètes), les douleurs (spontanées ou provoquées, avec ou sans irradiations), les raideurs (souvent accompagnées de contractures limitant les mouvements actifs ou passifs) et les signes d'irritation ou de déficit radiculaire.

- Poussée évolutive douloureuse sur une arthrose connue, avec retour à l'état antérieur ..... 0% (à prendre en considération dans l'incapacité temporaire et les « souffrances endurées »).
- Décompensation d'une arthrose connue ou méconnue qui se trouve aggravée ..... 2 à 6%
- Rachialgie segmentaire avec lésions ligamentaires ou osseuses légères, raideur, sans complication neuro-sensorielle
  - Colonne cervicale ..... 5 à 10%
  - Colonne dorsale ..... 5 à 10%
  - Colonne lombaire ..... 5 à 12%
- Raideur cervicale douloureuse et importante consécutive à une luxation ou à une fracture vertébrale authentifiée radiologiquement ..... 15 à 25%
- Raideurs dorsales ou lombaires importantes consécutives à des fractures vertébrales authentifiées radiologiquement ..... 10 à 20%
- Lombalgies tenaces avec troubles de la statique lombo-sacrée ..... 10 à 15%
- Coccygodynie (voir IV, B).

Chapitre III

Fonction des membres supérieurs (préhension)

Les membres supérieurs assurent la fonction de préhension dont le développement perfectionné est un privilège de l'espèce humaine. La perte des deux membres supérieurs ; correspondant à la perte de la fonction, est fixée dans ce barème au maximum de 90%.

Chacun des segments joue un rôle dans cette fonction globale, rôle plus ou moins important mais non détachable de l'ensemble.

L'amputation du membre supérieur droit chez le droitier est évaluée à 60% (50% pour la gauche). Ce plafond doit permettre d'analyser l'incapacité du sujet examiné en tenant compte de la gêne fonctionnelle appréciée cliniquement, mais aussi des possibilités d'appareillage et de la répercussion sur la vie quotidienne du sujet.

Copie téléchargée sur bomaroc.com, non officielle. Seul le Bulletin officiel publié par le SGG (sgg.gov.ma) fait foi.

L'atteinte anatomique ne justifie pas un pourcentage d'incapacité par elle-même, mais c'est son retentissement fonctionnel qui est déterminant (raideurs articulaires, troubles nerveux et trophiques, force musculaire). Celui-ci servira de guide et l'expert n'oubliera pas que la fonction des membres supérieurs est essentiellement la préhension. Une fracture de la clavicule ou de l'humérus bien consolidée ne laisse souvent aucune séquelle, donc aucune I.P.P.

Les pourcentages indiqués pour le côté droit sont valables pour le membre dominant (gauche chez le gaucher).

Les taux peuvent être majorés jusqu'au tiers environ de leur valeur par des facteurs ajoutés tels que la mauvaise position d'une ankylose, une mobilité dans un angle défavorable, des douleurs, des troubles trophiques.

L'expert tiendra compte de la capacité restante.

1° *Perte totale par amputation ou paralysie*

	Dr.	G.
Bras	60%	50%
Avant-bras	55%	45%
Main	50%	40%

L'adaptation d'une prothèse fonctionnelle efficace peut justifier une diminution d'un quart environ.

2° *Ankyloses en position de fonction*

	Dr.	G.
Épaule	30%	25%
Coude	20%	15%
Poignet (et prono-supination)	20%	15%
Main (toutes articulations)	50%	40%

3° *Raideurs articulaires*

Elles peuvent être évaluées par rapport aux maximums définis pour l'ankylose et aux taux indiqués pour une raideur moyenne, étant entendu que les taux varieront en plus ou en moins par rapport à cette raideur moyenne, selon l'importance de la raideur et surtout l'utilité du secteur d'amplitude atteint.

	Dr.	G.
Raideur moyenne de l'épaule	15%	12%
Raideur moyenne du coude	10%	8%
Raideur moyenne du poignet (y compris prono-supination)	10%	8%
Raideur moyenne de la main	25%	20%
— de la prono-supination isolée	8%	6%

4° *Paralysie*

	Dr.	G.
Radiculaire, type Duchenne-Erb	45%	35%
Radiculaire, type Dejerine-Klumpke	55%	45%
Nerf circonflexe	15%	10%
Nerf musculo-cutané	12%	10%
Nerf sous-scapulaire	8%	6%
Nerf médian au bras	35%	30%
Nerf médian au poignet	15%	10%
Nerf cubital au bras	25%	20%
Nerf cubital au poignet	15%	10%
Nerf radial au-dessus de la branche tricipitale	30%	25%
Nerf radial au-dessous de la branche tricipitale	20%	15%

5° *Main*

a) Perte de segments de doigts :

Perte totale de la fonction par amputation ou ankylose de toutes les articulations.

	Dr.	G.
Pouce (y compris le 1er métacarpien)	22%	18%
Pouce (deux phalanges)	15%	12%
Index	12%	10%
Medius	8%	7%
Annulaire	6%	5%
Auriculaire	5%	4%

Perte partielle ou raideur moyenne

Pouce	10%	8%
Index	6%	5%
Medius	4%	3%
Annulaire	3%	2%
Auriculaire	3%	2%

b) en pratique la diminution de la valeur fonctionnelle de la main, organe aussi complexe qu'essentiel, nécessite une étude clinique minutieuse.

On peut utiliser avec profit la fiche de valeur fonctionnelle de la main établie par J.P. Razemon.

La méthode permet de dégager un chiffre qu'il suffit de multiplier par un coefficient correspondant à la perte totale de la main (O.R. pour la main droite, 0,4 pour la main gauche).

