

chapitre A-3.001, r. 2

Règlement sur le barème des dommages corporels

Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles
(chapitre A-3.001, a. 454, par. 3).

TABLE DES MATIÈRES

NOTES EXPLICATIVES

1. Le pourcentage de l'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique prévu à l'article 84 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (chapitre A-3.001) est égal à la somme des pourcentages déterminés suivant le barème des dommages corporels contenu à l'Annexe 1, pour le déficit anatomo-physiologique, le préjudice esthétique et les douleurs et la perte de jouissance de la vie qui résultent de ce déficit ou de ce préjudice.

D. 1291-87, a. 1.

2. L'évaluation du pourcentage de l'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique se fait dès que les séquelles de la lésion professionnelle sont médicalement déterminées.

D. 1291-87, a. 2.

3. Lorsque la somme des pourcentages de déficit anatomo-physiologique fixés pour les séquelles de la lésion professionnelle résultant d'un événement est différente de zéro, un pourcentage de douleurs et perte de jouissance de la vie est fixé d'après la table des douleurs et perte de jouissance de la vie en fonction de cette somme.

Lorsque la somme des pourcentages de préjudice esthétique fixés pour les séquelles de la lésion professionnelle résultant d'un événement est différente de zéro, un pourcentage de douleurs et perte de jouissance de la vie est fixé d'après la table des douleurs et perte de jouissance de la vie en fonction de cette somme.

D. 1291-87, a. 3.

4. Lorsqu'un travailleur subit, en raison d'un même accident du travail ou d'une même maladie professionnelle, une ou des atteintes permanentes à son intégrité physique ou psychique, le pourcentage de l'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique s'établit en additionnant les pourcentages prévus pour chacune des atteintes.

Lorsque le total des pourcentages excède 100%, le professionnel de la santé qui fait l'évaluation indique le total des pourcentages qu'il a fixés aux fins du calcul de la somme prévue à l'article 87 de la Loi.

D. 1291-87, a. 4.

5. Dans le cas d'une lésion préexistante à la lésion évaluée, les séquelles de la lésion préexistante sont évaluées suivant le barème, mais uniquement aux fins du calcul des dommages corporels résultant de la lésion évaluée.

Les pourcentages résultant des séquelles de la lésion préexistante sont ensuite déduits des pourcentages totaux de dommages corporels.

D. 1291-87, a. 5.

6. Lorsqu'une lésion cause des séquelles à plus d'un système, organe ou appareil du corps humain, chaque séquelle est évaluée selon le chapitre du barème couvrant le système, l'organe ou l'appareil évalué.

Lorsque le professionnel de la santé qui fait l'évaluation constate que la lésion a causé des séquelles à un système, organe ou appareil autre que celui qu'il évalue, il doit le mentionner dans son rapport d'évaluation et en informer le travailleur.

D. 1291-87, a. 6.

7. Lorsqu'un travailleur subit, en raison d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, des dommages bilatéraux résultant de déficits anatomo-physiologiques à des organes symétriques ou d'un déficit anatomo-physiologique à un organe symétrique à celui qui est déjà atteint, le barème détermine un

pourcentage additionnel qui correspond à la somme des pourcentages de déficits anatomo-physiologiques fixés pour l'organe le moins atteint.

Ce principe ne s'applique pas aux pourcentages prévus pour le préjudice esthétique ou les douleurs et la perte de jouissance de la vie.

Dans le cas de lésion préexistante à celle évaluée, les séquelles de la lésion préexistante sont évaluées suivant le barème, mais seulement aux fins du calcul des dommages bilatéraux.

D. 1291-87, a. 7.

8. Des règles particulières d'évaluation sont fixées pour chaque système du corps humain, au début de chaque chapitre de l'Annexe 1, compte tenu de la nature différente des organes atteints et du caractère anatomique ou fonctionnel des déficits.

Ces règles prévoient également les modalités du calcul des dommages bilatéraux pour ce système.

D. 1291-87, a. 8.

9. (*Omis*).

D. 1291-87, a. 9.

NOTES EXPLICATIVES

1. Les pourcentages pour les déficits anatomo-physiologiques (DAP) sont inscrits sous le titre DAP.

Lorsque l'indicatif «dap» apparaît sous le titre DAP, il indique une référence à un tableau, à un schéma ou à un autre chapitre à partir duquel les pourcentages de DAP peuvent être déterminés.

2. Les pourcentages pour douleurs et perte de jouissance de la vie (DPJV) sont inscrits au chapitre XIX sous le titre DPJV.

Pour les troubles de la fonction sexuelle résultant de séquelles permanentes aux organes génitaux externes ou internes, les pourcentages pour douleurs et perte de jouissance de la vie (DPJV) sont inscrits sous le titre DPJV au chapitre VIII sur l'appareil génital femelle et au chapitre IX sur l'appareil génital mâle.

3. Les pourcentages pour les préjudices esthétiques (PE) sont inscrits sous le titre PE, au chapitre XVIII sur les préjudices esthétiques.

4. Les calculs relatifs à la fixation des pourcentages des dommages corporels sont effectués en tenant compte des 2 premières décimales.

ANNEXE 1

(a. 1 et 8)

CHAPITRE I

SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE À L'EXCLUSION DU MAXILLO-FACIAL

RÈGLES PARTICULIÈRES

1. L'examen d'une articulation se fait par comparaison à l'articulation du membre opposé lorsque saine. Dans les autres cas, on se réfère aux données conventionnelles.

2. Lorsqu'une ankylose d'une articulation se situe entre 2 mesures indiquées au barème, on se réfère à la mesure voisine correspondant au déficit anatomo-physiologique (DAP) le plus élevé.

3. Le pourcentage maximum accordé pour une articulation ne peut dépasser le pourcentage maximum prévu pour une ankylose complète de cette articulation (c'est-à-dire pour une arthrodèse en position de fonction).

4. Bilatéralité

Lorsqu'un travailleur, en raison d'une lésion professionnelle, subit des déficits anatomo-physiologiques à des organes symétriques, le pourcentage total qui est fixé pour ces déficits s'établit en additionnant les pourcentages des déficits anatomo-physiologiques fixés pour chacun des organes et en y ajoutant une seconde fois le pourcentage fixé pour l'organe le moins atteint.

Pour les membres, la bilatéralité s'établit de membre à membre, à savoir: membre supérieur droit avec membre supérieur gauche et membre inférieur droit avec membre inférieur gauche. Le membre supérieur inclut l'omoplate et la clavicule. Le membre inférieur inclut la hanche et l'hémi-bassin. Ainsi, une séquelle à la main gauche avec une séquelle à l'omoplate droite commande l'application de la bilatéralité.

De la même façon, la cage thoracique se divise en droite et gauche à partir de la ligne médiane de la cage.

5. Lorsqu'à la suite de l'arthrodèse d'une articulation, il persiste des séquelles exceptionnelles (épanchement, infection chronique, pseudarthrose), un pourcentage additionnel de déficit anatomo-physiologique, de l'ordre de 10, 15 ou 25% du pourcentage prévu pour l'arthrodèse de l'articulation concernée en position de fonction, peut être fixé selon l'importance de ces séquelles.

Le professionnel de la santé qui fait l'évaluation doit indiquer dans celle-ci les séquelles qui justifient la fixation de ce pourcentage additionnel et leur importance.

A) MEMBRE SUPÉRIEUR ET
CEINTURE SCAPULO-THORACIQUE

	DAP %
<i>a) AMPUTATION</i>	
i) Désarticulation inter-scapulo-thoracique	80
ii) Désarticulation à l'épaule	75
iii) Au-dessus de l'insertion du deltoïde	70
iv) Au-dessous de l'insertion du deltoïde jusqu'au tiers distal de l'humérus	65
v) Tiers distal de l'humérus, désarticulation au coude ou au-dessus de la tubérosité bicipitale du radius	63
vi. Tiers proximal de l'avant-bras au-dessous de la tubérosité bicipitale du radius	60
vii. Tiers moyen ou au tiers distal de l'avant-bras	57
viii. Désarticulation au poignet	55
ix) De la main (métacarpiens, pouce et doigts)	
se référer aux schémas 1, 2, 3, 4 et 5 des amputations à la main	dap
<i>b) FRACTURE, LUXATION, ENTORSE</i>	
<i>1) Clavicule, omoplate</i>	
i) Fracture consolidée	
• sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique	0
• avec séquelles fonctionnelles	
se référer au tableau 2 des ankyloses de l'épaule ou à ceux des autres articulations atteintes	dap
ii) Entorse, sub-luxation acromio-claviculaire ou sterno-claviculaire	

	• sans séquelle fonctionnelle	0
	• avec séquelles fonctionnelles	1
iii)	Luxation acromio-claviculaire ou sterno-claviculaire	
	• persistante	2
	• ayant nécessité une résection	3
	de plus, se référer au tableau 2 des ankyloses de l'épaule ou à ceux des autres articulations atteintes	dap
iv)	Pseudarthrose de la clavicule prouvée radiologiquement	3
	de plus, se référer au tableau 2 des ankyloses de l'épaule	dap
2) Humérus		
i)	Tête et métaphyse proximale	
	Fracture consolidée	
	• sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique	0
	• avec séquelles fonctionnelles	
	se référer au tableau 2 des ankyloses de l'épaule ou à ceux des autres articulations atteintes	dap
ii.	Diaphyse et tiers distal	
	Fracture consolidée	
	• sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique	
	• avec séquelles fonctionnelles	
	se référer au tableau 2 des ankyloses de l'épaule ou à ceux des autres articulations atteintes	dap
	• avec angulation axiale, qu'elle soit unique ou multiple	

- de 10 à 20 degrés sans vice de rotation 2
- de 10 à 20 degrés avec vice de rotation 3
- plus de 20 degrés sans vice de rotation 3
- plus de 20 degrés avec vice de rotation 5
- sans angulation mais avec vice de rotation 1
- avec raccourcissement de la structure osseuse
- de 2 cm 1
- de plus de 2 cm à 4 cm 2
- de plus de 4 cm 4

3) **Épaule**

i) Luxation

- sans séquelle fonctionnelle 0
- avec séquelles fonctionnelles

se référer au tableau 2 des ankyloses de l'épaule ou à ceux des autres articulations atteintes dap

- avec persistance d'instabilité 3
- récidivante, ayant nécessité une correction chirurgicale

se référer au tableau 2 des ankyloses de l'épaule, sans dépasser le pourcentage prévu pour une ankylose complète de cette articulation en position de fonction dap

ii) Remplacement de la tête humérale par une prothèse céphalique ou totale

- sans séquelle fonctionnelle, en incluant le raccourcissement 5
- avec séquelles fonctionnelles, en incluant le raccourcissement 5

de plus, se référer au tableau 2 des ankyloses de l'épaule ou à ceux des autres articulations

	atteintes	dap
iii)	Rupture ou dégénérescence de la coiffe des rotateurs avec séquelles fonctionnelles	
	se référer au tableau 2 des ankyloses de l'épaule, sans dépasser le pourcentage prévu pour une ankylose complète de cette articulation en position de fonction, ainsi qu'à l'évaluation de l'atteinte des tissus mous	dap
	4) Biceps	
i)	Rupture musculo-tendineuse	
	• non opérée	2
	• opérée	2
	de plus, se référer au tableau 2 des ankyloses de l'épaule ou à ceux des autres articulations atteintes, ainsi qu'à l'évaluation des tissus mou	dap
ii)	Luxation de la longue portion du biceps avec séquelles fonctionnelles	
	se référer au tableau 2 des ankyloses de l'épaule, sans dépasser le pourcentage prévu pour une ankylose complète de cette articulation en position de fonction, ainsi qu'à l'évaluation de l'atteinte des tissus mous	dap
	5) Coude	
i)	Fracture ou luxation de la tête radiale sans résection	
	• sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique	0
	• avec séquelles fonctionnelles	
	se référer au tableau 3 des ankyloses du coude	dap
ii)	Fracture ou luxation de la tête radiale avec résection sans remplacement par prothèse	
	• sans séquelle fonctionnelle	2
	• avec séquelles fonctionnelles	2

	de plus, se référer au tableau 3 des ankyloses du coude ou à ceux des autres articulations atteintes	dap
iii)	Fracture ou luxation de la tête radiale avec résection et remplacement par prothèse	
	• sans séquelle fonctionnelle	3
	• avec séquelles fonctionnelles	3
	de plus, se référer au tableau 3 des ankyloses du coude, ou à ceux des autres articulations atteintes	dap
iv)	Fracture articulaire ou para-articulaire (exemples : coronoïde, olécrâne, épicondyle, épitrochlée)	
	• sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique	0
	• avec séquelles fonctionnelles	
	se référer au tableau 3 des ankyloses du coude	dap
v)	Luxation du coude	
	• sans séquelle fonctionnelle	0
	• avec séquelles fonctionnelles	
	se référer au tableau 3 des ankyloses du coude	dap
vi)	Prothèse partielle ou totale du coude incluant l'excision ou le remplacement de la tête radiale et incluant l'accourcissement	
	• sans séquelle fonctionnelle	5
	• avec séquelles fonctionnelles	5
	de plus, se référer au tableau 3 des ankyloses du coude	dap
vii)	Atteinte permanente des tissus mous dans la région du coude	
	se référer à l'évaluation de l'atteinte des	

tissus mous	dap
viii) Épicondylite ou épitrochléite opérée	
• sans séquelle fonctionnelle	0
• avec séquelles fonctionnelles	
se référer au tableau 3 des ankyloses du coude	dap
6) Avant-bras et poignet	
i) Fracture du cubitus ou du radius	
• sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique	0
• avec angulation axiale de plus de 10 degrés	
se référer au tableau 4 des ankyloses du poignet ou à ceux des autres articulations atteintes	dap
ii) Résection de l'extrémité distale du cubitus	
• sans séquelle fonctionnelle	2
• avec séquelles fonctionnelles	2
de plus, se référer au tableau 4 des ankyloses du poignet ou à ceux des autres articulations atteintes	dap
iii) Fracture de Colles, de Smith ou autres fractures du poignet	
• sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique	0
• avec séquelles fonctionnelles	
se référer au tableau 4 des ankyloses du poignet ou à ceux des autres articulations atteintes	dap
iv) Luxation du poignet	
• sans séquelle fonctionnelle	0
• avec séquelles fonctionnelles	

	se référer au tableau 4 des ankyloses du poignet ou à ceux des autres articulations atteintes	dap
v)	Fracture, luxation, fracture-luxation du scaphoïde ou du semi-lunaire	
	• sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique	0
	• avec séquelles fonctionnelles	
	se référer au tableau 4 des ankyloses du poignet ou à ceux des autres articulations atteintes	dap
vi)	Pseudarthrose, nécrose avasculaire du scaphoïde ou du semi-lunaire	
	• sans séquelle fonctionnelle	1
	• avec séquelles fonctionnelles	
	se référer au tableau 4 des ankyloses du poignet ou à ceux des autres articulations atteintes	dap
vii)	Prothèse du scaphoïde ou du semi-lunaire	
	• sans séquelle fonctionnelle	2
	• avec séquelles fonctionnelles	2
	de plus, se référer au tableau 4 des ankyloses du poignet ou à ceux des autres articulations atteintes	dap
viii)	Fracture des autres os du carpe	
	• sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique	0
	• avec séquelles fonctionnelles	
	se référer au tableau 4 des ankyloses du poignet ou à ceux des autres articulations atteintes	dap
ix)	Tunnel carpien avec ou sans décompression	
	• sans séquelle fonctionnelle, ni changement électromyographique	0

- sans séquelle fonctionnelle mais avec changements électromyographiques 1
 - avec séquelles fonctionnelles
- se référer au chapitre IV sur le système nerveux périphérique pour les pertes sensitives ou motrices de la main dap

7) Main

Règles relatives à l'évaluation de la main :

1° Pour les fins de la présente section, la main se compose du pouce et de quatre doigts.

2° On évalue les déficits de la main par phalange et par métacarpien.

3° Les règles relatives à l'évaluation des amputations partielles ou totales de la main sont fixées en a) et b).

Les pourcentages de déficit anatomo-physiologique (DAP) sont fixés aux schémas 1 à 5.

4° Les pourcentages prévus pour amputation de la main par désarticulation au poignet, les ankyloses du pouce et des doigts et les instabilités du pouce, sont fixés en c), d) et e) sous le titre MAIN.

5° Pour les amputations d'un ou plusieurs doigts ou l'équivalent, lorsqu'un doigt d'une main est amputé par une lésion professionnelle et qu'un autre doigt de la même main a été amputé antérieurement, le pourcentage de déficit anatomo-physiologique (DAP) pour le doigt amputé par la lésion professionnelle est fixé d'après le schéma qui correspond au nombre total de doigts amputés pour cette main.

a) Amputations partielles

Amputation partielle d'une ou plusieurs phalanges ou métacarpiens du pouce ou des doigts.

Pour chaque phalange ou métacarpien amputé à 50 % et moins, le pourcentage de déficit anatomo-physiologique (DAP) est fixé à 50 % du pourcentage prévu pour une amputation complète de cette(ces) phalange(s) ou métacarpien(s).

Pour chaque phalange ou métacarpien amputé de plus de 50 %, le pourcentage de déficit anatomo-physiologique (DAP) est fixé à 100 % du pourcentage prévu pour une

amputation complète de cette(ces) phalange(s) ou métacarpien(s).

De plus, s'ajoute le pourcentage prévu pour le PE d'amputation. Se référer au chapitre XVIII.

b) Amputations totales

POUCE

i) Amputation totale d'une ou des deux phalanges du pouce SANS amputation d'un ou plusieurs doigts de la main

Pour chaque phalange amputée, le pourcentage de DAP est fixé au schéma 1 des amputations du pouce et des métacarpiens.

De plus, s'ajoute le pourcentage prévu pour le préjudice esthétique (PE) d'amputation. Se référer au chapitre XVIII.

ii) Amputation totale d'une ou des deux phalanges du pouce AVEC amputation d'un ou plusieurs doigts de la main

Pour chaque phalange du pouce amputée, le pourcentage de DAP est fixé au schéma 1 des amputations du pouce et des métacarpiens.

De plus, s'ajoute le pourcentage prévu pour le PE d'amputation. Se référer au chapitre XVIII.

DOIGTS

i) Amputation totale d'une ou plusieurs phalanges d'UN doigt d'une main

Pour chaque phalange amputée, le pourcentage de DAP est fixé au schéma 2 des amputations d'un doigt.

De plus, s'ajoute le pourcentage prévu pour le PE d'amputation. Se référer au chapitre XVIII.

ii) Amputation totale d'une ou plusieurs phalanges de DEUX doigts d'une main

Pour chaque phalange amputée, le pourcentage de DAP est fixé au schéma 3 des amputations de deux doigts.

De plus, s'ajoute le pourcentage prévu pour le PE d'amputation. Se référer au chapitre XVIII.

iii) Amputation totale d'une ou plusieurs phalanges de TROIS doigts d'une main

Pour chaque phalange amputée, le pourcentage de DAP est fixé au schéma 4 des amputations de trois doigts.

De plus, s'ajoute le pourcentage prévu pour le PE d'amputation. Se référer au chapitre XVIII.

iv) Amputation totale d'une ou plusieurs phalanges de QUATRE doigts d'une main

Pour chaque phalange amputée, le pourcentage de DAP est fixé au schéma 5 des amputations de quatre doigts.

De plus, s'ajoute le pourcentage prévu pour le PE d'amputation. Se référer au chapitre XVIII.

MÉTACARPIENS (pouce ou doigts)

Amputation totale ou partielle d'un ou plusieurs métacarpiens de la main

Pour chaque métacarpien amputé, le pourcentage de DAP est fixé au schéma 1 des amputations du pouce et des métacarpiens.

De plus, s'ajoute le pourcentage prévu pour le PE d'amputation. Se référer au chapitre XVIII.