Chapitre IV

Fonction locomotrice (membres inférieurs, bassin)

A. — *Membres inférieurs*

Les membres inférieurs assurent la fonction de locomotion dont la perte si l'on respecte une certaine harmonie avec l'économie générale, représente une incapacité évaluée à 90%. C'est dans cet esprit que le maximum suggéré pour l'amputation d'un membre inférieur est de 75%, mais il est évident que le taux doit essentiellement tenir compte des possibilités qu'a la victime de se déplacer et de vaquer à ses occupations habituelles, les appareillages apportant lorsqu'ils sont efficaces, de sensibles modifications aux taux proposés ci-dessous.

Leur fonction essentielle étant la marche, les critères d'appréciation concernent avant tout la stabilité et la mobilité, l'équilibre statique et dynamique entre les deux membres inférieurs jouant un rôle capital. D'où l'intérêt de l'étude de la station debout et de la marche qui conditionnent l'incapacité. Une fracture du fémur ou du tibia bien consolidée peut ne laisser aucune séquelle donc aucune incapacité.

Des atteintes circulatoires post-traumatiques des membres inférieurs, des hypodermites, des ulcérations trophiques prolongées et récidivantes, des infections chroniques ou des fistulisations récidivantes peuvent justifier une majoration du taux.

1° *Séquelles de phlébite isolée*

Une phlébite post-traumatique peut ne laisser aucune séquelle, et un délai suffisant doit être respecté avant d'évaluer l'incapacité. Ce délai peut atteindre deux ans.

• Troubles trophiques avec peau souple œdème résiduel	5%
• Troubles trophiques graves (infiltration sceleuse, hypodermite modulaire, lymphœdème)	15 à 20%

Copie téléchargée sur bomaroc.com, non officielle. Seul le Bulletin officiel publié par le SGG (sgg.gov.ma) fait foi.

Les éléments d'appréciation sont les douleurs (quotidiennes diverses ou naturelles) le prurit, l'astreinte au pansement ou au port de bas, la gêne à la marche et objectivement le niveau de la phlébite, la bilatéralité et la cyanose, la cellulite, l'atteinte conjointe des appareils voisins.

1° bis *Raccourcissement*

Il peut être compensé par le port d'une talonnette ou d'une semelle orthopédique lorsqu'il est inférieur à 3 ou 4 cm.

- Inférieur à 3 cm ..... 0 à 3%
- 3 à 6 cm ..... 3 à 10%
- 6 à 10 cm ..... 10 à 20%

Ces taux ne doivent pas être ajoutés mathématiquement aux taux en rapport avec une éventuelle raideur articulaire associée.

2° *Perte totale par amputation ou paralysie*

- Au niveau de la hanche 75%
- Au niveau de la cuisse 65%
- Au niveau du genou 60%
- Au niveau de la jambe ..... 40 à 50%
- Au niveau de la cheville 30%
- Amputation tarso-métatarsienne 25%
- Amputation de tous les orteils 15%
- Amputation du gros orteil 10%

Les taux indiqués ci-dessus peuvent être réduits des 1/3 à 1/2 en cas de prothèse ou d'orthèse bien supportée et donnant un résultat fonctionnel satisfaisant.

3° *Ankylose en position de fonction*

- Hanche 30%
- Genou 35%
- Cheville (tibio-tarsienne + sous-astragalienne) 15%
- Sous-astragalienne isolée 8%
- Médio-tarsienne 8%

Ces taux doivent être majorés de 1/4 à 1/2 en cas de position vicieuse, de raccourcissement ou désaxations associés, de troubles trophiques.

4° *Raideur moyenne*

- Hanche 15%
- Genou 20%
- Tibio-tarsienne 6%
- Sous-astragalienne 3%
- Médio-tarsienne 3%

Ces taux doivent être majorés de 1/4 à 1/2 s'il existe des troubles associés tels qu'instabilité articulaire, douleurs, mauvaise position, raccourcissement, troubles trophiques.

5° *Instabilité articulaire*

- Hanche ..... 30 à 50%
- Genou

— laxité ligamentaire bien compensée permettant une activité normale ..... 3 à 5%

— laxité ligamentaire franche bien compensée lors de la marche mais entravant certaines activités .... 5 à 15%

— laxité ligamentaire (tiroir, latéralité ayant un retentissement sur la marche ..... 15 à 25%

- Cheville

— laxité isolée entraînant un discret ballotement astragalien, mais sans retentissement clinique .... 0 à 3%

— laxité responsable d'entorses à répétition ..... 3 à 8%

— laxité gênant la marche de façon permanente .... 8 à 12%

6 *Paralysie complète d'un membre inférieur* 75%

sciatique tronc ..... 30 à 40%

sciatique poplité externe ..... 18 à 25%

crural ..... 30 à 40%

Le taux doit tenir compte, en minoration, des possibilités et de l'efficacité d'un appareillage type orthèse.

7° *Névralgie sciatique*

Suivant la fréquence des crises et surtout le retentissement sur le sommeil, la marche et les activités en général ..... 10 à 30%

8° *Prothèse totale de hanche*

Indépendamment de la gêne fonctionnelle due à l'état de la hanche, pour l'atteinte infraclinique et les contraintes dues à la présence de la prothèse 10%

9° *Hydarthrose du genou*

Ce n'est pas l'hydarthrose elle-même qui justifie une incapacité mais les troubles qui en sont l'origine (raideurs, instabilité, troubles trophiques). Si l'hydarthrose chronique ne s'accompagne que d'une amyotrophie, sans limitation des mouvements ni laxité ..... 2 à 5%

10° *Patellectomie totale*

Comptent essentiellement le retentissement sur la fonction du genou et la qualité fonctionnelle du muscle quadriceps, taux de base 5%

11 *Lésions méniscales*

En l'absence d'intervention les réserves sont obligatoires et l'évaluation peut difficilement être définitive.

Suivant la fréquence des biocages et le retentissement sur l'activité ..... 5 à 15%

Après intervention, c'est le retentissement sur la fonction du genou qui conditionne l'incapacité, le taux se situant habituellement entre ..... 5 et 6%

12 *Cas particulier du pied*

Compte tenu de la complexité anatomique de la région, il est impossible d'en dissocier des segments fonctionnels.

Les critères d'appréciation sont la douleur, la mobilité et la stabilité, les exemples ci-dessous situant quelques associations pour permettre d'évaluer par assimilation.

- Quelques douleurs à la marche mouvements normaux ou légèrement freinés, absence de claudication ..... 0 à 3%
- Douleurs intermittentes, limitation modérée des mouvements des diverses articulations, légère claudication mais stabilité du pied ..... 3 à 8%
- Douleurs à la marche cédant au repos, limitation modérée des mouvements quelques troubles circulatoires, claudication limitant la marche, laquelle peut s'effectuer sans canne ..... 9 à 15%
- Ankylose des articulations tibio-tarsienne et sous-astragalienne en position de fonction, n'entraînant pas de douleurs 15%
- Douleurs assez vives, raideur importante ou léger équinisme, troubles trophiques modérés, marche limitée nécessitant l'usage d'une canne ..... 15 à 25%

Copie téléchargée sur bomaroc.com, non officielle. Seul le Bulletin officiel publié par le SGG (sgg.gov.ma) fait foi.

- Douleurs vives à la marche ou à l'appui, raideur importante ou équinisme troubles trophiques, nécessité de 2 cannes pour la marche ..... 25 à 30%
- Douleurs vives pouvant gêner le sommeil, ankylose en position vicieuse ou déformation importante, troubles trophiques, marche avec cannes béquilles. 30 à 35%
- Douleurs très vives et continues, déformation importante du pied, appui impossible nécessitant l'usage de cannes-béquilles 35%

B. — *Bassin*

Formant la ceinture pelvienne, le bassin relie l'axe verticale rachidien du corps aux membres inférieurs. Il participe donc à la fonction locomotrice et certaines de ses atteintes sont à analyser à travers celle-ci.

Un cas particulier est réalisé par les séquelles pouvant avoir un retentissement obstétrical. Ce dernier ne peut être évalué en pourcentage d'incapacité, mais doit faire l'objet de réserves particulières et motivées.

Les séquelles des fractures du bassin (osilliaques, sacrum, coccyx) sont le plus souvent évaluées en fonction de leur retentissement sur le rachis lombosacré (voir II), sur l'articulation de la hanche (voir IV), sur l'appareil urinaire (voir VII), ou en fonction de l'atteinte neurologique (voir I, B).

L'éventuel retentissement obstétrical (chez la femme jeune) nécessite une radio-pelvimétrie et justifie des réserves motivées mais non un taux d'incapacité spécifique.

Les arthropathies post-traumatiques ou disjonctions pubiennes ou sacro-iliaques sont appréciées en fonction de la douleur et de la gêne fonctionnelle, l'I.P.P. étant évaluée en fonction du retentissement sur la statique vertébrale et la fonction locomotrice pouvant atteindre ..... 5 à 20%

Coccygodynie post-traumatique avec ou sans fracture objectivée par la radiographie ..... 2 à 8%

Névralgie obturatrice ..... 2 à 5%

Chapitre V

Thorax : fonctions respiratoire et circulatoire

Le thorax comprend essentiellement l'appareil broncho-pulmonaire, qui assure la fonction respiratoire, et l'essentiel de l'appareil cardiovasculaire qui assure la fonction circulatoire et dont dépendent toutes les autres fonctions.

L'une et l'autre fonctions peuvent être atteintes au niveau de leur commande nerveuse, la gêne fonctionnelle étant en définitive appréciée par son retentissement périphérique.

Plus qu'ailleurs, peut-être ce ne sont pas les lésions qui justifient le pourcentage d'incapacité, mais leur retentissement. L'évaluation dépend donc des modifications imposées à la vie quotidienne et du résultat des explorations fonctionnelles.

Les limites de ce barème ne permettent pas d'entrer dans les détails. Seules sont donc données des indications schématiques permettant une évaluation par extrapolation.

A. — *Atteintes de la fonction respiratoire*

Les critères cliniques d'appréciation sont la dyspnée, la cyanose, la tachycardie, l'ampliation thoracique, accessoirement la diminution de la sonorité ou du murmure vésiculaire.

Des examens complémentaires sont le plus souvent indispensables :

— examens spirographiques ; capacité vitale V.E.M.S. coefficient de Tiffeneau, volume résiduel ;

— examen radiologique avec, dans certains cas, des épreuves dynamiques mettant en évidence des troubles de la cinétique thoraco-diaphragmatique et un épaississement pleural ;

— éventuellement test de transfert du CO pour apprécier le retentissement d'une amputation parenchymateuse ou plus exceptionnellement d'origine pleurale ;

— électrocardiogramme lorsque existent des signes cliniques de retentissement cardiaque.

Dans certaines circonstances, l'analyse des gaz du sang artériel au repos et à l'effort permet de faire la part essentielle d'un syndrôme obstructif exceptionnellement d'origine traumatique (sauf en cas de sténose, trachéal, après trachéomatie ou de sténose bronchique après rupture traumatique).

L'interprétation du déficit fonctionnel objectivé par les explorations fonctionnelles respiratoires n'a de valeur que s'il est fait référence aux tables de valeurs théoriques utilisées (en général tables de la CECA).

Le pourcentage chiffré du déficit mesuré par les épreuves fonctionnelles respiratoires ne doit pas être confondu avec le pourcentage d'incapacité partielle permanente.

L'expert doit savoir distinguer ce qui appartient à l'état antérieur et ce qui résulte de l'accident. Les séquelles traumatiques réalisent le plus souvent un syndrome restrictif. Tout syndrome obstructif est à interpréter avec prudence (état pathologique antérieur, sauf en cas de sténose trachéale ou bronchique).