MAIN

c) Amputation de la main par désarticulation au poignet 55

d) **Ankyloses**

POUCE

- | | |
|--------------------------------------|-----|
| i) Complète, en position de fonction | |
| • de l'inter-phalangienne | 5 |
| • de la métacarpo-phalangienne | 2,5 |
| • des deux articulations du pouce | 7,5 |
| • de la trapézo-métacarpienne | 1,5 |

Le cas échéant, s'ajoute un pourcentage pour PE. Se référer au chapitre XVIII.

ii) Incomplète, en position de fonction

Pour la phalange distale à l'articulation ankylosée, pour chaque articulation ankylosée, le pourcentage de DAP est

fixé à 50 % du pourcentage prévu pour une ankylose complète de cette phalange en position de fonction.

Le cas échéant, s'ajoute un pourcentage pour PE. Se référer au chapitre XVIII.

iii) Complète ou incomplète, en position vicieuse

Pour chacune des phalanges distales à l'articulation ankylosée, lorsque l'ankylose non fonctionnelle est nuisible au point de justifier une amputation, le pourcentage de DAP est fixé au schéma 1 des amputations du pouce.

Le cas échéant, s'ajoute un pourcentage pour PE. Se référer au chapitre XVIII.

DOIGTS

i) Complète, en position de fonction

Pour la phalange distale à l'articulation ankylosée, pour chaque articulation ankylosée d'un ou plusieurs doigts, le pourcentage de DAP est fixé à 50 % du pourcentage prévu au schéma 2 des amputations d'un doigt.

Le cas échéant, s'ajoute un pourcentage pour PE. Se référer au chapitre XVIII.

ii) Incomplète, en position de fonction

Pour la phalange distale à l'articulation ankylosée, pour chaque articulation d'un ou plusieurs doigts, le pourcentage de DAP est fixé à 50 % du pourcentage prévu pour une ankylose complète de cette phalange en position de fonction.

Le cas échéant, s'ajoute un pourcentage pour PE. Se référer au chapitre XVIII.

iii) Complète ou incomplète, en position vicieuse

Pour chacune des phalanges distales à l'articulation ankylosée d'un ou plusieurs doigts, lorsque l'ankylose non fonctionnelle est nuisible au point de justifier une ou plusieurs amputations, le pourcentage de DAP est fixé aux schémas 2, 3, 4 ou 5 des amputations de la main.

Le cas échéant, s'ajoute un pourcentage pour PE. Se référer au chapitre XVIII.

DAP
%

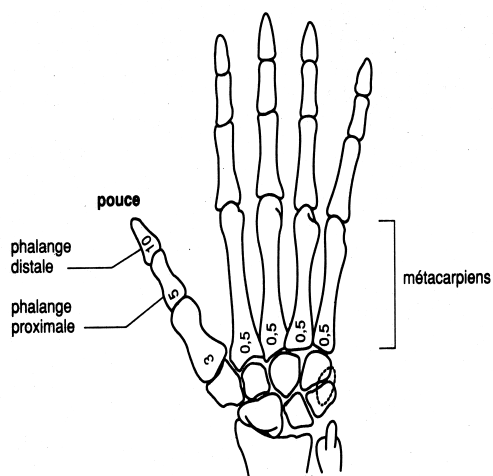
e) Instabilité du pouce

Avec ou sans atteinte des autres doigts

- inter-phalangienne 5
- métacarpo-phalangienne 2,5
- inter-phalangienne et métacarpo-phalangienne 7.5

SCHÉMA 1

DES DÉFICITS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES (DAP),
POUR AMPUTATION DU POUCE ET DES
MÉTACARPIENS

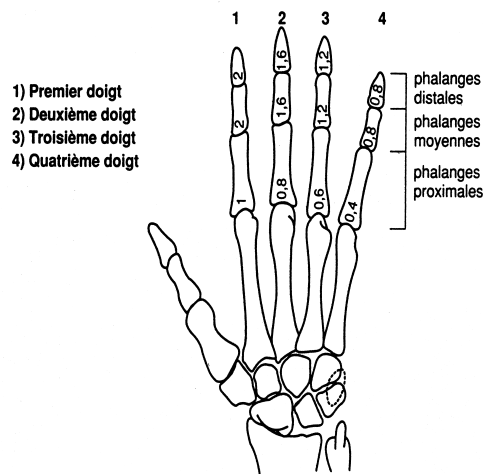


Le DAP est celui indiqué au schéma, pour l'atteinte évaluée.

Pour le PE, se référer au chapitre XVIII.

SCHÉMA 2

DES DÉFICITS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES (DAP),
POUR AMPUTATION D'UN DOIGT

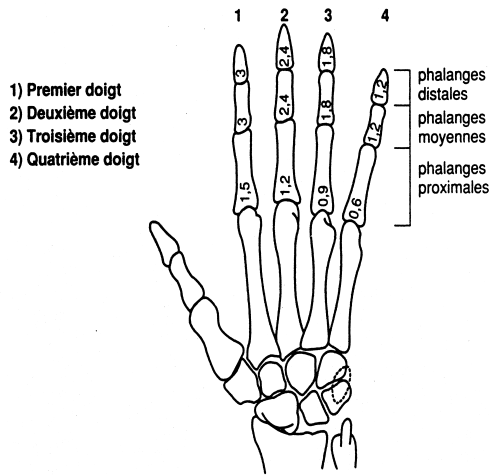


Le DAP est celui indiqué au schéma, pour l'atteinte évaluée.

Pour le PE, se référer au chapitre XVIII.

SCHÉMA 3

DES DÉFICITS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES (DAP),
POUR AMPUTATION DE DEUX DOIGTS

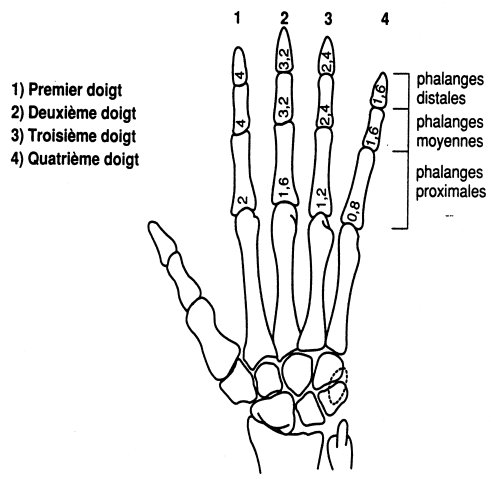


Le DAP est celui indiqué au schéma, pour l'atteinte évaluée.

Pour le PE, se référer au chapitre XVIII.

SCHÉMA 4

DES DÉFICITS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES (DAP),
POUR AMPUTATION DE TROIS DOIGTS

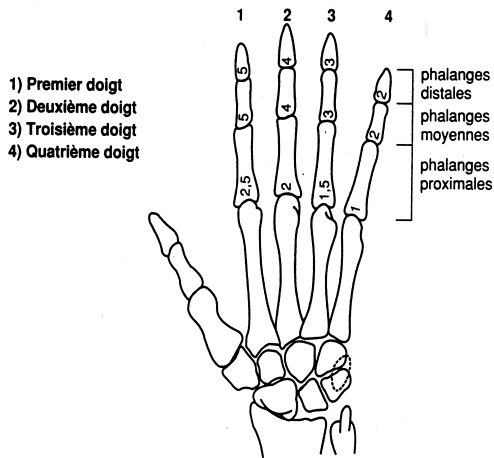


Le DAP est celui indiqué au schéma, pour l'atteinte évaluée.

Pour le PE, se référer au chapitre XVIII.

SCHÉMA 5

DES DÉFICITS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES (DAP),
POUR AMPUTATION DE QUATRE DOIGTS



Le DAP est celui indiqué au schéma, pour l'atteinte évaluée.

Pour le PE, se référer au chapitre XVIII.

DAP
%

c) ATTEINTE DES TISSUS MOUS (membre supérieur)

Atteinte permanente des tissus mous (musculo-squelettiques) lorsque les séquelles ne sont pas déjà prévues au barème

- sans séquelle fonctionnelle, ni changement radiologique 0
- sans séquelle fonctionnelle, mais avec changements radiologiques 1
- avec séquelles fonctionnelles 2

de plus, se référer au tableau des ankyloses

de la ou des articulations atteintes ainsi
qu'au tableau 5 des atrophies du membre
supérieur dap

B) BASSIN

a) FRACTURE

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------|-----|
| i) Consolidée sans déplacement | |
| • sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique | 0 |
| ii) Consolidée avec déplacement | |
| • sans séquelle fonctionnelle | |
| • branche ischio-pubienne ou ilio-pubienne unilatérale | 1 |
| • os iliaque | 1 |
| • os innominé | 1 |
| • intra-articulaire de la symphyse pubienne sans diastasis | 2,5 |
| • sacrum | 1 |
| • coccyx | 1 |
| en l'absence de consolidation, s'ajoute le pourcentage additionnel suivant | 1 |
| • avec séquelles fonctionnelles | |
| • branche ischio-pubienne ou ilio-pubienne unilatérale | 1,5 |
| • os iliaque | 2,5 |
| • symphyse pubienne | |
| • avec déplacement de moins de 2 cm | 3,5 |
| • avec déplacement de 2 cm et plus | 5,5 |
| • sacrum avec atteinte sacro-iliaque | 3,5 |
| • os innominé | 4 |

le cas échéant, s'ajoutent les pourcentages prévus pour dystocie osseuse chez une femme

avant la ménopause. Se référer au chapitre VIII sur l'appareil génital femelle	dap
<ul style="list-style-type: none"> acétabulaire simple ou compliquée avec déplacement, avec ou sans luxation centrale ou postérieure de la hanche 	4
de plus, se référer au tableau 6 des ankyloses de la hanche ou à ceux des autres articulations atteintes	dap
<ul style="list-style-type: none"> coccyx 	
excision du coccyx	1
b) SUB-LUXATION SACRO-ILIAQUE	
<ul style="list-style-type: none"> résiduelle 	3
<ul style="list-style-type: none"> résiduelle ayant nécessité une arthrodèse 	5
c) ENTORSE SACRO-ILIAQUE OU DE LA SYMPHYSE PUBIENNE	
Incluant les séquelles traumatiques aux tissus mous (exemples: myosite, fibrosite)	
<ul style="list-style-type: none"> sans séquelle fonctionnelle 	0
<ul style="list-style-type: none"> avec séquelles fonctionnelles, mais sans changement radiologique 	1,5
<ul style="list-style-type: none"> avec séquelles fonctionnelles et changements radiologiques 	2
C) MEMBRE INFÉRIEUR	
a) AMPUTATION	
hémipelvectomie	70
désarticulation de la hanche	60
de la cuisse au tiers moyen	50
désarticulation du genou, trans-condylienne ou sous le genou, ne permettant pas le port d'une prothèse avec appui rotulien	45
sous le genou, permettant le port d'une prothèse avec appui rotulien	35
de Syme	25

médio-tarsienne (Chopart)	25
tarso-métatarsienne (Lisfranc)	15
trans-métatarsienne	14
des cinq orteils	8
de premier orteil	4
d'une phalange du premier orteil	2
totales ou partielles des 2e, 3e, 4e et 5e orteils; par orteil	1
b) FRACTURE, LUXATION, ENTORSE	
1) Hanche	
i) Luxation	
• sans séquelle fonctionnelle	0
• avec séquelles fonctionnelles	
se référer au tableau 6 des ankyloses de la hanche	dap
ii) Remplacement de la tête fémorale par prothèse céphalique incluant le raccourcissement	
• sans séquelle fonctionnelle	10
• avec séquelles fonctionnelles	10
• de plus, se référer au tableau 6 des ankyloses de la hanche	dap
iii) Remplacement de la hanche par prothèse totale incluant le raccourcissement	
• sans séquelle fonctionnelle	15
• avec séquelles fonctionnelles	15
• de plus, se référer au tableau 6 des ankyloses de la hanche	dap
iv) Résection de la hanche (tête et col fémoral) sans prothèse de remplacement	40

	de plus, se référer au tableau 6 des ankyloses de la hanche et au tableau 7 des raccourcissements et atrophies musculaires permanentes du membre inférieur	dap
2) Fémur		
i)	Métaphyse	
	se référer au tableau 6 des ankyloses de la hanche ou à ceux des autres articulations atteintes, ainsi qu'au tableau 7 des raccourcissements et atrophies musculaires permanentes du membre inférieur	dap
ii)	Diaphyse	
	fracture, avec ou sans réduction chirurgicale, consolidée	
	• sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique	0
	• avec angulation axiale, qu'elle soit unique ou multiple	
	• de 10 à 20 degrés	4
	• de plus de 20 degrés	8
	• avec vice de rotation interne	
	• de 10 à 20 degrés	5
	• de plus de 20 degrés	9
	• avec vice de rotation externe	
	• de 10 à 20 degrés	4
	• de plus de 20 degrés	7
3) Genou		
	• L'examen se pratique le genou en extension complète ou maximale.	
i)	Fracture	
	d'un ou des plateaux tibiaux	
	• sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique	0

<ul style="list-style-type: none"> avec séquelles fonctionnelles 	
se référer au tableau 8 des ankyloses du genou ou à ceux des autres articulations atteintes, ainsi qu'au tableau 9 des instabilités du genou	dap
d'un ou des condyles fémoraux	
<ul style="list-style-type: none"> sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique 	0
<ul style="list-style-type: none"> avec séquelles fonctionnelles 	
se référer au tableau 8 des ankyloses du genou ou à ceux des autres articulations atteintes, ainsi qu'au tableau 9 des instabilités du genou	dap
ostéo-chondrale des plateaux tibiaux	
<ul style="list-style-type: none"> sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique 	0
<ul style="list-style-type: none"> avec séquelles fonctionnelles 	
se référer au tableau 8 des ankyloses du genou ou à ceux des autres articulations atteintes, ainsi qu'au tableau 9 des instabilités du genou	dap
des épines tibiales	
<ul style="list-style-type: none"> sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique 	0
<ul style="list-style-type: none"> avec séquelles fonctionnelles 	
se référer au tableau 8 des ankyloses du genou ou à ceux des autres articulations atteintes, ainsi qu'au tableau 9 des instabilités du genou	dap
de la tubérosité tibiale antérieure	
<ul style="list-style-type: none"> sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique 	0
<ul style="list-style-type: none"> avec séquelles fonctionnelles 	
se référer au tableau 8 des ankyloses du genou ou à ceux des autres articulations	

	atteintes, ainsi qu'au tableau 9 des instabilités du genou	dap
ii)	Luxation	
	• du genou sans séquelle fonctionnelle	0
	• du genou avec séquelles fonctionnelles	
	se référer au tableau 8 des ankyloses du genou et au tableau 9 des instabilités du genou	dap
iii)	Prothèse totale du genou incluant le raccourcissement ostéo-articulaire nécessairement pour la mise en place de la prothèse	
	• sans séquelle fonctionnelle	15
	• avec séquelles fonctionnelles	15
	de plus, se référer au tableau 8 des ankyloses du genou ainsi qu'au tableau 9 des instabilités du genou	dap
iv)	Prothèse partielle du genou incluant le raccourcissement ostéo-articulaire pour la mise en place de la prothèse	
	• sans séquelle fonctionnelle	4
	• avec séquelles fonctionnelles	4
	de plus, se référer au tableau 8 des ankyloses du genou ainsi qu'au tableau 9 des instabilités du genou	dap
v)	Arthrodèse du genou faisant suite à l'exérèse d'une prothèse intra-articulaire	
	l'évaluation se fait en accordant le pourcentage prévu pour l'arthrodèse du genou (tableau 8) et le raccourcissement (tableau 7)	dap
vi)	Ménisectomie	
	• sans séquelle fonctionnelle	
	• interne	1
	• externe	1
	• interne et externe	2

	• avec séquelles fonctionnelles	
	• interne	1
	• externe	1
	• interne et externe	2
	de plus, se référer au tableau 8 des ankyloses du genou et au tableau 9 des instabilités du genou	dap
vii)	Fracture consolidée de la rotule	
	• sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique	0
	• avec séquelles fonctionnelles	
	se référer au tableau 8 des ankyloses du genou sans dépasser le pourcentage prévu pour une arthrodèse du genou en position de fonction	dap
viii)	Luxation complète de la rotule	
	• sans séquelle fonctionnelle	0
	• avec instabilité résiduelle objective	2
	• avec séquelles fonctionnelles nécessitant le port d'une orthèse ou une chirurgie correctrice	4
	de plus, se référer au tableau 8 des ankyloses du genou	dap
ix)	Syndrome rotulien ou fémoro-patellaire	2
x)	Patellectomie	
	• totale	
	avec ou sans remplacement par prothèse incluant l'atrophie du quadriceps et la perte de la force musculaire	
	• sans séquelle fonctionnelle	5
	• avec séquelles fonctionnelles	5
	de plus, se référer au tableau 8 des ankyloses	

du genou et au tableau 9 des instabilités du genou, sans dépasser le pourcentage prévu pour une arthrodèse du genou en position de fonction dap

- partielle
- sans séquelle fonctionnelle 1
- avec séquelles fonctionnelles 1

de plus, se référer au tableau 8 des ankyloses du genou et au tableau 9 des instabilités du genou, sans dépasser le pourcentage prévu pour une arthrodèse du genou en position de fonction dap

4) **Jambe**

Fracture d'un ou des os de la jambe avec ou sans réduction chirurgicale, consolidée

- sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique 0
- avec angulation axiale du tibia (unique ou multiple)
- de 10 à 15 degrés 5
- de plus de 15 degrés 8
- avec vice de rotation interne
- de 10 à 20 degrés 4
- de plus de 20 degrés 8
- avec vice de rotation externe
- de 10 à 20 degrés 2
- de plus de 20 degrés 5

5) **Cheville et pied**

- i) Entorse simple, fracture parcellaire ou avulsive, fracture uni, bi ou tri-malléolaire, avec ou sans réduction chirurgicale, consolidée
- sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique 0

- avec séquelles fonctionnelles incluant le diastasis 2
- de plus, se référer au tableau 10 des ankyloses de la cheville et du pied, sans dépasser le pourcentage prévu pour une arthrodèse tibiotarsienne en position de fonction dap
- ii) Prothèse totale de la cheville, incluant le raccourcissement ostéo-articulaire nécessaire pour la mise en place de la prothèse, sans séquelle fonctionnelle 5
- iii) Prothèse totale de la cheville, incluant le raccourcissement ostéo-articulaire nécessaire pour la mise en place de la prothèse, avec séquelles fonctionnelles 5
- de plus, se référer au tableau 10 des ankyloses de la cheville et du pied, sans dépasser le pourcentage prévu pour une pan-arthrodèse dap
- iv) Arthrodèse de la cheville faisant suite à l'exérèse d'une prothèse intra-articulaire
- seréférer au tableau 10 des ankyloses de la cheville et du pied dap
- v) Instabilité chronique de la cheville prouvée radiologiquement 2

5.1 Astragale

- Fracture avulsive, parcellaire du corps ou du col, consolidée
- sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique 0
 - avec séquelles fonctionnelles
- se référer au tableau 10 des ankyloses de la cheville et du pied, sans dépasser le pourcentage prévu pour une arthrodèse tibiotarsienne ou pour une arthrodèse sous-astragaliennne et médiotarsienne, en position de fonction dap

5.2 Calcaneum

- Fracture intra ou extra-articulaire, consolidée
- sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans

changement radiologique	0
• rendant difficile le port de la chaussure	1,5
• avec séquelles fonctionnelles (incongruité articulaire)	
se référer au tableau 10 des ankyloses de la cheville et du pied, sans dépasser le pourcentage prévu pour une arthrodèse tibiotarsienne en position de fonction	dap
5.3 Autres os (scaphoïde, cuboïde, cunéiformes)	
Fracture de ces os, consolidée	
• sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique	0
• avec séquelles fonctionnelles	
se référer au tableau 10 des ankyloses de la cheville et du pied, sans dépasser les pourcentages prévus pour une arthrodèse de la cheville et du pied en position de fonction	dap
5.4 Métatarsiens	
i) Fracture isolée d'un ou de plusieurs métatarsiens, consolidé	
• sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique	0
• avec séquelles fonctionnelles occasionnant des troubles à la marche; par métatarsien	1,5
ii) Résection des têtes des 1er et 5e métatarsiens	10
iii) Résection de la tête du 1er métatarsien	6
iv) Résection de la tête du 5e métatarsien	4
v) Résection de la tête des 2e, 3e, 4e métatarsiens; par tête	1
vi) Résection d'exostose	1
c) ATTEINTE DES TISSUS MOUS (membre inférieur)	
Atteinte permanente des tissus mous (musculo-squelettiques) lorsque les séquelles	

ne sont pas déjà prévues au barème

• sans séquelle fonctionnelle, ni changement radiologique 0

• sans séquelle fonctionnelle, mais avec changements radiologiques 1

• avec séquelles fonctionnelles 2

de plus, se référer au tableau des ankyloses de la ou des articulations atteintes ainsi qu'au tableau 7 des atrophies du membre inférieur dap

D) RACHIS

a) COLONNE CERVICALE

1) **Entorse**

sans séquelle fonctionnelle objectivée 0

avec séquelles fonctionnelles objectivées, avec ou sans changement radiologique 2

2) **Fracture**

i) Fracture parcellaire consolidée

• sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique 0

• avec séquelles fonctionnelles

se référer au tableau 11 des ankyloses permanentes de la colonne cervicale dap

ii) Fracture par écrasement d'un corps vertébral, consolidée

• moins de 25 % du corps vertébral 2

• 25 % ou plus du corps vertébral 4

iii) Fracture d'un corps vertébral, consolidée, avec instabilité prouvée radiologiquement, mais sans séquelle neurologique, et non stabilisée par greffe après un an 6

iv) Fracture(s) d'un ou plusieurs corps vertébral(aux) stabilisée(s) par greffe ou implant; par espace greffé 3

	de plus, se référer au tableau 11 des ankyloses de la colonne cervicale	dap
v)	Fracture(s) d'un ou plusieurs corps vertébral(aux) consolidée(s) avec séquelles fonctionnelles, sans séquelle neurologique	
	se référer au tableau 11 des ankyloses de la colonne cervicale	dap
vi)	Fracture(s) d'un ou plusieurs corps vertébral(aux) consolidée(s) avec séquelles neurologiques	
	évaluer en additionnant les pourcentages prévus pour la ou les fractures, les ankyloses et les séquelles neurologiques	dap
vii)	Luxation et fracture-luxation	
	évaluer en additionnant les pourcentages prévus pour les ankyloses et les séquelles neurologiques	dap
viii)	Fracture isolée d'un ou plusieurs éléments (pédicule, apophyse transverse ou épineuse, lame), consolidée	
	• sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique	0
	• avec séquelles fonctionnelles	
	se référer au tableau 11 des ankyloses de la colonne cervicale	dap
ix)	Excision d'un ou plusieurs éléments postérieurs (pédicule, apophyse transverse ou épineuse, lame)	
	• sans séquelle fonctionnelle	0
	• avec séquelles fonctionnelles	1
	de plus, se référer au tableau 11 des ankyloses de la colonne cervicale	dap
x)	Pseudarthrose de l'atlas sans instabilité	5
xi)	Pseudarthrose de l'atlas avec instabilité	10
xii)	Greffé osseuse de l'occiput à C2 ou C3	20

xiii)	Fracture de l'odontoïde, consolidée	
	• sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique	0
	• avec séquelles fonctionnelles	
	se référer au tableau 11 des ankyloses de la colonne cervicale	dap
xiv)	Pseudarthrose de l'odontoïde prouvée radiologiquement	
	• sans instabilité	5
	• avec instabilité	10
3 Autres pathologies cervicales		
i)	Hernie discale non opérée, prouvée cliniquement et par tests spécifiques	2
	de plus, s'ajoute le pourcentage prévu pour les ankyloses et les séquelles neurologiques. Se référer au tableau 11 des ankyloses de la colonne cervicale et au chap. IV	dap
ii)	Instabilité objectivée en l'absence de fracture	3
iii)	Discoïdectomie cervicale antérieure ou postérieure avec ou sans greffe	
	• sans séquelle fonctionnelle objectivée; par espace	3
	avec séquelles fonctionnelles; par espace	3
	de plus, s'ajoute le pourcentage prévu pour les ankyloses (tableau 11) et les séquelles neurologiques, chap. IV	dap
iv)	Chémonucléolyse; par espace	2
v)	Discoïdectomie chirurgicale cervicale après une chémonucléolyse; par espace	2
	de plus, se référer au tableau 11 des ankyloses de la colonne cervicale	dap
vi)	Laminectomie uni ou bilatérale partielle, exploratrice ou décompressive, sans	

	discoïdectomie; par lame	1
	de plus, se référer au tableau 11 des ankyloses de la colonne cervicale	dap
vii)	Laminectomie totale, exploratrice ou décompressive (arc postérieur: lame et apophyse épineuse); par arc postérieur	3
	de plus, se référer au tableau 11 des ankyloses de la colonne cervicale	dap
viii)	Greffé cervicale par voie postérieure; par espace greffé	3
	de plus, se référer au tableau 11 des ankyloses de la colonne cervicale	dap
	le cas échéant, s'ajoute le pourcentage prévu pour les séquelles neurologiques, chap. IV	dap

b) COLONNE DORSO-LOMBAIRE

1) **Entorse**

(incluant les lésions traumatiques des tissus mous et le syndrome facettaire)

sans séquelle fonctionnelle objectivée 0

avec séquelles fonctionnelles objectivées, avec ou sans changement radiologique 2

2) **Fracture**

i)	Fracture parcellaire, consolidée	
	• sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique	0
	• avec séquelles fonctionnelles	
	se référer au tableau 12 des ankyloses de la colonne dorso-lombaire	dap
ii)	Fracture par écrasement d'un corps vertébral, consolidée, sans séquelle fonctionnelle, ni instabilité	
	• moins de 25 % du corps vertébral	2

	• 25 % et plus du corps vertébral	4
iii)	Fracture(s) d'un ou plusieurs corps vertébral(aux), consolidée(s)	
	• avec instabilité prouvée radiologiquement, mais sans séquelle neurologique, et non stabilisée par greffe après un an	6
	• avec séquelles fonctionnelles, sans séquelle neurologique	
	se référer au tableau 12 des ankyloses de la colonne dorso-lombaire	dap
	• avec séquelles neurologiques	
	évaluer en additionnant les pourcentages prévus pour la ou les fractures, les ankyloses (tableau 12) et les séquelles neurologiques, chap. IV	dap
iv)	Fracture(s) d'un ou plusieurs corps vertébral(aux) stabilisée(s) par greffe ou implant; par espace greffé	3
	de plus, se référer au tableau 12 des ankyloses de la colonne dorso-lombaire	dap
v)	Luxation(s), fracture-luxation(s)	
	évaluer en additionnant les pourcentages prévus pour les ankyloses, l'instabilité et les séquelles neurologiques, chap. IV	dap
vi)	Fracture isolée d'un ou plusieurs éléments postérieurs (pédicule, apophyse transverse ou épineuse, lame), consolidée	
	• sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique	0
	• avec séquelles fonctionnelles	
	se référer au tableau 12 des ankyloses de la colonne dorso-lombaire	dap
vii)	Excision d'un ou plusieurs éléments postérieurs (pédicule, apophyse transverse ou épineuse, lame)	
	• sans séquelle fonctionnelle	0

• avec séquelles fonctionnelles	1	
de plus, se référer au tableau 12 des ankyloses de la colonne dorso-lombaire		dap
3) Autres pathologies dorsales, lombaires ou sacrées		
i) Hernie discale non opérée prouvée cliniquement et par tests spécifiques	2	
de plus, s'ajoutent les pourcentages prévus pour les ankyloses et les séquelles neurologiques. Se référer au tableau 12 des ankyloses de la colonne dorso-lombaire et au chap. IV		dap
ii) Discoïdectomie dorsale, lombaire ou lombo-sacrée		
• sans séquelle fonctionnelle objectivée; par espace	3	
• avec séquelles fonctionnelles; par espace	3	
de plus, s'ajoutent les pourcentages prévus pour les ankyloses et les séquelles neurologiques. Se référer au tableau 12 des ankyloses de la colonne dorso-lombaire et au chap. IV		dap
iii) Chémonucléolyse; par espace	2	
iv) Discoïdectomie chirurgicale dorsale, lombaire ou lombo-sacrée après une chémonucléolyse; par espace	2	
de plus, se référer au tableau 12 des ankyloses de la colonne dorso-lombaire		dap
v) Laminectomie partielle exploratrice ou décompressive sans discoïdectomie; par lame	1	
vi) Laminectomie totale exploratrice ou décompressive (arc postérieur, lame et apophyse épineuse); par arc postérieur	3	
de plus, se référer au tableau 12 des ankyloses de la colonne dorso-lombaire		dap
vii) Greffe dorsale, lombaire ou lombo-sacrée pour une autre pathologie; par espace		

greffé	3
de plus, se référer au tableau 12 des ankyloses de la colonne dorso-lombaire	dap
viii) Instabilité objectivée en l'absence de fracture	3
ix) Pachyméningite ou fibrose périneurale objectivée par tests spécifiques	2

E) CAGE THORACIQUE

a) FRACTURES DU STERNUM

i) Fracture consolidée	
• sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique	0
• avec séquelles fonctionnelles	2
• avec luxation sterno-claviculaire	
• sans séquelle fonctionnelle	1
• avec séquelles fonctionnelles	1,5
de plus, se référer au tableau des ankyloses de(s) l'articulation(s) atteinte(s)	dap
ii) Pseudarthrose du sternum	2
iii) Appendice xyphoïde (résection)	1
iv) Syndrome costo-sternal	2

b) FRACTURES DE CÔTES

Les pourcentages fixés sont les mêmes, qu'il y ait une ou plusieurs côtes fracturées.

i) Fracture(s) consolidée(s) ou non consolidée(s)	
• sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique	0
• avec séquelles fonctionnelles mineures (névralgie inter-costale, répercussion chondrosternale ou costo-vertébrale)	1,5
• avec séquelles importantes ayant des répercussions sur la fonction	

cardio-respiratoire	
se référer au(x) système(s) concerné(s)	dap
c) THORACOCENTÈSE	0
d) DRAINAGE THORACIQUE	0
e) THORACOTOMIE	5

TABLEAU 2

ANKYLOSES PERMANENTES DE L'ÉPAULE

	DAP
	%
A) COMPLÈTE EN POSITION DE FONCTION	
sans mouvement de l'omoplate	35
avec mouvements de l'omoplate	25

B) INCOMPLÈTE

a) **Abduction**

(normale de 0 à 180o incluant les mouvements de l'omoplate)

Degrés perdus	Degrés retenus	
0	180 (normal)	0
20	160	1
40	140	2
60	120	3
80	100	4
100	80	5
120	60	6
140	40	7
160	20	9
180	0	10

b) **Élévation antérieure**
(normale de 0 à 180°)

Degrés perdus	Degrés retenus
---------------	----------------

0	180 (normal)	0
20	160	1
40	140	1,5
60	120	2
80	100	2,5
100	80	3
120	60	3,5
140	40	4
160	20	5
180	0	6

c) Rotation externe

Les mouvements de rotation externe se mesurent le sujet couché ou debout, l'épaule en abduction à 90° (normale de 0 à 90°)

Degrés perdus	Degrés retenus	
0	90 (normal)	0
20	70	1
40	50	2
60	30	3
90	0	4

d) Rotation interne

Les mouvements de rotation interne se mesurent le sujet couché ou debout, l'épaule en abduction à 90° (normale de 0 à 40°)

Degrés perdus	Degrés retenus	
0	40 (normal)	0
10	30	1
20	20	2
40	0	3

e) Rotation externe si l'abduction est impossible à 90°

Les mouvements se mesurent le bras le long du corps, le coude fléchi à 90° (normale de 0 à 45°)

Degrés perdus	Degrés retenus
---------------	----------------

0	45 (normal)	0
5	40	1
15	30	2
30	15	3
45	0	4

f) Rotation interne si l'abduction est impossible à 90°

Les mouvements se mesurent le bras le long du corps, le coude fléchi à 90° (normale de 0 à 40°)

Degrés perdus	Degrés retenus	
0	40 (normal)	0
10	30	1
20	20	2
40	0	3

g) Extension

Rétropulsion (normale de 0 à 40°)

absence complète	1
------------------	---

h) Adduction

(normale de 0 à 20°)

perte de 10° et plus	1
----------------------	---

TABLEAU 3
ANKYLOSES PERMANENTES DU COUDE

Si l'ankylose complète du coude n'est pas en position de fonction, soit 100°, on se réfère aux évaluations: E) Ankylose complète avec pronation et supination conservées, F) Ankylose complète du coude en position de fonction (100°) avec perte de pronation et G) Ankylose complète du coude en position de fonction (100°) avec perte de la supination; c'est le pourcentage de DAP le plus élevé de ces trois évaluations qui est retenu.

A) FLEXION

La flexion est mesurée de 0° ou du point d'extension limite à 150° ou au point de flexion limite:

Flexion jusqu'à

Degrés	
0	23
10	22
20	20
30	19
40	17
50	16
60	14
70	13
80	11
90	10
100	8
110	6
120	5
130	3
140	2
150(normal)	0

B) EXTENSION

L'extension est mesurée de 150° ou du point limite de flexion à 0° ou au point limite d'extension:

Extension jusqu'à

Degrés	
0 (normal)	0
10	1
20	2
30	4
40	5
50	6
60	7
70	8
80	10
90	11
100	12

110	13
120	14
130	16
140	17
150	18

C) PRONATION ISOLÉE (normale de 0 à 80°)

Degrés perdus	Degrés retenus	
80	0	8
70	10	7
60	20	6
50	30	5
40	40	4
30	50	3
20	60	2
10	70	1
0	80 (normal)	0

D) SUPINATION ISOLÉE
(normale de 0 à 80°)

Degrés perdus	Degrés retenus	
80	0	8
70	10	7
60	20	6
50	30	5
40	40	4
30	50	3
20	60	2
10	70	1
0	80 (normal)	0

E) ANKYLOSE COMPLÈTE AVEC PRONATION ET
SUPINATION CONSERVÉES

Degrés perdus	
0 (position neutre)	39
10	38

20	37
30	36
40	35
50	34
60	33
70	32
80	31
90	31
100 (position de fonction)	30
110	35
120	41
130	46
140	52
150 (flexion maximale)	57

F) ANKYLOSE COMPLÈTE DU COUDE EN
POSITION DE FONCTION
(100°) AVEC PERTE DE LA PRONATION

Le DAP inclut l'ankylose complète du coude et la perte de pronation.

Degrés perdus	
0 (position neutre)	39
10	41
20	44
30	46
40	48
50	50
60	53
70	55
80 (absence de pronation)	57

G) ANKYLOSE COMPLÈTE DU COUDE EN
POSITION DE FONCTION
(100°) AVEC PERTE DE LA SUPINATION

Le DAP inclut l'ankylose complète du coude et la perte de supination.

Degrés perdus	
0(position neutre)	39
10	41
20	44
30	46
40	48
50	50
60	53
70	55
80 (absence de supination)	57

TABLEAU 4
ANKYLOSES PERMANENTES DU POIGNET

	DAP %
A) COMPLÈTE	
Ankylose complète, en position de fonction de 0 à 20° de dorsi-flexion et en position neutre d'inclinaison radiale ou cubitale	8
Ankylose complète, en position vicieuse avec plus de 10° de déviation cubitale ou radiale, ou avec plus de 30° de dorsi-flexion ou de flexion palmaire	12

B) INCOMPLÈTE

L'examen se fait le coude en extension complète.

- Dorsi-flexion ou extension (normale de 0 à 60°)

jusqu'à

Degrés	
60(normal)	0
40	1
20	2
absente	3

- Flexion palmaire (normale de 0 à 70°)

jusqu'à	
Degrés	
70(normal)	0
60	1
40	2
20	3
• Inclinaison cubitale (normale de 0 à 30°)	
absence complète 1	
• Inclinaison radiale (normale de 0 à 20°)	
absence complète 1	

TABLEAU 5
ATROPHIE MUSCULAIRE PERMANENTE DU
MEMBRE SUPÉRIEUR

	DAP %
Atrophie musculaire permanente, de 3 cm et plus, mesurée à la partie moyenne du bras, incluant la faiblesse musculaire qui pourrait en résulter	3,5
Atrophie musculaire permanente de 2 cm et plus, mesurée au tiers supérieur de l'avant-bras, incluant la faiblesse musculaire qui pourrait en résulter	2,5

TABLEAU 6
ANKYLOSES PERMANENTES DE LA HANCHE

A) COMPLÈTE

Ankylose complète de la hanche, en rectitude au point 0 et jusqu'à 20° de flexion, d'abduction et de rotation externe	30
Ankylose complète de la hanche en mauvaise position, avec plus de 20° d'abduction ou rotation externe, ou avec plus de 10° d'abduction ou rotation interne, ou avec plus de 20° de flexion	35

B) INCOMPLÈTE

- flexion (normale de 0 à 120°)

jusqu'à

Degrés	
120 (normal)	0
110	1
100	2
90	3
70	4
50	6
30	8
20	10
0	12

L'extension de la hanche se mesure en position ventrale

- extension (normale de 0 à 30°)

jusqu'à

Degrés	
30 (normal)	0
15	1
0	2

- rotation interne (normale de 0 à 40°)

jusqu'à

Degrés	
40 (normal)	0
30	1
10	2
0	3

- rotation externe (normale de 0 à 50°)

jusqu'à

Degrés

50 (normal)	0
30	2
15	3
0	5

- abduction (normale de 0 à 40°)

jusqu'à

Degrés	
40 (normal)	0
20	3
0	6

- adduction (normale 0 à 20°)

jusqu'à

Degrés	
20(normal)	0
10	1
0	2

TABLEAU 7
RACCOURCISSEMENT ET ATROPHIE MUSCULAIRE
PERMANENTE DU MEMBRE INFÉRIEUR

DAP
%

A) RACCOURCISSEMENT

Raccourcissement de la structure osseuse du membre inférieur

• 1,5 cm ou moins (variation normale)	0
• plus de 1,5 cm jusqu'à moins de 2,5 cm	2
• 2,5 cm jusqu'à moins de 3,5 cm	3
• 3,5 cm jusqu'à moins de 4,5 cm	4
• 4,5 cm jusqu'à moins de 5,5 cm	6
• 5,5 cm jusqu'à moins de 6,5 cm	8

- 6,5 cm jusqu'à moins de 7,5 cm 10
- 7,5 cm ou plus 15

B) ATROPHIE

Atrophie musculaire permanente, de 3 cm et plus, mesurée à 15 cm au-dessus du pôle supérieur de la rotule, incluant la faiblesse musculaire qui pourrait en résulter 3

Atrophie musculaire permanente de 2 cm et plus, mesurée à 15 cm au-dessous du pôle inférieur de la rotule, incluant la faiblesse musculaire qui pourrait en résulter 2

TABLEAU 8
ANKYLOSES PERMANENTES DU GENOU

DAP
%

A) COMPLÈTE

Ankylose complète du genou en légère flexion de 10° avec ou sans patellectomie, sans varus, ni valgus, incluant le raccourcissement réel de 3 cm ou moins ainsi que l'atrophie musculaire permanente et secondaire de la cuisse 20

Ankylose complète du genou en bonne position, mais avec raccourcissement de plus de 3 cm, ajouter à ce qui précède:

- plus de 3 cm jusqu'à moins de 4,5 cm 2
- 4,5 cm jusqu'à moins de 5,5 cm 4
- 5,5 cm jusqu'à moins de 6,5 cm 6

Pour l'ankylose complète avec autres déformations concomitantes de plus de 10°, un pourcentage de DAP additionnel de 2% est fixé pour chacune des déformations suivantes, avec un pourcentage maximum de 6%

- recurvatum 2
- varus 2
- valgus 2

- rotation 2

B) INCOMPLÈTE

- Flexion

en se référant à la flexion maximale jusqu'à 130°

	DAP %
jusqu'à	
Degrés	
130(normal)	0
120	1
110	2
90	4
75	5
60	6
45	8
30	10
15	15
0	20

- Extension

en se référant à l'extension maximale jusqu'à 0°

jusqu'à

Degrés	
0 (normal)	0
5	1
10	4
20	7
25	8
35	10
50	30
plus de 50	45
	DAP %

• Pour l'ankylose incomplète avec autres déformations concomitantes de plus de 10°, un pourcentage de DAP additionnel de 2% est fixé pour chacune des déformations suivantes, avec un pourcentage maximum de 6 %