1. Insuffisance respiratoire légère ..... 0 à 5%
   Dyspnée n'apparaissant qu'aux efforts importants. Activités habituelles conservées.
2. Insuffisance respiratoire modérée ..... 5 à 30%
   Dyspnée pouvant apparaître dans les activités nécessitant un certain effort, mais n'entravant pas sensiblement la vie quotidienne. Gêne due aux précautions que le sujet doit prendre pour éviter certaines activités.
3. Insuffisance respiratoire notable ..... 30 à 60%
   Dyspnée dans les activités quotidiennes. Fréquence ventilatoire supérieure à 20. Signes d'irrigation bronchique. Signes cliniques d'hypertension artérielle pulmonaire. Gêne importante dans la vie courante.
4. Insuffisance respiratoire importante ..... > à 60%
   Dyspnée permanente. Toux plus ou moins productive. Signes d'hypertension artérielle pulmonaire. Gêne importante dans tous les gestes de la vie courante.

B. — *Atteintes de la fonction circulatoire*

Les critères cliniques et paracliniques d'évaluation sont :

— la dyspnée, la cyanose,

— l'œdème pulmonaire aigu ou chronique,

— les œdèmes périphériques,

— les signes électriques, biologiques, radiologiques,

— les contraintes dues aux traitements continus ou non.

Exemples de tableaux séquellaires :

— infarctus post-traumatique avec traitement anticoagulant permanent ou discontinu,

— lésions valvulaires, ruptures de cordages,

— péricardite constrictive avec ou sans insuffisance cardiaque.

Copie téléchargée sur bomaroc.com, non officielle. Seul le Bulletin officiel publié par le SGG (sgg.gov.ma) fait foi.

1. Pas d'insuffisance cardiaque ..... 5 à 10%
Nécessité d'un traitement et de certains ménagements, mais le sujet peut mener une vie normale à cette condition.

2. Insuffisance cardiaque légère ..... 10 à 30%
Nécessité d'un traitement d'un régime et de précautions. Apparition de troubles à l'effort. Le sujet doit réduire certaines activités mais peut mener une vie sensiblement normale.

3. Insuffisance cardiaque modérée ..... 30 à 60%
Traitement et régime continus. Nécessité d'éviter tous les efforts. Vie quotidienne perturbée.

4. Insuffisance cardiaque grave ..... > à 60%
Nécessité du traitement, du régime, du repos. Impossibilité de tout effort, même minime. Vie très perturbée.

Prothèse aortique 15%

Prothèse valvulaire 20%
Taux de base tenant compte des contraintes de vie imposées à la victime, indépendantes des réserves et du retentissement cardiaque éventuel.

Séquelle de phlébite (voir chapitre IV, A. ci-dessus).

Chapitre VI

Fonction digestive et abdomen

A. — *Foie et voies biliaires*

En cas d'hépatectomie partielle, il existe une regénération tissulaire et l'incapacité ne saurait être en rapport avec la perte en poids de la masse hépatique.

Après hépatectomie droite ou gauche, c'est en effet la loi du tout ou rien, indépendamment de l'étendue de la résection et des éventuelles séquelles paritales, le taux est donc le plus souvent nul.

Les séquelles cliniques des traumatismes hépatobiliaires (couleurs, ictère, anorexie, nausée et vomissement, prurit, asthénie, amaigrissement, hémorragies, ascite, œdèmes, troubles de la conscience peuvent être appréciées par les nombreux tests fonctionnels hépatiques.

1° Troubles mineurs des tests hépatique ou désordre primitif de la bilirubine ou épisodes, passagers de dyskinésie biliaire mais pas de troubles nutritionnels ou généraux pas d'ascité, d'ictère ou de varices œsophagiennes ..... 0 à 10%

2° Atteinte hépatique nette aux différents tests ou atteinte répétée des voies biliaires malgré un traitement correct, mais sans troubles nutritionnels ou généraux, sans ascite ictère ou varices œsophagiennes ..... 10 à 20%

3° Troubles nutritionnels ou généraux, antécédents d'ascite ou d'hémorragie liées à des varices œsophagiennes. Signes intermitents d'encéphalopathie porto-cave. Obstruction des voies biliaires avec angiocholite à répétition ..... 20 à 50%

4° Atteinte hépatique évolutive : ascite, ictère, hémorragies, manifestations d'encéphalopathie porto-cave. Troubles nutritionnels ..... 50 à 80%

Les traumatismes *des voies biliaires extra-hépatiques* sont susceptibles de donner lieu à des séquelles d'apparition tardive.

Les critères spécifiques d'appréciation sont d'ordre biologique (bilirubine phosphatases, alcalines) et morphologique (cholangiographie intraveineuses échographie). L'évaluation peut être faite en fonction des données ci-dessus.

B. — *Rate*

Indépendamment des séquelles cicatricielles et pariétales, la seule séquelle peut être une hyperplaquettose (taux supérieur à 500.000/mm) et toute expertise doit comporter une numération des plaquettes.

On ne doit pas consolider avant un an chez l'adulte, deux ans chez l'enfant de moins de 15 ans, en raison des complications infectieuses possibles.

Séquelles de splénectomie sans complication 10%

Si persistance d'une hyperplaquettose sans tradition clinique, maintenir des réserves.

C. — *Paroi abdominale*

Hernies, Eventration : en fonction de la taille et surtout de la gêne fonctionnelle qui en résulte .... 5 à 20%

D. — *Estomac. Grêle. Pancréas*

Ce n'est pas la lésion anatomique qui conditionne un pourcentage d'I.P.P. mais les troubles fonctionnels (douleurs, troubles du transit, difficultés de digestion), le retentissement sur l'état général (aspect, poids, tonus), les modalités du traitement médical et du régime, les altérations radiologiques notamment fonctionnelles, les perturbations biologiques et surtout les incidences sur la vie quotidienne du sujet.