• recurvatum	2
• varus	2
• valgus	2
• rotation	2

TABLEAU 9
INSTABILITÉS DU GENOU

	DAP %
• Légère laxité sans séquelle fonctionnelle	1
• Légère laxité ligamentaire symptomatique	2
• Instabilité ligamentaire symptomatique qui ne nécessite pas le port d'une orthèse	5
• Instabilité simple ou complexe nécessitant le port d'une orthèse pour certaines activités de travail ou de loisir	10
• Instabilité simple ou complexe nécessitant le port d'une orthèse fonctionnelle pour toutes les activités	15
• Instabilité ligamentaire accompagnée de séquelles fonctionnelles	

Les pourcentages prévus pour chacune des séquelles s'additionnent, mais la somme de ceux-ci ne doit pas dépasser le pourcentage prévu pour une arthrodèse du genou en position de fonction

dap

TABLEAU 10
ANKYLOSES PERMANENTES DE LA CHEVILLE
ET DU PIED

DAP
%

A) COMPLÈTE

tibio-tarsienne	
• en position neutre ou de flexion plantaire, jusqu'à 10°, sans inversion, ni éversion	12
• dorsi-flexion à 10°	15
• dorsi-flexion à 20°	25
• flexion plantaire à 20°	14
• flexion plantaire à 30°	18
• flexion plantaire à 40°	20
sous-astragaliennne seule, en bonne position	5
sous-astragaliennne et médio-tarsienne (triple arthrodèse)	8
tibio-tarsienne et sous-astragaliennne	17
tibio-tarsienne, sous-astragaliennne et médio-tarsienne (pan-arthrodèse)	20
tarso-métatarsienne	4
métatarso-phalangienne, au premier orteil, en position de fonction	2
inter-phalangienne, au premier orteil	1
inter-phalangienne des autres orteils (résection ou arthroplastie); par orteil	0,5
le cas échéant, s'ajoutent les pourcentages suivants pour une déformation unique ou multiple de plus de 5° (varus, valgus ou autre) d'une ou plusieurs articulations arthrodésées (au total)	3
	DAP
	%

B) INCOMPLÈTE

- tibio-tarsienne

L'arc de mouvement complet est de 60°, à savoir:

- 20° de dorsi-flexion
- 40° de flexion plantaire

Degrés perdus	
60	12
40	7
30	5
20	3
10	2
moins de 10	1
normal	0
• sous-astragalienn	
• perte de moins de 50% des mouvements	2
• perte de 50% des mouvements et plus	3
• médio-tarsienne	
• perte de moins de 50% des mouvements	1
• perte de 50% des mouvements et plus	2

TABLEAU 11
ANKYLOSES PERMANENTES DE LA
COLONNE CERVICALE

	DAP %
A) ANKYLOSE COMPLÈTE PERMANENTE	20
B) ANKYLOSE INCOMPLÈTE	
• Flexion antérieure (normale 0 à 40°)	
• perte de moins de 25%	1
• perte de 25% à moins de 50%	1,5
• perte de 50% et plus	3
• Extension (normale 0 à 30°)	
• perte de moins de 25%	1
• perte de 25% à moins de 50%	1,5
• perte de 50% et plus	3

- Flexion latérale (normale 0 à 40°)
 - droite
 - perte de moins de 25% 1
 - perte de 25% à moins de 50% 1,5
 - perte de 50% et plus 2
 - gauche
 - perte de moins de 25% 1
 - perte de 25% à moins de 50% 1,5
 - perte de 50% et plus 2
- Rotation (normale 0 à 60°)
 - droite
 - perte de moins de 25% 1
 - perte de 25% à moins de 50% 3
 - perte de 50% et plus 5
 - gauche
 - perte de moins de 25% 1
 - perte de 25% à moins de 50% 3
 - perte de 50% et plus 5

TABLEAU 12
 ANKYLOSES PERMANENTES DE LA COLONNE
 DORSO-LOMBAIRE

	DAP %
A) ANKYLOSE COMPLÈTE PERMANENTE	30
B) ANKYLOSE INCOMPLÈTE	
• Flexion antérieure (normale 0 à 90°)	

Degrés perdus Degrés retenus

90	0	9
60	30	7
40	50	5
20	70	3
0	90 (normal)	0

- Extension (normale 0 à 30°)

Degrés perdus	Degrés retenus	
30	0	3
20	10	2
10	20	1
0	30 (normal)	0

- Flexion latérale droite (normale 0 à 30°)

Degrés perdus	Degrés retenus	
30	0	4
20	10	2
10	20	1
0	30 (normal)	0

- Flexion latérale gauche (normale 0 à 30°)

Degrés perdus	Degrés retenus	
30	0	4
20	10	2
10	20	1
0	30 (normal)	0

- Rotation droite (normale 0 à 30°)

Degrés perdus	Degrés retenus	
30	0	5
20	10	3
10	20	1
0	30 (normal)	0

- Rotation gauche (normale 0 à 30°)

Degrés perdus	Degrés retenus	
30	0	5
20	10	3
10	20	1
0	30(normal)	0

EXEMPLES RELATIFS AU CHAPITRE 1

Ces exemples illustrent l'application concrète des principes prévus à la loi et au barème.

1) Amputation des deux membres inférieurs à la mi-cuisse

	DAP %	DPJV %	PE %	DPJV %	
• Membre inférieur droit	50		12		
• Membre inférieur gauche	50		12		
• Bilatéralité	50		0		
	150	+	75	+	24
				+	6
					= 225

Le total des pourcentages fixés est de 255.

Le principe de la bilatéralité s'applique au DAP seulement (cf. règles particulières, au début du chapitre I).

Note: Même si la pourcentage excède 100%, le professionnel de la santé qui a fait l'évaluation indique le total des pourcentages qu'il a fixés aux fins du calcul de la somme prévue à l'article 87 de la loi (cf. Règlement sur le barème des dommages corporels).

2) Amputation de trois phalanges de l'index droit et de l'annulaire gauche

	DAP %	DPJV %	PE %	DPJV %	
• Index droit	5		1,5		
• Annulaire gauche	3		1,5		
• Bilatéralité	3		0		
	11	+	2,2	+	3
				+	0,3
					= 16,5%

Le total des pourcentages fixés est de 16,5.

Le principe de la bilatéralité s'applique au DAP seulement (cf. règles particulières, au début du chapitre I).

3) Arthrodèse du poignet en position de fonction et ménissectomie interne du genou droit

	DAP %	DPJV %	PE %	DPJV %
• Arthrodèse du poignet gauche en position de fonction avec cicatrice linéaire de 4 cm	8		0	
• Ménissectomie interne du genou droit sans séquelle fonctionnelle avec cicatrice vicieuse de 1,8 cm ²	1		1,8	
• Bilatéralité	0		0	
	9	+ 1,35	+ 1,8	+ 0,1 = 12,25 %

Le total des pourcentages fixés est de 12,25.

Le principe de la bilatéralité ne s'applique pas, puisque les séquelles intéressent un membre supérieur et un membre inférieur (cf. règles particulières, au début du chapitre I).

4) Cicatrices au bras droit et limitation de l'extension au niveau du coude gauche avec légère déformation

	DAP %	DPJV %	PE %	DPJV %
• Cicatrice vicieuse de 1 cm ² au bras droit	0		0,5	
• Limitation de l'extension jusqu'à 40° au coude gauche avec modification légère de la forme et de la symétrie et cicatrice linéaire de 6 cm	5		0	
• Bilatéralité	0		0	
	5	+ 0,75	+ 0,5	+ 0,01 = 6,26 %

Le total des pourcentages fixés est de 6,26.

Le principe de la bilatéralité ne s'applique pas, puisque les séquelles anatomo-physiologiques (DAP) n'intéressent qu'un seul membre (cf. règles particulières, au début du chapitre I).

5) Amputation de deux phalanges du majeur droit et d'une phalange et demie (à plus de 50% de la phalange) de l'annulaire droit

	DAP %	DPJV %	PE %	DPJV %
--	----------	-----------	---------	-----------

• Majeur droit	4,8		1		
• Annulaire droit	3,6		1		
• Bilatéralité	0		0		
	<u>8,4</u>	+	<u>1,2</u>	+	<u>2</u> + <u>0,2</u> = 11,8 %

Le total des pourcentages fixés est de 11,8.

Le principe de la bilatéralité ne s'applique pas parce que les séquelles intéressent deux doigts de la même main (cf. règles particulières, au début du chapitre I).

6) Amputation des trois phalanges de l'auriculaire gauche lors d'un accident antérieur, avec amputation de la phalange distale du majeur droit suite à un accident du travail

	DAP %	DPJV %	PE %	DPJV %	
• Majeur droit	1,6		0,5		
• Annulaire droit	(2)				
• Bilatéralité	1,6		0		
	<u>3,2</u>	+	<u>0,3</u>	+	<u>0,5</u> + <u>0,01</u> = 4,01 %

Le total des pourcentages fixés est de 4,01.

Comme l'auriculaire gauche a été amputé lors d'un accident personnel antérieur, le pourcentage de DAP accordé pour ce doigt (2%) ne peut être additionné au pourcentage de DAP fixé pour le majeur droit; la fixation d'un pourcentage de DAP pour l'auriculaire gauche sert uniquement pour fins de calcul de la bilatéralité (cf. règles particulières, au début du chapitre I).

	DAP %	DPJV %	PE %	DPJV %
7) Ankylose complète en position de fonction de l'articulation inter-phalangienne distale de l'index, sans cicatrice ni déformation	1	0,1	0	0
Le total des pourcentages fixés est de 1,1.				
8) Ankylose complète en position de fonction de l'articulation inter-phalangienne proximale de l'index, sans cicatrice ni déformation	1	0,1	0	0
Le total des pourcentages fixés est de 1,1.				
9) Ankylose complète en position de fonction des deux articulations inter-phalangiennes de l'index, sans cicatrice ni déformation	2	0,2	0	0

Le total des pourcentages fixés est de 2,2.

10) Ankylose complète en position de fonction des trois articulations de l'index, sans cicatrice ni déformation

2,5 0,2 0 0

Le total des pourcentages fixés est de 2,7.

11) Ankylose complète en position de fonction de l'articulation inter-phalangienne distale du majeur et de l'auriculaire droits, sans cicatrice ni déformation

• inter-phalangienne distale du majeur	0,8		0	0	
• inter-phalangienne distale de l'auriculaire	0,4		0	0	
	<u>1,2</u>	+	<u>0,1</u>	+	<u>0</u> + <u>0</u> = 1,3%

Le total des pourcentages fixés est de 1,3.

12) Ankylose complète en position de fonction de l'articulation inter-phalangienne proximale du majeur et de l'auriculaire droits, sans cicatrice ni déformation

• inter-phalangienne distale du majeur	0,8		0	0	
• inter-phalangienne distale de l'auriculaire	0,4		0	0	
	<u>1,2</u>	+	<u>0,1</u>	+	<u>0</u> + <u>0</u> = 1,3 %

Le total des pourcentages fixés est de 1,3.

13) Ankylose complète en position de fonction des deux articulations inter-phalangiennes du majeur et de l'auriculaire gauches, sans cicatrice ni déformation

• inter-phalangienne proximale et distale du majeur	1,6		0	0	
• inter-phalangienne proximale et distale de l'auriculaire	0,8		0	0	
	<u>2,4</u>	+	<u>0,2</u>	+	<u>0</u> + <u>0</u> = 2,6 %

Le total des pourcentages fixés est de 2,6.

14) Ankylose complète en position de fonction des trois articulations du majeur et de l'auriculaire

• métacarpo-phalangienne, inter-phalangienne proximale et distale du majeur	2		0	0	
• matécarpo-phalangienne, inter-phalangienne proximale et distale de l'auriculaire	1		0	0	
	<u>3</u>	+	<u>0,3</u>	+	<u>0</u> + <u>0</u> = 3,3 %

Le total des pourcentages fixés est de 3,3.

15) Ankylose complète en position de fonction de l'articulation inter-phalangienne distale de l'annulaire, avec cicatrice vicieuse de 0,8 cm²

0,6 + 0,01 + 0,8 + 0,01 = 1,42 %

Le total des pourcentages fixés est de 1,42

16) Ankylose incomplète de l'articulation inter-phalangienne proximale du majeur et de l'auriculaire gauches, avec légère déformation et cicatrice vicieuse de 0,6 cm² à l'auriculaire

- majeur
- articulaire

$$\begin{array}{r} 0,4 \\ 0,2 \\ \hline 0,6 \end{array} + \begin{array}{r} 0 \\ 0,6 \\ \hline 0,6 \end{array} + \begin{array}{r} 0 \\ 0,6 \\ \hline 0,6 \end{array} + \begin{array}{r} 0 \\ 0,6 \\ \hline 0,6 \end{array} = 1,22 \%$$

Le total des pourcentages fixés est de 1,22.

CHAPITRE II SYSTÈME MAXILLO-FACIAL

RÈGLE PARTICULIÈRE

1) Bilatéralité

Dans ce chapitre, les pourcentages résultant du calcul de la bilatéralité, à la suite d'atteinte permanente à des organes symétriques, sont déjà intégrés. Ils sont alors indiqués sous chaque séquelle. Lorsqu'il n'y a pas d'indication à cet effet, le principe de la bilatéralité ne joue pas.

2) Lorsqu'une ankylose d'une articulation se situe entre deux mesures indiquées au barème, on se réfère à la mesure voisine correspondant au déficit anatomophysiologique (DAP) le plus élevé.

A) MAXILLAIRE SUPÉRIEUR

DAP
%

a) PALAIS ET ARCADE DENTAIRE

i) Perte de substance

- palais dur et arcade dentaire totale 20
- palais dur total 10
- arcade dentaire
- permettant le port d'une prothèse simple 3
- permettant le port d'une prothèse compliquée 5
- palais mou
- sans séquelle fonctionnelle 1

• avec rhinolalie importante objectivée (scopie)	10
• avec rhinolalie légère permanente	3
• avec dysfonction tubaire	3
le cas échéant, s'ajoutent les pourcentages prévus au tableau 14 des altérations et pertes dentaires	dap
ii) Pseudarthrose	4
Le cas échéant, se référer au tableau 13 des ankyloses des articulations temporo- mandibulaires, sans dépasser les pourcentages prévus pour une ankylose complète de ces articulations	dap
iii) Consolidation vicieuse	
• avec malocclusion sévère et dysfonction temporo-mandibulaire uni ou bilatérale	5
le cas échéant, se référer au tableau 13 des ankyloses des articulations temporo- mandibulaires, ainsi qu'au tableau 14 des altérations et pertes dentaires	dap
• avec malocclusion légère permanente uni ou bilatérale	2
le cas échéant, s'ajoutent les pourcentages prévus au tableau 14 des altérations et pertes dentaires	dap
• avec obstruction du rhinopharynx et dysfonction tubaire	3
iv. Consolidation adéquate, mais avec troubles du périodonte	5
b) NEZ	
1) Nez externe (sauf peau et téguments)	
i) Perte de substance	
• naso-frontale et apophyse montante	
• sans séquelle fonctionnelle	0,5

• avec séquelles fonctionnelles	5
• cartilage triangulaire et alaire	
• sans séquelle fonctionnelle	0,5
• avec séquelles fonctionnelles	5
ii) Consolidation vicieuse	
• sans séquelle fonctionnelle	0,5
• avec séquelles fonctionnelles	0,5
de plus, s'ajoutent les pourcentages prévus pour les séquelles au nez interne	dap
2) Nez interne	
i) Trouble du flot aérien	
• unilatéral	1
• bilatéral	3
ii) Troubles trophiques	
• locaux (croûtes, sécheresse)	1
• à distance (pharynx)	1
iii) Perforation de la cloison nasale	1
c) SINUS: ETHMOÏDAUX, FRONTAUX, MAXILLAIRES ET SPHÉNOÏDAUX	
i) Séquelles de sinusectomie	
• frontale, radicale	
• unilatérale	1
• bilatérale	3
• maxillaire	
• unilatérale	1
• bilatérale	3
• ethmoïdale	
• unilatérale	2

- bilatérale 6
- sphénoïdale
- unilatérale 2
- bilatérale 6

B) MAXILLAIRE INFÉRIEUR

a) COL DU CONDYLE

i) Fracture consolidée

- sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique 0

ii) Perte de substance entraînant une dysfonction temporo-mandibulaire uni ou bilatérale 3

de plus, se référer au tableau 13 des ankyloses des articulations temporo-mandibulaires, sans dépasser les pourcentages prévus pour une ankylose complète de ces articulations dap

iii) Pseudarthrose

- sans séquelle fonctionnelle objectivée 1
- avec séquelles fonctionnelles 3

le cas échéant, s'ajoutent les pourcentages prévus au tableau 14 des altérations et pertes dentaires dap

iv. Consolidation vicieuse avec troubles des articulations temporo-mandibulaires

se référer au tableau 13 des ankyloses des articulations temporo-mandibulaires, sans dépasser le pourcentage prévu pour une ankylose complète de ces articulations dap

b) BRANCHE MONTANTE

i) Fracture consolidée

- sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique 0

ii) Perte de substance sans solution de continuité de l'arc mandibulaire	2
iii) Perte de substance avec pseudarthrose	5
iv) Consolidation vicieuse	
• avec malocclusion légère, sans dysfonction temporo-mandibulaire	3
• avec malocclusion sévère et dysfonction temporo-mandibulaire	5
le cas échéant, se référer au tableau 13 des ankyloses des articulations temporo-mandibulaires, sans dépasser le pourcentage prévu pour une ankylose complète de ces articulations	dap
c) BRANCHE HORIZONTALE ET SYMPHYSE	
i) Fracture consolidée	
• sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique	0
ii) Perte de substance partielle de l'arcade dentaire permettant le port d'une prothèse	3
le cas échéant, se référer au tableau 13 des ankyloses des articulations temporo-mandibulaires, sans dépasser le pourcentage prévu pour une ankylose complète de ces articulations, ainsi qu'au tableau 14 des altérations et pertes dentaires	dap
iii) Perte de substance avec pseudarthrose sévère	10
le cas échéant, se référer au tableau 13 des ankyloses des articulations temporo-mandibulaires, sans dépasser le pourcentage prévu pour une ankylose complète de ces articulations	dap
le cas échéant, s'ajoutent les pourcentages prévus au tableau 14 des altérations et pertes dentaires	dap
iv) Consolidation vicieuse	
• avec malocclusion légère sans dysfonction temporo-mandibulaire	2

- avec malocclusion sévère et dysfonction temporo-mandibulaire 10
- de plus, se référer au tableau 13 des ankyloses des articulations temporo-mandibulaires, sans dépasser le pourcentage prévu pour une ankylose complète de ces articulations dap

C) ZYGOMA ET OS MALAIRE

- Fracture
- sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique 0
 - avec séquelles fonctionnelles au niveau du canthus externe 3
 - avec atteinte des parois orbitaires 3
 - de plus, se référer au chapitre V sur l'appareil visuel, pour la diplopie, l'énophtalmie et l'exophtalmie dap
 - avec blocage mécanique (limitation de la moitié du maxillaire inférieur) 3
 - de plus, se référer au tableau 13 des ankyloses des articulations temporo-mandibulaires, sans dépasser le pourcentage prévu pour une ankylose complète de ces articulations dap

D) ORBITE: CADRE, PAROI, CONTENU

- Fracture
- sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique 0
 - avec séquelles fonctionnelles
 - avec déplacement du canthus
 - interne 3
 - externe 3
 - avec atteinte des parois orbitaires
 - se référer au chapitre V sur l'appareil

visuel, pour la diplopie, l'énophtalmie et l'exophtalmie	dap
<i>E) GLANDES SALIVAIRES</i>	
Perte de tissu salivaire sans séquelle fonctionnelle	0,5
Perte de tissu salivaire avec hyposalivation	3
<i>F) LANGUE</i>	
Perte de substance en avant du " V " lingual	
• bord latéral et pointe	1
• bords latéraux	3
• partie médiane	1
• base de la langue	1
le cas échéant, se référer au chapitre XII sur le système digestif pour les troubles causés par la dysphagie	dap
<i>G) DENTS - ALTÉRATION ET PERTE DENTAIRE</i>	
Se référer au tableau 14 des altérations et pertes dentaires	dap
<i>H) NERFS CRÂNIENS</i>	
<i>a) NERF TRIJUMEAU (V)</i>	
1) Perte totale et complète par atteinte entre les noyaux et ganglions de Gasser	
• perte unilatérale	20
• perte bilatérale	60
Perte sensitive seulement	
• unilatérale	15
• bilatérale	45
Perte motrice seulement	

• unilatérale	5
• bilatérale	15
2) Perte partielle: branche ophtalmique nerf lacrymal, frontal (sus-orbitaire) et nasal	
• atteinte totale et complète	
• unilatérale	3
• bilatérale	9
• atteinte partielle	
• unilatérale	2
• bilatérale	6
3) Perte partielle: branche maxillaire supérieure	
nerf sous-orbitaire, sphéno palatin, palatins postérieurs, palatins antérieurs	
• atteinte totale et complète	
• unilatérale	6
• bilatérale	18
• atteinte partielle	
• unilatérale	3
• bilatérale	9
4) Perte partielle: branche maxillaire inférieure nerf dentaire inférieur, mentonnier, lingual, auriculo-temporal	
• atteinte totale et complète	
• unilatérale	6
• bilatérale	18
• atteinte partielle	
• unilatérale	3
• bilatérale	9

b) NERF FACIAL (VII)

Perte périphérique

- toutes les branches
- complète et unilatérale 20
- complète et bilatérale 60
- incomplète et unilatérale 10
- incomplète et bilatérale 30
- atteintes sélectives
- branche supérieure (orbiculaire des paupières, frontale)
- complète et unilatérale 7
- complète et bilatérale 21
- incomplète et unilatérale 4
- incomplète et bilatérale 12
- branche moyenne
- complète et unilatérale 6
- complète et bilatérale 18
- incomplète et unilatérale 3
- incomplète et bilatérale 9
- branche cervico-mandibulaire
- complète et unilatérale 7
- complète et bilatérale 21
- incomplète et unilatérale 3
- incomplète et bilatérale 9

c) NERF OLFACTIF (I)

- hyposmie, parosmie, dysosmie 1
- anosmie objectivée 5

d) NERF GLOSSO-PHARYNGIEN (IX) ET VAGUE (X)	
• dysphagie	
se référer au chapitre XII sur le système digestif	dap
• dysphonie	
se référer au chapitre XI sur le larynx	dap
e) HYPOGLOSSE (XII)	
• paralysie unilatérale	2
• paralysie bilatérale	6
• dysphagie	
se référer au chapitre XII sur le système digestif	dap
• dysarthrie	
• mineure	5
• majeure	15

TABLEAU 13
ANKYLOSES PERMANENTES DES
ARTICULATIONS TEMPORO-MANDIBULAIRES

DAP
%

A) ANKYLOSE COMPLÈTE

L'ankylose complète peut résulter d'une lésion intra ou extra-articulaire.

Ce déficit réfère à la fonction globale des deux articulations temporo-mandibulaires considérées comme un tout

30

B) ANKYLOSE INCOMPLÈTE

- Rotation (ouverture): distance mesurée entre le bord libre des incisives supérieures et inférieures

Mouvements perdus (en mm)	Mouvement retenus (en mm)	
40	0	10
30	10	7
20	20	5
10	30	3
0	40 (normal)	0
• Latéralisation		
• perte de 50% et plus		10
• perte de moins de 50%		5
• aucune perte		0
• Propulsion (protusion)		
• perte de 50% et plus		10
• perte de moins de 50%		5
• aucune perte		0

TABLEAU 14
ALTÉRATIONS ET PERTES DENTAIRES

Les pourcentages pour altérations et pertes dentaires sont cumulatifs. Le pourcentage fixé est réduit des deux tiers si le travailleur est muni d'une prothèse fixe. Le pourcentage fixé est réduit du tiers si le travailleur est muni d'une prothèse amovible.

	DAP %
MAXILLAIRE SUPÉRIEUR OU INFÉRIEUR	
incisives centrales, dents numéros 11, 21, 31, 41; par dent	1
incisives latérales, dents numéros 12, 22, 32, 42; par dent	0,75
canines, dents numéros 13, 23, 33, 43; par dent	1,50
première prémolaire, dents numéros 14, 24, 34, 44; par dent	1

deuxième prémolaire, dents numéros 15, 25, 35, 45; par dent	1
première molaire, dents numéros 16, 26, 36, 46; par dent	1,25
deuxième molaire, dents numéros 17, 27, 37, 47; par dent	1

CHAPITRE III
SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

RÈGLE PARTICULIÈRE

Dans ce chapitre, les pourcentages résultant du calcul de la bilatéralité, à la suite d'atteinte permanente à des organes symétriques, sont déjà intégrés.

A) CERVEAU

(Déficit des fonctions cérébrales)

DAP
%

a) SYNDROME CÉRÉBRAL ORGANIQUE:
COGNITIF ET ÉMOTIF

Les déficits qui découlent d'une atteinte cérébrale peuvent se manifester par des troubles de l'orientation, de la compréhension, de la mémoire (immédiate et ancienne), du jugement, de l'auto-critique, de même que par l'incapacité de prendre des décisions, des troubles de l'humeur (euphorie et dépression), du rire et des pleurs spasmodiques, de l'intolérance à la frustration, des troubles du comportement et autres.

Classe 1

Il y a atteinte des fonctions cérébrales intégrées, mais le travailleur est capable de remplir la plupart des activités de la vie quotidienne

15

Classe 2

L'ampleur du déficit est telle que le travailleur nécessite une certaine surveillance ou des directives de la part de son entourage, pour l'exécution de plusieurs activités de la vie quotidienne

45

Classe 3

L'ampleur du déficit est telle que le travailleur requiert une surveillance constante et le maintien à domicile ou en institution 80

Classe 4

L'ampleur du déficit est telle que le travailleur ne peut prendre soin de sa propre personne 100

b) TROUBLES DE LA COMMUNICATION

Les principaux troubles de la communication résultent d'une atteinte cérébrale touchant le mécanisme central de la compréhension, de l'emmagasinage et de la production du langage sous toutes ses formes (aphasie, agraphie, acalculie, alexie, dysphasie).

Classe 1

Troubles du langage nuisant légèrement aux activités quotidiennes 15

Classe 2

Comprend le langage, mais ne peut le produire de façon suffisante pour les activités ordinaires de la vie 40

Classe 3

Ne comprend pas le langage et s'exprime de façon inintelligible ou inappropriée 70

Classe 4

Ne comprend pas et ne peut s'exprimer par le langage 100

c) ÉPILEPSIE

L'évaluation se fait selon la fréquence et la nature des crises, ainsi que selon la réponse au traitement.

Classe 1

Les crises interfèrent légèrement avec les activités de la vie quotidienne 15

Classe 2

Les crises interfèrent modérément avec les activités de la vie quotidienne	30
Classe 3	
Les crises sont graves et fréquentes au point que le travailleur requiert une surveillance habituelle, soit au domicile ou en milieu institutionnel	80
Classe 4	
Les crises sont telles que le travailleur est totalement incapable de toute activité quotidienne	100

B) NERFS CRÂNIENS

DAP
%

a) NERF OLFACTIF (I)	
Se référer au chapitre II sur le système maxillo-facial	dap
b) NERF OPTIQUE (II)	
Se référer au chapitre V sur l'appareil visuel	dap
c) NERF OCULOMOTEUR OU MOTEUR OCULAIRE COMMUN (III)	
NERF PATHÉTIQUE OU TROCHLÉAIRE (IV)	
NERF MOTEUR OCULAIRE EXTERNE (VI)	
Se référer au chapitre V sur l'appareil visuel	dap
d) NERF TRIJUMEAU (V)	
Se référer au chapitre II sur le système maxillo-facial, et au chapitre V sur l'appareil visuel	dap
e) NERF FACIAL (VII)	
Se référer au chapitre II sur le système maxillo-facial	dap
f) NERF AUDITIF OU VESTIBULO-COCHLÉAIRE (VIII)	
Se référer au chapitre VI sur l'audition	dap

g) NERF GLOSSO-PHARYNGIEN (IX)

Se référer au chapitre II sur le système
maxillo-facial dap

h) NERF VAGUE OU PNEUMOGASTRIQUE (X)

Se référer au chapitre II sur le système
maxillo-facial dap

i) NERF SPINAL (XI)

Paralysie complète du sterno-cléido-mastoïdien

- unilatérale 3
- bilatérale 9

Paralysie complète du trapèze

- unilatérale 5
- bilatérale 15

j) NERF HYPOGLOSSE (XII)

Se référer au chapitre II sur le système
maxillo-facial dap

C) ATTEINTE CÉRÉBRO-SPINALE

a) STATION DEBOUT ET DÉMARCHE

Cette classification s'applique uniquement aux
séquelles d'une atteinte cérébro-spinale

Classe 1

Peut se lever debout et marcher, mais présente
certaines difficultés à négocier les dénivellations,
les escaliers, les terrains accidentés ou les longues
distances 5

Classe 2

Peut se lever debout et marcher, mais ne peut
négocier les dénivellations, les escaliers, les terrains
accidentés ou les longues distances, sans requérir
une aide mécanique ou autre 20

Classe 3

Peut se lever debout et garder cette position,
mais ne peut marcher que quelques pas et avec aide 50

Classe 4

Ne peut se tenir debout sans aide mécanique
ou autre 70

b) USAGE DES MEMBRES SUPÉRIEURS

Cette classification s'applique uniquement aux
séquelles d'une atteinte cérébro-spinale.

Classe 1

Peut utiliser le membre atteint pour saisir et
tenir sans difficulté, pour les soins personnels, mais
présente une certaine maladresse

- atteinte unilatérale 10
- atteinte bilatérale 25

Classe 2

Peut utiliser le membre atteint pour saisir et
tenir sans difficulté, pour ses soins personnels,
mais avec difficulté à manipuler

- atteinte unilatérale 20
- atteinte bilatérale 40

Classe 3

Peut utiliser le membre atteint, mais avec difficulté
même pour ses soins personnels

- atteinte unilatérale 40
- atteinte bilatérale 80

Classe 4

Ne peut utiliser le membre atteint, même pour ses soins
personnels

- atteinte unilatérale 60
- atteinte bilatérale 100

c) FONCTION VÉSICALE

Se référer au chapitre VII sur l'appareil urinaire dap

d) FONCTION ANO-RECTALE

Se référer au chapitre XII sur le système digestif dap

e) FONCTION SEXUELLE

Se référer au chapitre VIII sur l'appareil génital femelle ou au chapitre IX sur l'appareil génital mâle dap

D) TRAUMATISME CRANIO-CÉRÉBRAL

DAP
%

a) COMMOTION

Il s'agit d'une altération transitoire de l'état de vigilance secondaire à un traumatisme crânien, avec ou sans perte de conscience, mais quantifiable, sans déficit permanent.

- Mineure

l'amnésie ou perte de conscience est de 60 minutes et moins 1

- Modérée

l'amnésie ou perte de conscience est de plus de 60 minutes et de moins de 24 heures 2

- Grave

l'amnésie ou perte de conscience est de 24 heures et plus 5

Lorsqu'une commotion cérébrale est suivie de séquelles, c'est le pourcentage de DAP le plus élevé de la commotion cérébrale ou des séquelles fonctionnelles qui est retenu.

b) CONTUSION OU LACÉRATION CÉRÉBRALE DÉMONTRÉE DE VISU OU PAR TEST SPÉCIFIQUE

(incluant les manifestations commotionnelles)

- Mineure

sans séquelle fonctionnelle 4

• Majeure	
sans séquelle fonctionnelle	10
En présence de séquelles fonctionnelles, se référer aux chapitres concernés et ajouter le pourcentage prévu pour ces séquelles.	dap
c) FRACTURE DU CRÂNE	
Simple (linéaire)	1
Complexe	
• comminutive ou ouverte ou de la base	2
• enfoncée (plus que l'épaisseur de l'os), nécessitant ou non une élévation par trépanation	3
• enfoncée (plus que l'épaisseur de l'os), nécessitant l'élévation par craniectomie ou craniotomie, avec ou sans plastie de l'os ou de la dure-mère ou cranioplastie	7
de plus, s'ajoute le pourcentage prévu pour la commotion ou contusion ou la lacération, ou pour toute autre séquelle neurologique	dap
d) HÉMATOME OU HYGROMA INTRACRÂNIEN	
Extracérébral (épi-dural ou sous-dural), nécessitant évacuation par craniectomie ou trépanation(s)	3
Extracérébral (épi-dural ou sous-dural), nécessitant évacuation par craniotomie	7
Hématome intra-cérébral (évacué ou non)	7
de plus, s'ajoute le pourcentage prévu pour la commotion ou contusion ou la lacération, ou pour toute autre séquelle neurologique	dap
e) FISTULE DE LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN	
Tarie par craniotomie ou par voie oto-rhino-laryngologique	7
Non tarie (traitée ou non traitée)	10

<i>f)</i> FISTULE CAROTIDO-CAVERNEUSE	
Traitée avec succès	
• sans occlusion de la carotide interne sans séquelle fonctionnelle	5
• avec occlusion de la carotide interne sans séquelle fonctionnelle	10
Traitée sans succès ou non traitée	15
de plus, s'ajoute le pourcentage prévu pour les séquelles neurologiques	dap
<i>g)</i> TRAUMATISME DE LA CAROTIDE INTERNE	
Sténose 50% et moins	5
Sténose plus de 50% et moins de 80%	10
Occlusion ou sténose de 80% et plus	15
de plus, s'ajoute le pourcentage prévu pour les séquelles neurologiques	dap
<i>h)</i> MÉNINGITE POST-TRAUMATIQUE OU ABCÈS	
Sans séquelle fonctionnelle	5
le cas échéant, s'ajoute le pourcentage prévu pour la trépanation (ou craniectomie) ou pour la craniotomie	dap
<i>i)</i> HYDROCÉPHALIE AVEC DÉRIVATION DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN	
de plus, s'ajoute le pourcentage prévu pour les séquelles fonctionnelles	dap

CHAPITRE IV
SYSTÈME NERVEUX PÉRIPHÉRIQUE

RÈGLES PARTICULIÈRES

1) Les classes de l'atteinte sont prévues, pour l'atteinte motrice et pour l'atteinte sensitive, au tableau 15.

Chaque classe fixe un critère et un pourcentage de perte de fonction correspondant à ce critère.

2) Le pourcentage de déficit anatomo-physiologique (DAP) résultant d'une atteinte à un nerf est celui prévu au tableau 16.

Lorsqu'il y a un tiret (-), il ne peut y avoir de pourcentage de DAP à ce titre.

3) Le pourcentage est fixé selon qu'il s'agit d'une atteinte motrice ou sensitive et selon la classe de l'atteinte.

4) L'évaluation se fait en multipliant le pourcentage relatif à la classe (perte de fonction), établie selon les critères prévus au tableau 15 des classes de l'atteinte motrice ou sensitive, par le pourcentage maximum de DAP prévu pour la structure lésée.

Le tableau 16 prévoit le pourcentage maximum de DAP qui peut être accordé pour une structure lésée, tant pour l'atteinte motrice que pour l'atteinte sensitive.

Le tableau prévoit aussi les calculs en fonction du pourcentage maximum pour une structure lésée et les classes d'atteinte motrice ou sensitive.

5) Le pourcentage prévu pour un DAP résultant d'un déficit moteur s'additionne à celui résultant d'un déficit sensitif.

6) **Bilatéralité**

Lorsqu'un travailleur, en raison d'une lésion professionnelle, subit des déficits anatomo-physiologiques à des structures symétriques, le pourcentage total qui lui est octroyé pour ces déficits s'établit en additionnant les pourcentages des déficits anatomo-physiologiques déterminés pour chacune des structures et en y ajoutant une seconde fois le pourcentage déterminé pour la structure la moins atteinte.

TABLEAU 15
CLASSES DE L'ATTEINTE MOTRICE ET
SENSITIVE

**Perte
de
Fonction
%**

A) ATTEINTE MOTRICE

Classe I	aucune perte de fonction motrice	0
Classe II	faiblesse objective contre résistance forte	25
Classe III	faiblesse objective contre résistance légère	50
Classe IV	faiblesse objective contre gravité	75
Classe V	aucune force motrice	100

B) ATTEINTE SENSITIVE

Les déficits sensitifs, pour être indemnisés, doivent avoir les caractères d'objectivité habituellement reconnus sur une base scientifique. L'évaluation tient compte du respect des dermatomes, du type de sensibilité atteinte et de la vraisemblance des signes cliniques.

Classe I	aucune atteinte sensitive	0
Classe II	hypoesthésie incluant dysesthésie et douleur	25
Classe III	anesthésie (incluant la douleur)	100

TABLEAU 16
SYSTÈME NERVEUX PÉRIPHÉRIQUE

STRUCTURES LÉSÉES	DAP EN % Maximum moteur & sensif	MOTEUR (classes)					SENSITIF (classes)		
		I 0%	II 25%	III 50%	IV 75%	V 100%	I 0%	II 25%	III 100%
RACINES NERVEUSES									
C-5	20	0	4	8	12	16	0	1	4
C-6	24	0	4,5	9	13,5	18	0	1,5	6
C-7	24	0	5	10	15	20	0	1	4
C-8	28	0	6	12	18	24	0	1	4
L-1	16	0	3	6	9	12	0	1	4

L-2	16	0	3	6	9	12	0	1	4
L-3	16	0	3	6	9	12	0	1	4
L-4	16	0	3	6	9	12	0	1	4
L-5	24	0	5	10	15	20	0	1	4
S-1	16	0	3	6	9	12	0	1	4
PLEXUS BRACHIAL									
Plexus brachial total	70	0	12,5	25	37,5	50	0	5	20
Tronc supérieur C-5 C-6 syndrome de Duchesne-Erb	50	0	10	20	30	40	0	2,5	10
Tronc moyen C-7	28	0	6	12	18	24	0	1	4
Tronc inférieur C-8 L-1 syndrome Klumpke-Dejerine	50	0	10	20	30	40	0	2,5	10
TÊTE ET COU									
Grand occipital	1	-	-	-	-	-	0	0,25	1
Petit occipital	1	-	-	-	-	-	0	0,25	1
Rameau auriculaire C-2 C-3	2	-	-	-	-	-	0	0,50	2
MEMBRE SUPÉRIEUR									
Nerf thoracique antérieur	4	0	1	2	3	4	-	-	-
Circonflexe (axillaire)	24	0	5	10	15	20	0	1	4
Nerf de l'angulaire et des rhomboïdes	4	0	1	2	3	4	-	-	-
Long thoracique (nerf du grand dentelé)	10	0	2,5	5	7,5	10	-	-	-
Accessoire du brachial cutané interne	4	-	-	-	-	-	0	1	4
Médian (au-dessus de la portion moyenne de l'avant-bras)	50	0	7,5	15	22,5	30	0	5	20
Médian (au-dessous de la jonction du tiers moyen et distal de l'avant-bras)	40	0	5	10	15	20	0	5	20
Musculo-cutané	24	0	4	8	12	20	0	1	4
Radial (triceps perdu)	40	0	9	18	27	36	0	1	4

Radial (triceps épargné)	28	0	6	12	18	24	0	1	4
Nerf sous-scapulaire (subscapularis)	4	0	1	2	3	4	-	-	-
Nerf supra-scapulaire (supra-scapularis)	12	0	2,5	5	7,5	10	0	0,5	2
Nerf du grand dorsal (thoraco-dorsalis)	8	0	2	4	6	8	-	-	-
Cubital (au-dessus du tiers moyen et distal) (ulnaris)	28	0	6	12	18	24	0	1	4
Cubital (au-dessous de la jonction du tiers moyen et distal) (ulnaris)	24	0	5	10	15	20	0	1	4
RÉGION INGUINALE									
Grand abdomino-génital (ilio-hypo-gastricus)	4	-	-	-	-	-	0	1	4
Petit abdomino-génital (ilio-inguinalis)	4	-	-	-	-	-	0	1	4
MEMBRE INFÉRIEUR									
Fémoral (crural)	20	0	4	8	12	16	0	1	4
Génito-crural (genito-femoralis)	4	-	-	-	-	-	0	1	4
Nerf du fessier inférieur (petit fessier) (glutaeus inferior)	8	0	2	4	6	8	-	-	-
Fémoro-cutané (cutaneus femoris lateralis)	4	-	-	-	-	-	0	1	4
Obturateur	12	0	2	4	6	8	0	1	4
Cutané postérieur de la cuisse	4	-	-	-	-	-	0	1	4
Fessier superficiel grand-fessier (glutaeus superior)	12	0	3	6	9	12	-	-	-
Grand sciatique au-dessus des branches des ischio-jambiers	60	0	10	20	30	40	0	5	20
Sciatique poplité externe (peroneus communis)	20	0	4	8	12	16	0	1	4
Tibial antérieur au-dessus de la mi-jambe (peroneus profundus)	12	0	3	6	9	12	-	-	-

Tibial antérieur au-dessous de la mi-jambe (peroneus profundus)	4	0	1	2	3	4	-	-	-
Musculo-cutané (peroneus superficialis)	10	0	1,5	3	4,5	6	0	1	4
Sciaticque poplité interne (tibialis) au-dessus du genou	24	0	4	8	12	16	0	2	8
Tibial postérieur niveau de l'anneau du soléaire	16	0	2	4	6	8	0	2	8
Tibial postérieur niveau mi-mollet	12	0	2	4	6	8	0	1	4
Plantaire interne (medial plantar)	6	0	1	2	3	4	0	0,5	2
Plantaire externe (lateral plantar)	6	0	1	2	3	4	0	0,5	2
Saphène externe (cutaneus sural)	2	-	-	-	-	-	0	0,5	2

CHAPITRE V
APPAREIL VISUEL

RÈGLES PARTICULIÈRES

1) Les pourcentages résultant de l'atteinte des fonctions oculaires s'additionnent aux pourcentages résultant des fonctions accessoires.