1° Pas de séquelles opératoires, maintien du poids sans régime ni traitement ..... 0 à 5%

2 Troubles du transit contrôlés par régime ou traitement. Perte de poids inférieure à 10%. Diabète modéré facilement équilibré ..... 5 à 15%

3° Troubles du transit mal contrôlés par régime ou traitement. Perte de 10 à 20% du poids moyen. Légère anémie. Perturbations électrolytiques peu intenses.
Troubles légers de l'absorption ..... 15 à 30%

4° Même amaigrissement 4 à 6 selles diarrhétiques par jour. Crampes fréquentes. Stéatorrhée et perturbations électrolytiques relativement importantes ..... 30 à 40%

5 Troubles du transit. Incontrôlables. Pertes de poids supérieure à 20%. Anémie. Hypoprotéinémie. Déficit électrolytique. Stéatorrhée. Tétanie. Avitaminose. 40 à 60%

6° Gastrectomie partielle n'intéressant ni le cardia ni le pylore ..... 0 à 5%
Gastrectomie supérieure ou inférieure ..... 5 à 15%
Gastrectomie totale ..... 20 à 50%

E. — *Colon*

1° Pas de désordre fonctionnel. Activité normale. Poids normal ..... 0 à 5%

2° Diarrhée occasionnelle. Douleurs modérées, régime ou traitement mais pas de troubles nutritionnels. 5 à 15%

3° Diarrhée. Douleurs intermittentes ou continues. Activité réduite. Régime et traitement. Anémie. Amaigrissement ..... 15 à 30%

4° Diarrhée permanente du transit. Douleurs, nécessité d'un régime et d'un traitement. Troubles de l'état général ..... 30 à 50%

Copie téléchargée sur bomaroc.com, non officielle. Seul le Bulletin officiel publié par le SGG (sgg.gov.ma) fait foi.

Cæcostomie (anus iliaque droit) ..... 50 à 70%
Anus transverse ..... 30 à 40%
Anus iliaque gauche ..... 25 à 35%

Chapitre VII

Fonction rénale. excretion

La fonction rénale est dite « vitale » en ce sens que sa perte totale est incompatible avec la vie. Toutefois, les progrès depuis les années 60 ont permis la survie grâce à la dialyse ou à la greffe rénale. C'est donc un domaine dans lequel les éléments d'appréciation de l'incapacité ont le plus évolué.

Difficile à fixer de façon définitive, le taux d'incapacité doit dépendre surtout du retentissement sur la vie du sujet et les contraintes du traitement.

Les indications qui suivent peut aider l'expert.

A. — *Rein et haut appareil*

Les séquelles des contusions (lésions du parenchyme rénal, des voies urinaires et du pédicule vasculaire) sont l'altération de la fonction rénale et l'hypertension artérielle post-traumatique.

Il existe une hypertrophie compensatrice constante après perte anatomique ou fonctionnelle d'une portion du parenchyme rénal, à condition que le rein opposé soit sain.

La résection partielle d'un rein ne saurait justifier par elle-même un pourcentage d'incapacité.

La valeur fonctionnelle du rein peut être appréciée par l'étude de la clairance de la créatinine endogène (normalement : 130 ml/mn ± 3,9 pour 1,73 m² de surface corporelle), et par l'urographie intraveineuse.

Néphrectomie (ou atrophie rénale).

Attendre 6 à 12 mois avant de fixer le taux.

Sujet de moins de 50 ans avec fonction rénale normale, sans hypertension, menant une vie normale ..... 10%.

En cas d'atteinte de la fonction du rein restant, apprécier selon les critères ci-dessous.

Insuffisance rénale imputable.

1. Néphrectomie ou atrophie partielle. Pas de traitement. Vie normale ..... 0 à 10%
2. Vie normale sans troubles subjectifs, mais insuffisance rénale mineure (clairance créatinine entre 80 et 100 ml), tension inférieure à 16/9 ..... 5 à 15%
3. Vie quotidienne normale, mais avec traitement. Clairance créatinine entre 40 et 80 ml. Régime hypoazoté. Hypertension entre 16-20/10-11 ..... 15 à 25%
4. Vie quotidienne possible mais avec restriction des activités (mi-temps...) acthénie, anémie, régime et traitement indispensables. Clairance créatinine entre 15 et 40 ml. Tension minimum supérieure à 12 ..... 25 à 50%
5. Vie quotidienne perturbée, travail régulier impossible. Insuffisance rénale grave. Clairance créatinine inférieure à 15 ml. Hypertension artérielle sévère 50%

L'épuration extra-rénale offre des possibilités d'amélioration qui rendent difficile une évaluation définitive.

Coliques néphrétiques, suivant fréquence des crises ..... 2 à 20%

Evaluation habituellement provisoire, compte tenu de l'aspect évolutif.

B. — *Vessie et bas-appareil*

Indépendamment de l'éventuel retentissement sur le haut-appareil qui est apprécié à part (voir A), l'atteinte des voies urinaires peut entraîner une gêne dans la vie quotidienne du sujet. Un maximum de 40% est envisagé pour celle-ci, correspondant à la cystostomie.

Cystite chronique ou à répétition ..... 5 à 20%
Rétention chronique d'urines, avec sonde à demeure ..... 30 à 35%
Rétrécissement de l'urètre stabilisé, sans infection urinaire ni insuffisance rénale, ne nécessitant que quelques sondages ou dilatations annuels 10%
Rétrécissement avec accidents infectieux et nécessité de dilatations mensuelles ..... 15 à 30%
Cystostomie 40%

Chapitre VIII

Fonction de reproduction et appareil génital

La part de cette fonction peut faire l'objet de discussions, car elle varie avec l'âge, le tempérament, le psychisme, l'éthique individuelle et les aspirations familiales.

Aussi plus qu'ailleurs, les chiffres ci-dessous ne donnent qu'une moyenne qui peut varier sensiblement.