Bilatéralité

Les pourcentages résultant du calcul de la bilatéralité sont déjà intégrés à l'intérieur des formules prévues pour le calcul du DAP.

2) Fonctions accessoires (annexes)

Bilatéralité

Lorsqu'un travailleur, en raison d'une lésion professionnelle, subit des déficits anatomo-physiologiques résultant d'atteintes symétriques à des fonctions accessoires de l'appareil visuel, le pourcentage total qui est fixé pour ces déficits s'établit en additionnant les pourcentages des DAP fixés pour chacune des atteintes et en y ajoutant une seconde fois le pourcentage fixé pour l'atteinte des fonctions accessoires la moins importante.

3) Il n'y a pas de préjudice esthétique (PE) pour la perte de la fonction visuelle. Pour le PE relié à l'oeil, autre qu'une perte de la fonction visuelle, on se réfère au chapitre XVIII sur le préjudice esthétique.

A) APPAREIL VISUEL

DAP
%

1) L'appareil visuel se compose des yeux et des voies optiques depuis le globe oculaire jusqu'au cortex occipital

Il comprend aussi les annexes qui sont essentielles à la fonction de cet appareil, à savoir: les glandes lacrymales, les voies lacrymales et les paupières.

2) Toute atteinte des nerfs crâniens suivants peut entraîner des dommages permanents à l'appareil visuel:

- Nerf optique (II)
- Nerf moteur oculaire commun (III)
- Nerf pathétique (IV)
- Nerf trijumeau (V) (cf. chapitre II sur le système maxillo-facial)
- Nerf moteur oculaire externe (VI)
- Nerf facial (VII) (cf. chapitre II sur le système maxillo-facial)
- Nerf auditif, branche vestibulaire (VIII)

3) L'évaluation de la vision porte sur les trois fonctions suivantes:

- Acuité visuelle centrale à distance et de près, corrigée
- Champ visuel central et périphérique
- Motilité oculaire sans diplopie

1) CRITÈRES D'ÉVALUATION DE LA VISION

Le déficit de l'appareil visuel survient lorsqu'une ou plusieurs fonctions de l'oeil s'écartent de la normale. Pour qu'il y ait intégrité de l'appareil, il faut:

- a) intégrité de l'acuité visuelle corrigée dans la vision de près et la vision à distance
- b) intégrité des champs visuels
- c) motilité oculaire sans diplopie

L'évaluation de ces trois fonctions est nécessaire et essentielle pour déterminer le déficit visuel. Quoique d'inégale importance, leur action coordonnée est

indispensable à une vision optimale.

Les autres fonctions oculaires ou troubles oculaires qui ont des répercussions sur une ou plusieurs des fonctions coordonnées se voient attribuer des pourcentages de déficit en rapport avec la barème déterminé pour ces fonctions.

Quant aux autres fonctions ou troubles oculaires qui n'ont pas de répercussion sur les fonctions coordonnées de l'oeil, elles sont évaluées sous le titre Fonctions accessoires et autres déficits des fonctions oculaires, à la fin de ce chapitre.

2) POURCENTAGE MAXIMAL DU DÉFICIT

Perte de la vision d'un oeil	25
Perte de la vision des deux yeux	100

3) PROCÉDURE D'ÉVALUATION DE LA VISION **DAP**
%

a) **Détermination de l'acuité visuelle centrale**

La vision centrale est mesurée avec la meilleure correction optique possible pour la vision à distance et pour la vision de près, selon les tableaux 18 et 19.

b) **Détermination de l'étendue des champs visuels**

L'étendue du champ visuel est déterminée par l'utilisation des méthodes périmétriques courantes avec une cible blanche qui sous-tend un angle de 0,5°, c'est-à-dire un disque blanc de 3 mm à une distance de 330 mm éclairé par une lumière d'au moins 7 «pieds bougies». Un disque blanc de 6/330 doit être utilisé en cas d'aphakie. L'index ou test objet est amené de la périphérie sous la zone de vision, c'est-à-dire du non-vu au vu.

Au moins deux champs périphériques concordant à 15° près dans chaque méridien doivent être obtenus.

Le résultat est porté sur une carte ordinaire de champ de vision pour chacun des huit principaux méridiens situés à 45° les uns des autres, selon le schéma 6.

L'étendue normale minimale du champ de vision à partir du point de fixation est indiquée au schéma 6.

Le pourcentage du champ visuel conservé dans un oeil est obtenu en additionnant le nombre de degrés des

huit principaux méridiens donnés au schéma 6 pour l'isoptère 3/330, ce qui, pour l'oeil normal, fait un total de 500° et en divisant celui-ci par 5; d'un autre côté, le pourcentage de déficit du champ visuel s'obtient en additionnant les degrés perdus dans chacun des huit principaux méridiens mesurés selon les standards du schéma 6 et en divisant le total par 5.

En cas de déficit d'un quadrant ou d'un demi-champ, il faut ajouter le total du déficit de chaque méridien à la moitié du total des deux méridiens limitrophes. Le déficit du champ visuel peut être calculé de la même façon pour d'autres anomalies.

Le tableau 20 prévoit les pourcentages de déficit du champ visuel, déjà calculés selon le nombre de degrés perdus, par tranche de 5 degrés. L'exemple qui suit montre le calcul d'un déficit des champs visuels.

EXEMPLE

Calcul d'un déficit du champ visuel

Déficit	Degrés restants	Normal
Temporal	55	85
Temporal inférieur	55	85
Inférieur	35	65
Nasal inférieur	20	50
Nasal	30	60
Nasal supérieur	25	55
Supérieur	25	45
Temporal supérieur	15	55
TOTAL	260	500

c) Détermination de la motilité oculaire

À moins qu'elle ne se trouve dans les 30 degrés du centre de fixation, la diplopie cause rarement un déficit visuel, excepté dans le regard en bas. L'étendue de la diplopie dans les différentes directions du regard, est déterminée sur le périmètre à 330 mm ou sur n'importe quel campimètre à une distance d'un mètre du patient dans chacun des huit méridiens principaux, à l'aide d'une petite lumière d'examen d'évaluation et sans adjonction de lentilles colorées ou de prismes correctifs.

L'écran de diplopie de Hess Lancaster peut aussi être

utilisé en plaçant le sujet à 1 mètre et en utilisant les verres colorés rouge, vert, etc.

Pour déterminer la perte de la motilité oculaire, il faut:

- relever sur une carte ordinaire de champ visuel les résultats de la séparation des deux images;
- additionner les pourcentages correspondants de perte de la motilité oculaire due à la diplopie dans les différentes

positions du regard, tel qu'indiqué dans le schéma 7.

d) Détermination de l'efficacité visuelle d'un oeil

Les méthodes prévues à a), b) et c) ci-dessus ont été utilisées pour évaluer:

- l'acuité visuelle
- le champ visuel
- la motilité oculaire

Le pourcentage de l'efficacité d'un oeil est obtenu en multipliant le pourcentage conservé de l'acuité visuelle par le pourcentage conservé du champ visuel et par le pourcentage conservé de la motilité oculaire.

	% conservé de l'acuité visuelle		% conservé du champ visuel			% conservé de motilité oculaire		% d'efficacité d'un oeil
Oeil droit	_____	x	_____	x	_____	=	_____	_____
Oeil gauche	_____	x	_____	x	_____	=	_____	_____

e) Détermination de l'efficacité de l'appareil visuel dans son entier

Le pourcentage d'efficacité du meilleur oeil est multiplié par 3. On lui additionne le pourcentage d'efficacité de l'autre oeil. On divise la somme par 4, ce qui donne le pourcentage de la fonction du système oculaire dans son ensemble ou l'efficacité visuelle binoculaire.

On soustrait le pourcentage d'efficacité visuelle binoculaire obtenu de 100% (vision normale), ce qui donne le pourcentage du DAP pour l'appareil visuel dans son ensemble.

% d'efficacité du meilleur oeil	% d'efficacité de l'autre oeil	% d'efficacité visuelle binoculaire
(x 3)	+	=
	4	
100	-	=
	% d'efficacité visuelle binoculaire	% du DAP de l'appareil visuel dans son ensemble

Le cas échéant s'ajoute le pourcentage de DAP prévu pour les troubles de la vision des couleurs, d'adaptation à l'obscurité et neurosensitifs objectivés.

SCHÉMA 6

CHAMPS VISUELS

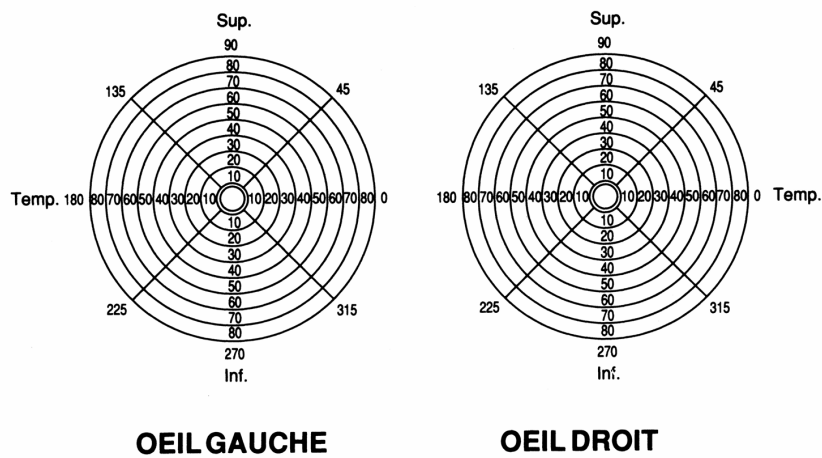
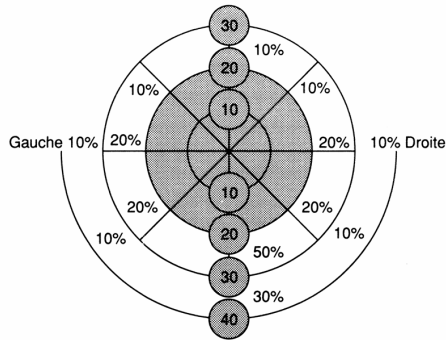


SCHÉMA 7

POURCENTAGE DE DÉFICIT DE LA MOTILITÉ OCULAIRE



■ équivaut à un déficit de 100%

Pourcentage de déficit de la motilité oculaire d'un oeil dans le champ de la diplopie

TABLEAU 18
NOTATIONS DE L'ACUITÉ VISUELLE CENTRALE

A) VISION À DISTANCE

SNELLEN anglais	SNELLEN métrique	% du déficit de la vision centrale
20/16	6/5	0
20/20	6/6	0
20/25	6/7,5	5
20/32	6/10	10
20/40	6/12	15
20/50	6/15	25
20/64	6/20	35
20/80	6/24	40
20/100	6/30	50

20/125	6/38	60
20/160	6/48	70
20/200	6/60	80
20/300	6/90	85
20/400	6/120	90
20/800	6/240	95

B) VISION DE PRÈS

Snellen	Jaeger	Point		% du déficit de la vision centrale
14/14	1-	3	ou 0,35	0
14/18	2-	4	0,46	0
14/22	...	5	0,56	5
14/28	3-	6	0,71	10
14/35	6	8	0,89	50
14/45	7-	9+	1,14	60
14/56	8	12	1,42	80
14/70	11	14	1,78	85
14/87	...	...	2,21	90
14/112	14	22	2,34	95
14/140	...	...	3,56	98

TABLEAU 19
DÉFICIT DE LA VISION CENTRALE*

(échelle de Snellen)

Vision de près

	14*	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
	14**	18	22	28	35	45	56	70	87	112	140
20*	0	0	3	5	25	30	40	43	45	48	49
16**	50	50	52	53	63	65	70	72	73	74	75
20	0	0	3	5	25	30	40	43	45	48	49
20	50	50	52	53	63	65	70	72	73	74	75
20	3	3	5	8	28	33	43	45	48	50	52
25	52	52	53	54	64	67	72	73	74	75	76

20	5	5	8	10	30	35	45	48	50	53	54
32	53	53	54	55	65	68	73	74	75	77	77
20	8	8	10	13	33	38	48	50	53	55	57
40	54	54	55	57	67	69	74	75	77	78	79
20	13	13	15	18	38	43	53	55	58	60	62
50	57	57	58	59	69	72	77	78	79	80	81
20	18	18	20	23	43	48	58	60	63	65	67
64	59	59	60	62	72	74	79	80	82	83	84
20	20	20	23	25	45	50	60	63	65	68	69
80	60	60	62	63	73	75	80	82	83	84	85
20	25	25	28	30	50	55	65	68	70	73	74
100	63	63	64	65	75	78	83	84	85	87	87
20	30	30	33	35	55	60	70	73	75	78	79
125	65	65	67	68	78	80	85	87	88	89	90
20	35	35	38	40	60	65	75	78	80	83	84
160	68	68	69	70	80	83	89	89	90	91	92
20	40	40	43	45	65	70	80	83	85	88	89
200	70	70	72	73	83	85	90	91	93	94	95
20	43	43	45	48	68	73	83	85	88	90	92
300	72	72	73	74	84	87	91	93	94	95	96
20	45	45	48	50	70	75	85	88	90	93	94
400	73	73	74	75	85	88	93	94	95	97	97
20	48	48	50	53	73	78	88	90	93	95	97
800	74	74	75	77	87	89	94	95	97	98	99

* Nombre supérieur: pourcentage du déficit de la vision centrale sans allocation pour aphakie monoculaire.

** Nombre inférieur: pourcentage du déficit de la vision centrale avec allocation pour aphakie monoculaire.

Le cas échéant s'ajoute le pourcentage de DAP prévu pour la pseudo-aphakie.

TABLEAU 20
DÉFICIT DU CHAMP VISUEL

Degrés perdus (total)	Degrés restants (total)	Déficit %	Degrés perdus (total)	Degrés restants (total)	Déficit %	Degrés perdus (total)	Degrés restants (total)	Déficit %
0	500*	0	170	330	34	340	160	68
5	495	1	175	325	35	345	155	69
10	490	2	180	320	36	350	150	70

15	485	3	185	315	37	355	145	71
20	480	4	190	310	38	360	140	72
25	475	5	195	305	39	365	135	73
30	470	6	200	300	40	370	130	74
35	465	7	205	295	41	375	125	75
40	460	8	210	290	42	380	120	76
45	455	9	215	285	43	385	115	77
50	450	10	220	280	44	390	110	78
55	445	11	225	275	45	395	105	79
60	440	12	230	270	46	400	100	80
65	435	13	235	265	47	405	95	81
70	430	14	240	260	48	410	90	82
75	425	15	245	255	49	415	85	83
80	420	16	250	250	50	420	80	84
85	415	17	255	245	51	425	75	85
90	410	18	260	240	52	430	70	86
95	405	19	265	235	53	435	65	87
100	400	20	270	230	54	440	60	88
105	395	21	275	225	55	445	55	89
110	390	22	280	220	56	450	50	90
115	385	23	285	215	57	455	45	91
120	380	24	290	210	58	460	40	92
125	375	25	295	205	59	465	35	93
130	370	26	300	200	60	470	30	94
135	365	27	305	195	61	475	25	95
140	360	28	310	190	62	480	20	96
145	355	29	315	185	63	485	15	97
150	350	30	320	180	64	490	10	98
155	345	31	325	175	65	495	5	99
160	340	32	330	170	66	500	0	100
165	335	33	335	165	67			

* Ou plus

Lorsqu'il y a atteinte du champ visuel central, le pourcentage de DAP sera celui de la perte de l'acuité visuelle concomitante. Si l'acuité visuelle est normale, le pourcentage de DAP sera calculé à partir des degrés perdus.

B) FONCTIONS ACCESSOIRES (ANNEXES)

	DAP %
1) Système lacrymal	
section du canal lacrymal avec larmoiement continu	
léger	1
modéré	2
important	3
troubles de sécrétion par atteinte sympathique cervicale	1
troubles de sécrétion par atteinte du nerf trijumeau (V) ou du nerf facial (VII), se référer au chapitre II sur le système maxillo-facial	dap
2) Système protecteur des paupières	
atteinte de la paupière par cicatrice vicieuse (trichiasis, entropion, ectropion, symblépharon)	3
le cas échéant s'ajoute le pourcentage pour atteinte de la fonction visuelle	
ptose de la paupière par atteinte sympathique cervicale	1
pour le blépharospasme, le clignotement et l'occlusion palpébrale, se référer au chapitre II sur le système maxillo-facial	dap
le cas échéant s'ajoute le pourcentage pour atteinte de la fonction visuelle	dap
3) Sourcils	
perte de fonction1	
4) Cils	
perte de fonction1	
C) AUTRES DÉFICITS DES FONCTIONS OCULAIRES	
	DAP %
Le pourcentage fixé pour ces déficits s'ajoute au	

pourcentage fixé pour atteinte de la fonction visuelle	dap
Paralysie de l'accommodation ou perte de la vision de près	3
Cataracte ou aphakie	12
Pseudo-aphakie	6
Exophtalmie	
se référer à la procédure d'évaluation de la vision	dap
Énophtalmie	
se référer à la procédure d'évaluation de la vision	dap
Iridoplégie ou mydriase fixe basée sur photophobie, difficulté de vision de près, éblouissement	3
Myosis par atteinte sympathique cervicale	1
de plus s'ajoute le pourcentage pour atteinte de la fonction visuelle	dap
Hémianopsie	
se référer à la procédure d'évaluation de la fonction visuelle	dap
Troubles de sensibilités péri-oculaires	
se référer au chapitre II sur le système maxillo-facial	dap
Troubles de vision des couleurs objectivés	0,5
Troubles d'adaptation à l'obscurité objectivés	0,5
Troubles neurosensitifs objectivés	0,5

EXEMPLE D'ÉVALUATION DE LA VISION

Pourcentage d'efficacité visuelle dans son entier

Oeil gauche

a) Acuité visuelle

- Vision de près de 14/28.
- Vision à distance de 20/80.

- Selon le tableau 19, le déficit de la vision centrale est de 25%,

donc l'acuité conservée est de 75% ou 0,75.

b) Champ visuel

- Perte de 100°.
- Selon le tableau 20, le déficit du champ visuel est de 20%.

donc le champ visuel conservé est de 80% ou 0,80.

c) Motilité oculaire

Perte de 30%,

donc la motilité oculaire conservée est de 70% ou 0,70.

POURCENTAGE D'EFFICACITÉ DE L'OEIL GAUCHE:

$0,75 \times 0,80 \times 0,70 = 0,42$, soit 42%.

Oeil droit

a) Acuité visuelle

- Vision de près de 14/22.
- Vision à distance de 20/50.
- Selon le tableau 19, le déficit de la vision centrale est de 15%,

donc l'acuité conservée est de 85% ou 0,85.

b) Champ visuel

- Perte de 150°.
- Selon le tableau 20, le déficit du champ visuel est de 30%.

donc le champ visuel conservé est de 70% ou 0,70.

c) Motilité oculaire

Perte de 20%,

donc la motilité oculaire conservée est de 80% ou 0,80.

POURCENTAGE D'EFFICACITÉ DE L'OEIL DROIT:

$$0,85 \times 0,70 \times 0,80 = 0,476, \text{ soit } 47,6\%.$$

EFFICACITÉ DU SYSTÈME VISUEL DANS SON ENTIER:

$$\frac{(47,6 \times 3) + 42}{4} = 46,2\% \quad \begin{array}{l} \text{d'efficacité} \\ \text{visuelle} \\ \text{binoculaire} \end{array}$$

$$100\% - 46,2\% = 53,8\% \quad \text{de DAP}$$

Le pourcentage de DAP est de 53,8.

Le pourcentage pour les DPJV qui en résultent est de 21,6.

Le total des pourcentages fixés est de 75,4.

Il n'y a pas de pourcentage fixé pour le PE (cf. règles particulières au début de ce chapitre).

CHAPITRE VI AUDITION (INCLUANT L'OREILLE EXTERNE, MOYENNE ET INTERNE)

RÈGLES PARTICULIÈRES

- 1) Les fréquences utilisées pour établir la moyenne des seuils sont 500, 1000, 2000 et 4000 hertz (Hz).
- 2) Pour les fins du calcul du pourcentage de DAP de la fonction auditive, lorsque le seuil d'audition à une fréquence donnée est plus grand que 100 décibels (dB), il est considéré comme étant à 100 dB.
- 3) Le seuil d'indemnisation minimal est de 30 dB et le seuil d'indemnisation maximal est de 70dB.
- 4) On ne fait pas de correction pour la presbyacousie dans l'évaluation de l'audition.
- 5) Pour la perte complète de l'audition, le pourcentage de DAP est de 54%.
- 6) Il n'y a pas de préjudice esthétique (PE) résultant des séquelles fonctionnelles auditives.

7) Bilatéralité

Séquelles anatomiques

Lorsqu'un travailleur, en raison d'une lésion professionnelle, subit des déficits anatomo-physiologiques résultant de séquelles anatomiques aux oreilles, le pourcentage total qui est fixé pour ces déficits s'établit en additionnant les pourcentages des DAP fixés pour chacune des atteintes et en y ajoutant une seconde fois le pourcentage fixé pour l'atteinte de l'oreille la moins importante.

Séquelles fonctionnelles

Les pourcentages résultant du calcul de la bilatéralité, à la suite d'atteinte permanente résultant des séquelles fonctionnelles, sont déjà intégrés.

A) SÉQUELLES ANATOMIQUES

- i) Pavillon (par oreille)
 - Amputation du tiers 2
 - Amputation des deux tiers 4
 - Amputation complète 6
- ii) Conduit auditif externe
 - Cicatrice sans séquelle fonctionnelle 1
 - Sténose cicatricielle empêchant le nettoyage normal du conduit auditif externe 2
 - Sténose complète, non réparée 4

Le cas échéant, s'ajoute le pourcentage prévu pour les séquelles fonctionnelles.

- iii) Tympan
 - Cicatrice importante 2
 - Séquelles importantes (perforation ou autres) non réparées 4

Le cas échéant, s'ajoute le pourcentage prévu pour les séquelles fonctionnelles.

B) SÉQUELLES FONCTIONNELLES

- a) PROCÉDURE D'ÉVALUATION DU DÉFICIT DE LA FONCTION AUDITIVE

Cette procédure s'applique pour l'évaluation de la surdité professionnelle (progressive) et de la surdité traumatique (subite).

1) **Première étape**

On détermine, pour chaque oreille, la moyenne des seuils prélevés aux fréquences 500, 1000, 2000, 4000 Hz et on arrondit cette moyenne suivant le tableau 22.

	Seuils en dB aux fréquences				Moyenne	Moyenne arrondie d'après le tableau 22
	500	1000	2000	4000 Hz		
Oreille droite	_____	+ _____	+ _____	+ _____	= _____	- 4 = _____
Oreille gauche	_____	+ _____	+ _____	+ _____	= _____	- 4 = _____

TABLEAU 22

Moyenne des seuils aux fréquences 500, 1000, 2000 et 4000 Hz	Moyenne arrondie	Moyenne des seuils aux fréquences 500, 1000, 2000 et 4000 Hz	Moyenne arrondie
30	30	50	50
31,25	30	51,25	50
32,5	35	52,5	55
33,75	35	53,75	55
35	35	55	55
36,25	35	56,25	55
37,5	40	57,5	60
38,75	40	58,75	60
40	40	60	60
41,25	40	61,25	60
42,5	45	62,5	65
43,75	45	63,75	65
45	45	65	65
46,25	45	66,25	65
47,5	50	67,5	70
48,75	50	68,75	70

70 et plus

70

2) Deuxième étape

À partir du tableau 23, on fixe le pourcentage des déficits anatomo-physiologiques (DAP).

	Moyenne arrondie d'après le tableau 22	DAP %
Oreille la plus atteinte	reportée sur le tableau 23	
Oreille la moins atteinte	reportée sur le tableau 23	

TABLEAU 23
POURCENTAGES DES DÉFICITS ANATOMO-
PHYSIOLOGIQUES (DAP)

Seuil moyen en dB	Oreille la moins atteinte DAP %	Oreille la plus atteinte DAP %
30	2,5	0,5
35	5	1
40	7,5	1,5
45	12,5	2,5
50	22,5	4,5
55	32,5	6,5
60	40	8
65	42,5	8,5
70 et plus	45	9

b) POURCENTAGES DE DAP ADDITIONNELS
POUR SURDITÉ TRAUMATIQUE (subite)

i) Seuil moyen arrondi, de 30 à 45 dB

unilatéral	0,2
bilatéral	0,6

ii) Seuil moyen arrondi, de 50 à 70 dB

unilatéral	0,3
bilatéral	0,9

iii) Seuil supérieur à 70 dB

Une réponse valable est obtenue à la stimulation sonore et la communication est possible, surtout avec une prothèse auditive

Au pourcentage fixé selon la procédure d'évaluation du déficit de la fonction auditive, s'ajoute le pourcentage suivant:

unilatéral	2
bilatéral	6

Aucune réponse valable ne peut être obtenue et la communication est impossible, même après amplification auditive

Au pourcentage fixé selon la procédure d'évaluation du déficit de la fonction auditive, s'ajoute le pourcentage suivant:

unilatéral	10
bilatéral	30

EXEMPLES D'ÉVALUATION DU DÉFICIT DE LA FONCTION AUDITIVE

EXEMPLE A: surdité professionnelle (progressive)

Étape I

	500	1000	2000	4000 Hz	Moyenne
O.D.	20	+ 25	+ 35	+ 75	= $155 \div 4 = 38,75$ dB
O.G.	20	+ 25	+ 35	+ 75	= $155 \div 4 = 37,5$ dB

Référez au tableau 22.

	Moyenne	Moyenne arrondie
O.D.	38,75	40 dB
O.G.	37,5	40 dB

Étape II

Référez au tableau 23.

DAP

O.D.	la plus atteinte	40 dB	1,5%
O.G.	la moins atteinte	40 dB	7,5%

$$\text{DAP } 9,0\% + \text{DPJV } 1,35\% = 10,35\%$$

EXEMPLE B: surdité professionnelle (progressive)

 tape I

	500	1000	2000	4000 Hz		Moyenne				
O.D.	20	+	20	+	30	+	40	=	110 à 4	= 27,5 dB
O.G.	20	+	20	+	30	+	40	=	125 à 4	= 31,25 dB

Référer au tableau 22.

	Moyenne	Moyenne arrondie
O.D.	27,5	<30 dB
O.G.	31,25	30 dB

 tape II

Référer au tableau 23.

				DAP	
O.D.	la moins atteinte	<30 dB	0%	(cf. règle particulière no 3)	
O.G.	la plus atteinte	30 dB	0,5%		

$$\text{DAP: } 0,5\% + \text{DPJV: } 0,01\% = 0,51\%$$

EXEMPLE C: surdité professionnelle (progressive) avec oreille droite morte depuis l'enfance

 tape I

	500	1000	2000	4000 Hz		Moyenne				
O.D.	80	+	100	+	100	+	100	=	380 à 4	= 95 dB
O.G.	20	+	30	+	40	+	55	=	145 à 4	= 36,25 dB

Référer au tableau 22.

	Moyenne	Moyenne arrondie
O.D.	95	>70 dB
O.G.	36,25	35 dB

 tape II

Référer au tableau 23.

DAP

O.D.	la plus atteinte	>70 dB	9%
O.G.	la moins atteinte	35 dB	5%

DAP: 5% + DPJV: 0,75% = 5,75%

EXEMPLE D: surdité traumatique (subite) gauche

 tape I

	500	1000	2000	4000 Hz		Moyenne					
O.D.	0	+	5	+	10	+	20	=	35 à 4	=	8,75 dB
O.G.	50	+	70	+	75	+	80	=	275 à 4	=	68,75 dB

Référer au tableau 22.

	Moyenne	Moyenne arrondie
O.D.	8,75	<30 dB
O.G.	68,75	70 dB

 tape II

Référer au tableau 23.

DAP

O.D.	la moins atteinte	<30 dB	0%	(cf. règle particulière no 3)
O.G.	la plus atteinte	70 dB	9%	
surdité traumatique			0,3%	
DAP: 9,3% + DPJV: 1,35% = 10,65%				

C) VERTIGES

DAP
%

PERTE TOTALE DE LA FONCTION VESTIBULAIRE

Cette perte peut être assimilée à une labyrinthectomie

unilatérale	5
bilatérale	15

Le cas échéant, s'ajoute un pourcentage de déficit anatomo-physiologique selon le degré du déficit fonctionnel

Classe 1

Présence de signes de vertiges périphériques ou centraux et peut accomplir les activités de la vie quotidienne sans aucune assistance 2

Classe 2

Présence de signes de vertiges périphériques ou centraux et peut accomplir les activités de la vie quotidienne sans assistance, sauf certaines activités qui peuvent compromettre sa propre sécurité ou celle des autres telles que la conduite de véhicules moteurs ou même d'une bicyclette 15

Classe 3

Présence de signes de vertiges périphériques ou centraux et ne peut accomplir les activités de la vie quotidienne sans assistance, sauf lorsqu'il s'agit d'activités simples telles le soin de lui-même, les tâches domestiques ou la marche 30

Classe 4

Présence de signes de vertiges périphériques ou centraux et ne peut accomplir les activités usuelles de la vie quotidienne sans assistance, sauf le soin de lui-même 50

Classe 5

Présence de signes de vertiges périphériques ou centraux et ne peut accomplir les activités de la vie quotidienne sans assistance, sauf le soin de lui-même et il est confiné à domicile ou en institution à cause de ses problèmes de vertiges 60

CHAPITRE VII
APPAREIL URINAIRE

RÈGLES PARTICULIÈRES

Dans ce chapitre, les pourcentages résultant du calcul de la bilatéralité, à la suite d'atteinte permanente à des organes symétriques, sont déjà intégrés. Ils sont alors indiqués sous chaque séquelle.

Lorsqu'il n'y a pas d'indication à cet effet, le principe de la bilatéralité ne joue pas.

A) REIN

	DAP %
<i>a) SÉQUELLES ANATOMIQUES</i>	
i) Néphrectomie totale unilatérale	10
ii) Néphrectomie totale bilatérale	30
iii) Néphrectomie partielle unilatérale	5
iv) Néphrectomie partielle bilatérale	15
v) Lésions calicielles cicatricielles	1
vi) Sclérose périrénale objectivée	1
vii) Lombotomie	3
de plus, s'ajoutent les pourcentages prévus pour les séquelles fonctionnelles ci-dessous	dap

b) SÉQUELLES FONCTIONNELLES

Atteinte des fonctions rénales selon les manifestations cliniques et les modifications des tests fonctionnels.

On évalue en fixant le pourcentage de DAP et le pourcentage pour DPJV qui en résultent, pour les manifestations cliniques d'une part, et pour les modifications des tests fonctionnels d'autre part. Les pourcentages les plus élevés des manifestations cliniques ou des tests fonctionnels sont retenus et non pas les deux.

Manifestations cliniques

i) Absence de manifestation clinique	0
ii) Symptômes et manifestations intermittentes ne nécessitant pas de surveillance et de traitements continus	5
iii) Manifestations nécessitant des traitements fréquents et une surveillance médicale continue	15
iv) Manifestations contrôlées incomplètement par un traitement médical ou chirurgical	30
v) Manifestations non contrôlées par un	

traitement médical ou chirurgical 60

Tests fonctionnels

- i) Tests normaux 0
- ii) Modifications mineures persistantes des tests associées ou non à une perte de fonction rénale de 25% ou moins 5
- iii) Modifications persistantes des tests, associées à une perte de 50% et moins, mais de plus de 25% de la fonction rénale 15
- iv) Modifications des tests, associées à une perte de 75% et moins, mais de plus de 50% de la fonction rénale 30
- v) Modifications des tests associées à une perte de plus de 75% de la fonction rénale 60

B) SYSTÈME EXCRÉTEUR SUPÉRIEUR

(CALICE, BASSINET, URETÈRE)

Les déficits suivants, tant au point de vue anatomique que fonctionnel, s'ajoutent, le cas échéant, à ceux déjà attribués pour le rein.

SÉQUELLES ANATOMIQUES

- i) Aucun déficit 0
 - ii) Ectasie urétérale, calicielle ou pyélique 5
 - iii) Dérivation urinaire haute, cutanée ou intestinale, intubée ou non, avec ou sans cystectomie 40
- de plus, s'ajoutent les pourcentages prévus pour les séquelles fonctionnelles du rein dap

C) VESSIE

a) SÉQUELLES ANATOMIQUES

Les déficits suivants, tant au point de vue anatomique que fonctionnel, s'ajoutent, le cas échéant, à ceux déjà attribués pour le système excréteur supérieur et pour le rein.

	DAP %
i) Rupture de la vessie ne nécessitant pas une réparation chirurgicale et sans déficit anatomique objectif	0
ii) Rupture de la vessie nécessitant une réparation chirurgicale	3
iii) Cystectomie partielle	5
iv) Cystectomie (entéro-cystoplastie)	10
v) Cystectomie totale	30
vi) Dérivation urinaire basse, cutanée ou intestinale, intubée ou non, y compris sonde urétrale à demeure, avec ou sans cystectomie	40
de plus, s'ajoutent les pourcentages prévus pour les séquelles fonctionnelles ci-dessous	dap
b) SÉQUELLES FONCTIONNELLES	
i) Sans séquelle fonctionnelle	0
ii) Manifestations cliniques ou séquelles nécessitant des traitements intermittents	5
iii) Manifestations cliniques ou séquelles nécessitant une surveillance médicale et une médication continue (exemple: cystite récidivante, incontinence par miction impérieuse contrôlée par médication)	15
iv) Manifestations cliniques ou séquelles incomplètement contrôlées, malgré les traitements médicaux et chirurgicaux (exemple: rétention ou incontinence partielle et intermittente)	30
v) Manifestations cliniques ou séquelles non contrôlées, malgré les traitements médicaux et chirurgicaux (exemple: incontinence totale ou rétention urinaire complète)	60

D) URÈTRE

Les déficits suivants, tant au point de vue anatomique

que fonctionnel, s'ajoutent, le cas échéant, à ceux déjà attribués pour la vessie, pour le système excréteur supérieur et pour le rein.

SÉQUELLES ANATOMIQUES ET FONCTIONNELLES

	DAP %
i) Aucune	0
ii) Rétrécissement nécessitant des dilatations occasionnelles à tous les 3 ou 4 mois	5
iii) Rétrécissement nécessitant des dilatations à toutes les 3 ou 4 semaines	10
iv) Fistules	15
v) Diverticules	5

**CHAPITRE VIII
APPAREIL GÉNITAL FEMELLE**

RÈGLES PARTICULIÈRES

Dans ce chapitre, les pourcentages résultant du calcul de la bilatéralité, à la suite d'atteinte permanente à des organes symétriques, sont déjà intégrés. Ils sont alors indiqués sous chaque séquelle.

Lorsqu'il n'y a pas d'indication à cet effet, le principe de la bilatéralité ne joue pas.

A) ORGANES GÉNITAUX INTERNES

i) Ovaires	
• Perte d'un ovaire	7
• Perte anatomique ou fonctionnelle des deux ovaires, incluant la thérapie de remplacement	21
de plus, s'ajoute un des pourcentages suivants, en fonction de l'âge	
• 50 ans et moins	7
• 51 ans et plus	2
Le cas échéant, s'ajoute un pourcentage de DPJV pour les troubles de la fonction	

sexuelle

ii) Perte de l'utérus 10

De plus, s'ajoute un pourcentage de DPJV en fonction de l'âge, jusqu'à 50 ans 0

Le cas échéant, s'ajoute un pourcentage de DPJV pour les troubles de la fonction sexuelle

B) ORGANES GÉNITAUX EXTERNES

Classe 1

Aucun déficit 0

Classe 2

Relations sexuelles possibles, mais avec légères difficultés (accouchement par voie basse possible) 5

Classe 3

Relations sexuelles possibles, mais avec difficultés (accouchement par voie basse limité) 15

Classe 4

Relations sexuelles impossibles (accouchement par voie basse impossible) et symptômes non contrôlés par traitement médical ou chirurgical 20

Le cas échéant, s'ajoute un pourcentage de DPJV pour les troubles de la fonction sexuelle

C) DYSTOCIE OSSEUSE

Ces pourcentages ne sont attribués que s'il y a grossesse nécessitant une césarienne; ils incluent les pourcentages prévus pour césarienne 5

D) CÉSARIENNE

À ces pourcentages s'ajoute le pourcentage prévu pour laparotomie, cf. chapitre XII sur le système digestif 2

E) TROUBLES DE LA FONCTION SEXUELLE

Ces pourcentages ne sont attribués, le cas échéant, que s'il y a troubles de la fonction sexuelle résultant

de séquelles permanentes aux organes génitaux externes ou internes, prévues à ce chapitre.

DPJV
%

i) **Déficit mineur**

Manque d'intérêt suffisant pour entraîner une diminution de la fréquence des activités sexuelles, mais sans altération au niveau de satisfaction 5

ii) **Déficit modéré**

Manque d'intérêt suffisant pour entraîner une diminution importante de la fréquence, ou freiner parfois le déroulement du cycle sexuel régulier 10

iii. **Déficit majeur**

Échecs sexuels répétés conduisant à un évitement des activités sexuelles 15

iv) **Absence de fonctionnement sexuel**

Toute activité sexuelle impossible 30

CHAPITRE IX
APPAREIL GÉNITAL MÂLE

RÈGLES PARTICULIÈRES

Dans ce chapitre, les pourcentages résultant du calcul de la bilatéralité, à la suite d'atteinte permanent à des organes symétriques, sont déjà intégrés. Ils sont alors indiqués sous chaque séquelle.

Lorsqu'il n'y a pas d'indication à cet effet, le principe de la bilatéralité ne joue pas.