Un maximum théorique de l'ordre de 50% peut situer le plafonds pour un sujet qui serait privé de ses fonctions sexuelles, une telle incapacité étant rarement isolée.

La « fonction sexuelle » est une des fonctions de l'organisme. Elle ne peut faire l'objet de l'évaluation d'un préjudice particulier. Ses critères d'appréciation sont l'imprégnation endocrinienne, la réalisation de l'acte sexuel et la fécondité.

Impossibilité mécanique des rapports sexuels .. Maximum 30%

L'appréciation en est difficile, les conséquences en sont variables. Il faut distinguer la véritable impuissance organique des impuissances psychogènes qui sont plus fréquentes et le plus souvent passagères.

Le taux doit être éventuellement ajouté au taux prévu pour la stérilité.

Perte d'un ovaire ou d'un testicule fonctionnement actif 5%
Castration bilatérale ou stérilité (en période d'activité générale) 30%

Les lésions traumatiques des organes externes, indépendamment des troubles urinaires associés, sont évaluées en fonction de la gêne mécanique aux rapports sexuels.

Chapitre IX

Échelle d'évaluation des souffrances endurées pretium doloris

De 1/7 à 3/7	De 4/7 à 5/7	6/7	7/7
Sans assez d'importance	Assez important	Important	Très important

Copie téléchargée sur bomaroc.com, non officielle. Seul le Bulletin officiel publié par le SGG (sgg.gov.ma) fait foi.

Les exemples ci-desscus, concernent quelques tableaux évolutifs de blessures classiques

2/7 Traumatisme cranio cervical avec brève perte de connaissance. Suture d'une plaie du cuir chevelu. Hospitalisation de courte durée. Douleurs cervicales sans fracture traitées par antalgiques, avec régression des symptômes en 15 à 20 jours.

3/7 Fracture du poignet sans déplacement notable, immobilisée dans un plâtre pendant trois semaines à un mois, survie de 10 à 15 séances de rééducation.

4/7 Fracture fermée des deux os de la jambe traitée par ostéosynthèse ou immobilisation plâtrée. Appui progressif après trois mois. 20 à 30 séances de rééducation.

5/7 Traumatisme cranio-facial avec fracture des maxillaires traitée par ostéosynthèse et blocage bimaxillaire pendant un mois + fractures de la diaphyse des deux os de l'avant-bras traitée par plaques vissées puis immobilisation plâtrée. Hospitalisation maintenue pendant 30 jours. 30 séances de rééducation.

6/7 Traumatisme thoracique avec volet costal et hémopneumothorax, ayant nécessité réanimation, drainage pleural, rééducation respiratoire 20 séances. Fracture de l'humérus droit avec paralysie radiale. Ostéosynthèse, suture nerveuse, récupération progressive de la paralysie radiale. Luxation de la hanche traitée par réduction sanglante. Nécrose secondaire de la tête fémorale ayant nécessité secondairement la mise en place d'une prothèse totale. Fracture ouverte de la jambe traitée par ostéosynthèse par enclouage centro médullaire. Plusieurs hospitalisations totalisant 90 jours. Long traitement de rééducation environ 100 séances au rythme de 3 puis 2 séances par semaine.

Décret n° 2-85-35 du 22 rebia II 1405 (14 janvier 1985) approuvant le contrat de prêt de 18.000.000 d'ecus, conclu le 25 rebia I 1405 (19 décembre 1984) entre le Royaume du Maroc et la Communauté économique européenne pour le financement du projet de résorption des bidonvilles de Salé.

LE PREMIER MINISTRE,

Vu l'article 20 du dahir portant loi n° 1-84-7 du 6 rebia II 1404 (10 janvier 1984) édictant des mesures d'ordre financier en attendant la promulgation de la loi de finances pour l'année 1984 ;

Vu le dahir n° 1-84-54 du 25 rejeb 1404 (27 avril 1984) portant loi de finances pour l'année 1984, notamment son article premier ;

Vu la loi de finances pour l'année 1982 n° 26-82, promulguée par dahir n° 1-81-425 du 5 rebia I 1402 (1er janvier 1982), notamment l'article 41 de ladite loi ;

Sur proposition du ministre des finances,

DÉCRÈTE :

ARTICLE PREMIER. — Est approuvé, tel qu'il est annexé à l'original du présent décret, le contrat de prêt de 18.000.000 d'ecus, conclu le 25 rebia I 1405 (19 décembre 1984) entre le Royaume du Maroc et la Communauté économique européenne pour le financement du projet de résorption des bidonvilles de Salé.

ART. 2. — Le ministre des finances est chargé de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Bulletin officiel*.

Fait à Rabat, le 22 rebia II 1405 (14 janvier 1985).
MOHAMMED KARIM-LAMRANI.

Pour contreseing :
Le ministre des finances,
ABDELLATIF JOUAHRI.

Décret n° 2-85-58 du 22 rebia II 1405 (14 janvier 1985) portant revalorisation du salaire minimum dans l'industrie, le commerce, les professions libérales et l'agriculture.

LE PREMIER MINISTRE,

Vu le dahir du 28 rebia I 1355 (18 juin 1936) relatif au salaire minimum des ouvriers et employés, tel qu'il a été modifié et complété ;

Vu le dahir n° 1-58-074 du 23 rejeb 1377 (13 février 1958) étendant à la province de Tanger et à l'ancienne zone de protectorat espagnol les dispositions du dahir du 28 rebia I 1355 (18 juin 1936) relatif au salaire minimum des ouvriers et employés et du dahir du 14 rebia I 1360 (12 avril 1941) relatif au régime des salaires ;

Vu le dahir n° 1-60-007 du 5 rejeb 1380 (24 décembre 1960) portant statut du personnel des entreprises minières, tel qu'il a été modifié et complété ;

Vu le dahir portant loi n° 1-72-219 du 20 rebia I 1393 (24 avril 1973) déterminant les conditions d'emploi et de rémunération des travailleurs agricoles,

DÉCRÈTE :

ARTICLE PREMIER. — Le salaire minimum horaire des ouvriers et employés de l'industrie, du commerce et des professions libérales est fixé à 3,58 dirhams.

ART. 2. — La part du salaire journalier obligatoirement versée en argent, dans les professions agricoles, est fixée à 18,48 dirhams.

L'application des dispositions du présent article ne devra en aucun cas, entraîner la suppression ou la diminution des avantages en nature accordés aux salariés agricoles.

ART. 3. — Le présent décret prend effet à compter du 9 rebia II 1405 (1er janvier 1985).

ART. 4. — Le ministre de l'emploi est chargé de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Bulletin officiel*.

Fait à Rabat, le 22 rebia II 1405 (14 janvier 1985).
MOHAMMED KARIM-LAMRANI.

Pour contreseing :
Le ministre de l'emploi,
MOULAY ZINE ZAHIDI.

Copie téléchargée sur bomaroc.com, non officielle. Seul le Bulletin officiel publié par le SGG (sgg.gov.ma) fait foi.

Arrêté du ministre de l'agriculture et de la réforme agraire n° 1064-84 du 15 safar 1405 (9 novembre 1984) établissant la liste des zones dites « Berceaux de races » pour les espèces bovine, ovine et équine.

LE MINISTRE DE L'AGRICULTURE ET DE LA RÉFORME AGRAIRE,

Vu le décret n° 2-69-314 du 10 joumada I 1389 (25 juillet 1969) réglementant les encouragements de l'Etat en vue de l'intensification de la production animale, notamment son article 8 (2e alinéa),

ARRÊTE :

ARTICLE PREMIER. — Sont considérées comme zones dites « Berceaux de races » les régions d'origine des races pures des espèces bovine, ovine et équine figurant sur la liste ci-après :

DÉSIGNATION DE RACE	PROVINCE	DÉLIMITATION TERRITORIALE cercles, communes
1 — *Espèce bovine* :		
Race brune de l'Atlas	Taza	
	Khenifra	
	Oujda	
	Al Hoceima	
	Azilal	
	Marrahech	
	Safi	
Race blonde d'Oulmès - Zaër	Khemissèt	
	Meknès	
2 — *Espèce ovine* :		
Race Beni Guil	Oujda	Toute la province sauf le cercle de Berkane.
	Figuig	Toute la province.
	Boulemane	Commune de Fritissa.
		Commune d'Outat Al Haj.
		Cercle de Missour.
	Taza	Commune de Mahirija.
		Commune de Guercif-Tafrata.
Race Timahdit	Meknès	Toute la province sauf le cercle de Meknès et les communes de Sebaâ-Aïoun et Aïn Taoujtate.
	Fès	Cercle de Sefrou.
	Boulemane	Cercle de Boulemane.
	Khenifra	Cercle de Khenifra.
		Cercle d'Al Kbab.
	Beni-Mellal	Commune de Zaouia Ech-Chekh.
		Commune d'Arhbala.
	Khemissèt	Commune d'Oulmès.
		Commune de Zhiliga.
		Commune de Had Ghoualem.
		Commune de Boukachmir.
Race Sardi	Settat	Cercle d'El-Brouj.
		Cercle de Benahmed sauf les communes de Bouguergour et Aïn Dorbane.
		Commune de Guisser.
		Commune de Rima.
	Khouribga	Toute la province.
	Beni-Mellal	Toute la province sauf les cercles de Beni-Mellal et d'Al Ksiba.
	El-Kelâa-des-Srarhna	Cercle d'El-Kelâa-des-Srarhna.
		Commune de Had Jaafra.
Race D'Man à type multiple	Errachidia	Toute la province sauf le cercle de Rich.
	Ouarzazate	Cercle de Zagora.
		Cercle de Boumalne.
		Cercle de Ouarzazate.
Race de l'Atlas à type multiple	Azilal	Cercle de Ouaouizeght.
		Commune d'Azilal.
		Commune d'Aït M'Hamed et de Zaouiat Ahensal.
	Errachidia	Cercle de Rich.
	Khenifra	Cercle de Midelt.
	Boulemane	Cercle de Boulemane sauf les communes de Boulemane et Missour.
		Commune de Oulad Ali.
	Taza	Cercle de Tahla.
		Commune de Berkane.

Copie téléchargée sur bomaroc.com, non officielle. Seul le Bulletin officiel publié par le SGG (sgg.gov.ma) fait foi.

DÉSIGNATION DE RACE	PROVINCE	DÉLIMITATION TERRITORIALE cercles, communes
Autres races :		
Race Aknoul	Taza	Commune de Tizi Ousli. Commune de Aknoul. Commune de Boured.
Race Boujaâde	Khouribga	Cercle de Boujaâde.
Race Bnihsen	Kenitra	Bel Ksiri, Dar-Gueddari, Souk El-Arba-du-Gharb.
3 — *Espèce équine* :	Toutes les provinces du Royaume.	
Race Arabe-Barbe		
Race pure sang		

ART. 2. — Le présent arrêté sera publié au *Bulletin officiel*.

Rabat, le 15 safar 1405 (9 novembre 1984).
OTHMAN DEMNATI.

Arrêté du ministre des finances n° 38-85 du 22 rebia II 1405 (14 janvier 1985) portant suspension des droits et taxes applicables à l'importation de certains produits.

LE MINISTRE DES FINANCES,

Vu le dahir n° 1-57-170 du 23 chaoual 1376 (24 mai 1957) portant fixation du tarif des droits de douane à l'importation, tel qu'il a été modifié par les textes subséquents ;

Vu le dahir n° 1-61-444 du 22 rejeb 1381 (30 décembre 1961) substituant une taxe sur les produits et une taxe sur les services à la taxe sur les transactions, tel qu'il a été modifié et complété, notamment par l'article 3 de la loi rectificative des finances pour l'année 1983 n° 25-83, promulguée par le dahir n° 1-83-227 du 18 chaoual 1403 (29 juillet 1983) ;

Vu le décret n° 2-61-723 du 22 rejeb 1381 (30 décembre 1961) relatif à l'application de certaines dispositions du dahir n° 1-61-444 du 22 rejeb 1381 (30 décembre 1961) précité, tel qu'il a été modifié et complété :

Vu l'arrêté du secrétaire d'Etat aux finances n° 5-72 du 31 décembre 1971 portant modification de la nomenclature tarifaire, tel qu'il a été modifié ;

Vu le dahir n° 1-84-192 du 5 rebia II 1405 (28 décembre 1984) portant promulgation de la loi de finances pour l'année 1985 n° 4-84, notamment l'article 2 de ladite loi ;

Vu le décret n° 2-84-843 du 5 rebia II 1405 (28 décembre 1984) déléguant pour l'année 1985, au ministre des finances le pouvoir de modifier ou suspendre les quotités tarifaires et les autres droits et taxes perçus à l'importation ou à l'exportation ;

Après avis du ministre du commerce, de l'industrie et du tourisme et du ministre de la santé publique,

ARRÊTE :

ARTICLE PREMIER. — Les droits et taxes applicables à l'importation des produits, articles et appareils destinés à l'hémodialyse, figurant sur l'annexe du présent arrêté, sont suspendus.

ART. 2. — Les dispositions du présent arrêté sont applicables à compter du 2 joumada I 1405 (24 janvier 1985).

Rabat, le 22 rebia II 1405 (14 janvier 1985).
ABDELLATIF JOUAHRI.

* * *

Annexe de l'arrêté du ministre des finances n° 38-85 du 22 rebia II 1405 (14 janvier 1985) portant suspension des droits et taxes applicables à l'importation des produits et équipements pour hémodialyse

— Dialyseurs (84.18-69), générateurs d'hémodialyse, générateurs à hémofiltration (90.17-90) et leurs accessoires : lignes veineuses, lignes artérielles, lignes péritonéales, tubulures et leurs aiguilles (90.17-08 et ex (1) 90.17.09) aiguilles à fistule (90.17-99), connecteur de catheter, capuchon protecteur stérile (39.07-91), catheter de Tenchkoff (90.17-07), corps de pompes d'hémodialyse (84.18-69).

— Concentré de dialyse péritonéale, poche de dialyse péritonéale (38.19-98).

(1) ex = lire « extrait ».

Copie téléchargée sur bomaroc.com, non officielle. Seul le Bulletin officiel publié par le SGG (sgg.gov.ma) fait foi.

TEXTES PARTICULIERS

Arrêté du ministre de l'énergie et des mines n° 1103-84 du 2 rebia I 1405 (26 novembre 1984) accordant à l'O.NA.R.E.P. un permis de recherches d'hydrocarbures dit « M'Soun ».

LE MINISTRE DE L'ÉNERGIE ET DES MINES,

Vu le dahir n° 1-58-227 du 4 moharrem 1378 (21 juillet 1958) portant code de la recherche et de l'exploitation des gisements d'hydrocarbures, notamment les articles 10, 13 et 40 ;

Vu le dahir du 9 rejeb 1370 (16 avril 1951) portant règlement minier, tel qu'il a été modifié et complété ;

Vu la demande de permis de recherche d'hydrocarbures déposée à la direction de l'énergie bureau de la recherche pétrolière) le 20 chaabane 1404 (22 mai 1984) sous le n° 132 par M. Abdelmalek Bennis, représentant l'Office national de recherches et d'exploitations pétrolières ;

Vu la publication de la demande dudit permis conformément à l'article 13 du dahir n° 1-58-227 du 4 moharrem 1378 (21 juillet 1958) susvisé au « Bulletin officiel » n° 3739 du 27 ramadan 1404 (27 juin 1984) ;

Considérant que le délai de trois mois prévu par ledit article 13 a expiré le 1er moharrem 1405 (27 septembre 1984),

ARRÊTE :

ARTICLE PREMIER. — Il est accordé à l'Office national de recherches et d'exploitations pétrolières le permis de recherche de 4e catégorie dénommé « M'Soun ».

ART. 2. — Les limites du permis qui couvre une superficie de 4.998 Km², telles qu'elles figurent sur la carte annexée à l'original du présent arrêté, sont définies comme suit :

a) Par les lignes droites joignant successivement les points de 1 à 30 de coordonnées Lambert Nord Maroc suivantes :

Points	*X*	Y
1	643.000	407.500
2	651.000	407.500
3	651.000	413.500
4	659.000	413.500
5	659.000	418.000
6	674.000	418.000
7	674.000	423.000
8	683.000	423.000
9	683.000	423.000
10	685.000	423.000
11	685.000	440.000
12	703.000	440.000
13	703.000	444.000
14	748.000	444.000
15	748.000	431.000
16	736.000	431.000
17	736.000	390.000
18	730.000	390.000
19	730.000	388.000
20	716.000	388.000
21	716.000	384.000
22	710.000	384.000
23	710.000	380.000
24	706.000	380.000
25	706.000	377.000
26	697.000	377.000
27	697.000	374.000
28	670.000	374.000
29	670.000	376.000
30	643.000	376.000

b) Par la ligne droite joignant le point 30 au point 1.

ART. 3. — Ledit permis est délivré pour une durée de quatre années à compter de la date de publication du présent arrêté au *Bulletin officiel*.

Rabat, le 2 rebia I 1405 (26 novembre 1984).

MOUSSA SAADI.

IMPRIMERIE OFFICIELLE — RABAT

Copie téléchargée sur bomaroc.com, non officielle. Seul le Bulletin officiel publié par le SGG (sgg.gov.ma) fait foi.