A) PÉNIS

DAP
%

Classe 1

Aucun déficit 0

Classe 2

Relations sexuelles possibles, mais avec légères difficultés objectivées et documentées 5

Classe 3

Relations sexuelles possibles, mais avec difficultés objectivées et documentées 15

Classe 4

Relations sexuelles impossibles pour une cause anatomique ou physiologique objectivée (exemple: amputation du pénis) 20

Le cas échéant, s'ajoute un pourcentage de DPJV pour les troubles de la fonction sexuelle

B) SCROTUM

Classe 1

Aucune séquelle 0

Classe 2

Séquelles mineures, symptômes et signes de perte ou d'atteinte scrotale 5

Classe 3

Séquelles majeures, symptômes et signes de perte ou d'atteinte scrotale nécessitant une réimplantation testiculaire 15

Le cas échéant, s'ajoute un pourcentage de DPJV pour les troubles de la fonction sexuelle

C) CONTENU SCROTAL

Classe 1

Aucune séquelle 0

Classe 2

Manifestations cliniques ou séquelles à l'un ou à l'autre des éléments du cordon, avec altération ne nécessitant pas de traitements continuels et sans anomalie de la fonction séminale ou hormonale (exemple: épididymite chronique, perte d'un testicule) 7

Classe 3

Manifestations cliniques ou séquelles à l'un ou à l'autre des éléments du cordon, avec altération anatomique nécessitant des traitements fréquents ou continus et avec des anomalies séminales ou hormonales objectivées 15

Classe 4

Perte anatomique ou fonctionnelle complète bilatérale des éléments contenus dans le scrotum 21

de plus, s'ajoute un des pourcentages suivants, en fonction de l'âge

- 50 ans et moins 7

- 51 ans et plus 2

Le cas échéant, s'ajoute un pourcentage de DPJV pour les troubles de la fonction sexuelle

D) PROSTATE ET VÉSICULES SÉMINALES

Classe 1

Aucun déficit 0

Classe 2

Manifestations intermittentes et objectivées d'une atteinte

- de la prostate 5

- d'une vésicule séminale 4

Classe 3

Manifestations fréquentes, sévères et objectivées nécessitant des traitements continus

- de la prostate 10

- des vésicules séminales 12

Le cas échéant, s'ajoute un pourcentage de DPJV pour les troubles de la fonction sexuelle

E) TROUBLES DE LA FONCTION SEXUELLE

Ces pourcentages ne sont attribués, le cas échéant, que s'il y a troubles de la fonction sexuelle résultant

de séquelles permanentes aux organes génitaux externes ou internes prévues à ce chapitre.

	DPJV %
i) Déficit mineur	
Manque d'intérêt suffisant pour entraîner une diminution de la fréquence des activités sexuelles, mais sans altération au niveau de la satisfaction	5
ii) Déficit modéré	
Manque d'intérêt suffisant pour entraîner une diminution importante de la fréquence, ou freiner parfois le déroulement du cycle sexuel régulier	10
iii) Déficit majeur	
Échecs sexuels répétés conduisant à un évitement des activités sexuelles	15
iv) Absence de fonctionnement sexuel	
Toute activité sexuelle est impossible	30

CHAPITRE X
SYSTÈME ENDOCRINIEN

RÈGLES PARTICULIÈRES

1) Dans ce chapitre, les pourcentages résultant du calcul de la bilatéralité, à la suite d'atteinte permanente à des organes symétriques, sont déjà intégrés. Ils sont alors indiqués sous chaque séquelle.

Lorsqu'il n'y a pas d'indication à cet effet, le principe de la bilatéralité ne joue pas.

2) L'évaluation se fait douze mois après l'événement.

A) ATTEINTE FONCTIONNELLE DE
L'HYPOTHALAMUS ET DE L'HYPOPHYSE
DÉTERMINANT UN HYPOPITUITARISME

	DAP %
Totale	60

Partielle	
se référer au déficit hormonal concerné	dap
Diabète insipide	
• total	30
• partiel	20
Déficit en hormone de croissance	
• 0 à 12 ans	55
• 13 à 16 ans	30
• 17 à 22 ans	20
<i>B) ATTEINTE DE LA THYROÏDE</i>	
<i>a) SÉQUELLES ANATOMIQUES</i>	
Thyroidectomie partielle ou totale	3
<i>b) SÉQUELLES FONCTIONNELLES</i>	
Hypothyroïdie primaire, secondaire ou tertiaire, nécessitant un remplacement hormonal	15
en cas de complications cardiaques, se référer au chapitre XIII sur le système cardio-vasculaire	dap
<i>C) ATTEINTE DES PARATHYROÏDES</i>	
<i>a) SÉQUELLES ANATOMIQUES</i>	
Parathyroïdectomie partielle ou totale	3
<i>b) SÉQUELLES FONCTIONNELLES</i>	
Hypoparathyroïdie	25
<i>D) ATTEINTE FONCTIONNELLE DU PANCRÉAS</i>	
(diabète pancréatoprive)	
Contrôlée par diète	10
Contrôlée par diète et médication orale	20
Contrôlée par diète et insuline	50

de plus, s'ajoutent les pourcentages suivants, en fonction de l'âge

• 0 à 30 ans	30
• 31 à 40 ans	20
• 41 à 50 ans	15
• 51 à 60 ans	10
• plus de 60 ans	5

E) ATTEINTE DES SURRÉNALES

a) SÉQUELLES ANATOMIQUES

Surrénalectomie

• unilatérale	8
• bilatérale, incluant la thérapie de remplacement	24

b) SÉQUELLES FONCTIONNELLES

Hypofonction surrénalienne, nécessitant une thérapie de remplacement	20
----------------------------------------------------------------------	----

F) ATTEINTE DES GONADES

(ovaires et testicules)

Se référer au chapitre VIII sur l'appareil génital femelle et au chapitre IX sur l'appareil génital mâle

CHAPITRE XI
LARYNX ET TRACHÉE

RÈGLES PARTICULIÈRES

Dans ce chapitre, le principe de la bilatéralité ne s'applique pas.

A) LARYNGECTOMIE

Partielle	3
de plus, s'ajoute le pourcentage prévu pour la dysphonie	dap
Totale	5

de plus, s'ajoute le pourcentage prévu pour

trachéostomie permanente dap

B) TRAUMATISME DE LA TRACHÉE

Sans séquelle fonctionnelle 0

Avec persistance d'une sténose, sans altération de la fonction respiratoire 3

le cas échéant, s'ajoute le pourcentage prévu pour altération de la fonction respiratoire résultant de cette sténose. Se référer au chapitre XVI sur le système respiratoire dap

Avec sténose nécessitant une trachéostomie permanente, incluant les altérations de la phonation 30

C) DYSPHONIE

(altération de la phonation sans trachéostomie permanente)

L'évaluation est basée sur les trois fonctions suivantes:

- audibilité
- intelligibilité
- efficacité fonctionnelle

Classe 1

une seule fonction est atteinte 3

Classe 2

deux fonctions sont atteintes 6

Classe 3

les trois fonctions sont atteintes 15

**CHAPITRE XII
SYSTÈME DIGESTIF ET RATE**

RÈGLES PARTICULIÈRES

1) Dans ce chapitre, les pourcentages résultant du calcul de la bilatéralité, à la suite d'atteinte permanente à des organes symétriques, sont déjà intégrés. Ils sont alors indiqués sous chaque séquelle.

Lorsqu'il n'y a pas d'indication à cet effet, le principe

de la bilatéralité ne joue pas.

2) Bien que ne relevant pas du système digestif, la rate a été incluse dans ce chapitre en raison de sa situation intra-abdominale.

	DAP %
Laparotomie	3
Laparocentèse	0
Drainage abdominal	0
Thoraco-laparotomie	7

A) OESOPHAGE ET DIAPHRAGME

L'évaluation se fait en fonction des troubles digestifs et de leurs conséquences fonctionnelles. Les troubles digestifs peuvent concerner des séquelles telles qu'un reflux gastro-oesophagien, des troubles de la déglutition avec ou sans sténose oesophagienne et leurs conséquences sur l'état général.

a) SÉQUELLES ANATOMIQUES

Réparation d'une lésion ou d'un traumatisme oesophagien

- sans séquelle fonctionnelle objectivée 3
- avec séquelles fonctionnelles objectivées 5

de plus, s'ajoute le pourcentage prévu pour les séquelles fonctionnelles ci-dessous

b) SÉQUELLES FONCTIONNELLES

Classe 1

Présence de séquelles contrôlées par une diète ou un traitement médical, tel que médication ou dilatation de l'oesophage, sans perte de poids importante (perte de poids inférieure à 10% par rapport au poids réel au moment de l'événement) 10

Classe 2

Présence de séquelles partiellement contrôlées par un traitement médical, ou associées à une perte de poids de 10% à 20% par rapport au poids réel au moment de

l'événement 25

Classe 3

Présence de séquelles non contrôlées par un traitement médical, tel que gavage ou gastrostomie ou hyperalimentation, ou associées à une perte de poids supérieure à 20% par rapport au poids réel au moment de l'événement 60

B) ESTOMAC ET DUODÉNUM

L'évaluation se fait en fonction des troubles digestifs, des troubles d'absorption et de leurs conséquences sur l'état général et l'état de nutrition.

a) SÉQUELLES ANATOMIQUES

Vagotomie et pyloroplastie ou correction de traumatisme (perforation), sans résection 5

Vagotomie avec antrectomie 10

Gastrectomie sub-totale (plus de 50%) 20

Gastrectomie totale 40

de plus, s'ajoute, le cas échéant, le pourcentage prévu pour les séquelles fonctionnelles ci-dessous

b) SÉQUELLES FONCTIONNELLES

Classe 1

Sans séquelle fonctionnelle objectivable, ne nécessitant pas de traitement médical continu 0

Classe 2

Présence de séquelles nécessitant un traitement médical continu, mais sans atteinte de l'état général et sans perte de poids importante (perte de poids inférieure à 10% du poids réel au moment de l'événement) 5

Classe 3

Présence de séquelles partiellement contrôlées par un traitement médical continu ou chirurgical, associées à une certaine restriction des activités, ou à une perte de poids de 10% à 20% par rapport au poids réel au moment de l'événement 10

Classe 4

Présence de séquelles non contrôlées par un traitement médical continu ou chirurgical, associées à une restriction importante des activités, ou à une perte de poids de plus de 20% par rapport au poids réel au moment de l'événement 25

C) INTESTIN GRÈLE

L'évaluation se fait en fonction des troubles digestifs, des troubles d'absorption et de leurs conséquences sur l'état général et l'état de nutrition.

a) SÉQUELLES ANATOMIQUES

Classe 1

Réparation d'une lésion ou d'un traumatisme sans résection, ni séquelle objectivée 3

Classe 2

Résection de 50% et moins 7

Classe 3

Résection de plus de 50% 30

le cas échéant, s'ajoutent les pourcentages prévus pour les séquelles fonctionnelles ci-dessous

b) SÉQUELLES FONCTIONNELLES

Classe 1

Présence de séquelles contrôlées par un traitement médical continu mais sans atteinte de l'état général 5

Classe 2

Présence de séquelles partiellement contrôlées par un traitement médical continu, associées à une certaine restriction des activités, ou à une perte de poids de 10% à 20% par rapport au poids réel au moment de l'événement 15

Classe 3

Présence de séquelles non contrôlées par un traitement médical continu, associées à une restriction importante des activités, ou à une perte de poids de plus de 20% par rapport au poids réel au moment de l'événement 50

D) CÔLON

L'évaluation se fait en fonction des troubles digestifs et de leurs conséquences sur l'état général et l'état de nutrition.

a) SÉQUELLES ANATOMIQUES

Classe 1

Réparation d'une lésion ou traumatisme du côlon sans résection 3

Classe 2

Réparation d'une lésion ou traumatisme du côlon avec résection partielle 7

Classe 3

Réparation d'une lésion ou traumatisme du côlon avec résection du côlon gauche ou du côlon droit 15

Classe 4

Résection pan-colique avec iléostomie ou colostomie permanente 40

le cas échéant, s'ajoute le pourcentage prévu pour les séquelles fonctionnelles ci-dessous

b) SÉQUELLES FONCTIONNELLES

Classe 1

Sans séquelle fonctionnelle objectivée, ne nécessitant pas de traitement médical continu 0

Classe 2

Présence de séquelles nécessitant un traitement médical continu, mais sans atteinte de l'état général, sans restriction des activités, ou sans perte de poids importante (perte de poids inférieure à 10% par rapport au poids réel au moment de l'événement) 5

Classe 3

Présence de séquelles partiellement contrôlées par un traitement médical continu, associées à une certaine restriction des activités, ou à une perte de poids de 10% à 20% par rapport au poids réel au moment de l'événement 10

Classe 4

Présence de séquelles non contrôlées par un traitement médical continu, associées à une restriction importante des activités, ou à une perte de poids de plus de 20% par rapport au poids réel au moment de l'événement 25

E) ANUS ET RECTUM

(fonction ano-rectale)

Classe 1

Réparation d'une lésion sans séquelle fonctionnelle 1

Classe 2

Réparation d'une lésion suivie de séquelles contrôlées par un traitement médical 5

Classe 3

Réparation d'une lésion suivie de séquelles nécessitant une surveillance médicale continue 10

Classe 4

Réparation d'une lésion suivie de séquelles incomplètement contrôlées par un traitement médical ou chirurgical 20

Classe 5

Réparation d'une lésion suivie de séquelles non contrôlées par des traitements médicaux ou chirurgicaux 40

F) FOIE

a) RÉPARATION D'UN TRAUMATISME OU D'UNE LACÉRATION DU FOIE

Sans résection 3

Avec résection 5

b) MALADIE HÉPATIQUE PARENCHYMATEUSE

1) Maladie hépatique aiguë

sans séquelle 0

2) Maladie hépatique aiguë	
avec séquelles	
• hépatite non spécifique ou hépatite chronique persistante confirmée histologiquement, ou	
évidence biologique de maladie hépatique chronique, sans manifestation clinique de décompensation de la fonction hépatique (ictère, ascite, encéphalopathie hépatique ou hémorragie digestive par hypertension portale)	10
• hépatite chronique active ou cirrhose confirmée histologiquement, sans manifestation clinique de décompensation de la fonction hépatique	30
• évidence biologique ou histologique de maladie hépatique chronique, avec signes cliniques de décompensation de la fonction hépatique	80
G) VOIES BILIAIRES ET VÉSICULE BILIAIRE	
Classe 1	
Réparation de traumatisme ou lacération, sans séquelle objectivable	3
Classe 2	
Réparation de traumatisme ou lacération, avec séquelles fonctionnelles symptomatiques, sans évidence d'anomalie biologique ou anatomique	5
Classe 3	
Réparation d'un traumatisme ou d'une lacération, sans séquelle fonctionnelle ou biologique, mais avec séquelles anatomiques (incluant cholécystectomie ou anastomose bilio-digestive)	7
Classe 4	
Réparation de traumatisme ou d'une lacération, avec séquelles biologiques ou anatomiques (excluant cholécystectomie ou anastomose bilio-digestive)	
i) sans évidence de maladie hépto-biliaire	

chronique évolutive 25

ii) avec évidence de maladie hépato-biliaire évolutive (épisode de cholangite ou d'obstruction progressive des voies biliaires), ou avec signes de décompensation de la fonction hépatique 60

H) PANCRÉAS

L'évaluation se fait en fonction des troubles digestifs, des troubles d'absorption de même que de leurs conséquences sur l'état général et l'état de nutrition. Pour la glycorégulation, on se réfère au chapitre X sur le système endocrinien.

Pancréatite aiguë ou traumatisme pancréatique, sans résection, sans séquelle objectivée 3

Traumatisme pancréatique ayant nécessité une résection ou ayant évolué vers une pancréatite chronique

• sans insuffisance pancréatique exocrine 10

• avec insuffisance pancréatique exocrine

i) contrôlée par diète, traitement médical ou chirurgical, sans perte de poids importante (perte de poids inférieure à 10% par rapport au poids réel au moment de l'événement) 15

ii) partiellement contrôlée par diète, traitement médical ou chirurgical, ou perte de poids de 10% à 20% par rapport au poids réel au moment de l'événement 25

iii) non contrôlée par diète, traitement médical ou chirurgical, ou fréquemment symptomatique avec restriction des activités, ou avec perte de poids de plus de 20% par rapport au poids réel au moment de l'événement 50

I) HERNIE

a) OPÉRÉE

1) Inguinale (directe, indirecte) ou fémorale unilatérale 1
bilatérale 3

2) Épigastrique ou ombilicale 1

3) Incisionnelle	2
4) Inguinale récidivante	
unilatérale	1
bilatérale	3
b) NON OPÉRÉE	
1) Inguinale (directe, indirecte), fémorale	
peu volumineuse, réductible	
unilatérale	2
bilatérale	6
modérément volumineuse, difficilement	
réductible	
unilatérale	5
bilatérale	15
volumineuse, irréductible	
unilatérale	7
bilatérale	21
2) Incisionnelle	
peu volumineuse, réductible	2
modérément volumineuse, difficilement	
réductible	5
volumineuse, irréductible	7
J) RATE	
L'ablation de la rate peut perturber le système hématopoïétique et entraîner un déficit immunologique.	
Splénectomie	
• 0 à 6 ans	8
• 7 à 15 ans	5
• plus de 15 ans	3
De plus, s'ajoute le pourcentage prévu pour la laparotomie	dap

CHAPITRE XIII
SYSTÈME CARDIO-VASCULAIRE

RÈGLES PARTICULIÈRES

Bilatéralité

1) Dans ce chapitre, à l'exception du phénomène de Raynaud et des séquelles consécutives à une lésion vasculaire aux membres supérieurs, aux membres inférieurs

et à des séquelles consécutives à des lésions veineuses et lymphatiques, les pourcentages résultant du calcul de la bilatéralité, à la suite d'atteinte permanente à des organes symétriques, sont déjà intégrés. Ils sont alors indiqués sous chaque séquelle. Lorsqu'il n'y a pas d'indication à cet effet, le principe de la bilatéralité ne joue pas.

2) Phénomène de Raynaud et séquelles consécutives à une lésion vasculaire aux membres supérieurs, aux membres inférieurs et à des séquelles consécutives à des lésions veineuses et lymphatiques

Lorsqu'un travailleur, en raison d'une lésion professionnelle, subit des déficits anatomo-physiologiques (DAP) à des organes symétriques, en raison du phénomène de Raynaud ou de séquelles consécutives à une lésion vasculaire aux membres supérieurs et aux membres inférieurs, et à des séquelles consécutives à des lésions veineuses et lymphatiques, le pourcentage total qui lui est octroyé pour ces déficits s'établit en additionnant les pourcentages des DAP déterminés pour chacun des organes et en y ajoutant une seconde fois le pourcentage déterminé pour l'organe le moins atteint.

A) LÉSIONS CARDIAQUES

L'évaluation des séquelles cardiaques doit se faire après la consolidation de la lésion:

- i) au moins six (6) mois suivant un traitement médical;
- ii) au moins un (1) an suivant un traitement chirurgical.

La discordance fréquente entre les signes objectifs et les symptômes subjectifs doit être soulignée.

Ainsi, un travailleur avec une maladie coronarienne peut avoir un examen physique normal avec électrocardiogramme de repos normal.

De plus, lors de l'évaluation à l'effort, l'électrocardiogramme peut demeurer normal malgré des symptômes d'angine importants.

Enfin, la présence de certains symptômes suggestifs de maladie cardiaque n'implique pas nécessairement la présence d'une atteinte organique ou fonctionnelle (cf. tableau 24 de la capacité résiduelle fonctionnelle consécutive à une lésion cardio-vasculaire).

B) PÉRICARDITE

DAP

%

Se référer au tableau 24 de la capacité résiduelle fonctionnelle consécutive à une lésion cardiovasculaire dap

C) LÉSIONS ARTÉRIELLES THORACIQUES

L'évaluation se fait après la consolidation de la lésion, soit six à douze mois après l'événement.

a) REMPLACEMENT DE L'AORTE THORACIQUE ASCENDANTE PAR PROTHÈSE

Sans séquelle fonctionnelle 8

Avec séquelles fonctionnelles 8

de plus, se référer au tableau 24 de la capacité résiduelle fonctionnelle consécutive à une lésion cardio-vasculaire dap

b) REMPLACEMENT DE L'AORTE THORACIQUE DESCENDANTE PAR PROTHÈSE

Sans séquelle fonctionnelle 5

Avec séquelles fonctionnelles 5

de plus, se référer au tableau 24 de la capacité résiduelle fonctionnelle consécutive à une lésion cardio-vasculaire dap

D) LÉSIONS ARTÉRIELLES PÉRIPHÉRIQUES

(sous-clavière, membres supérieurs, membres inférieurs)

DAP
%

Chirurgie de l'aorte abdominale (endartériectomie ou greffe)

• sans séquelle fonctionnelle 5

• avec séquelles fonctionnelles 5

de plus, se référer au tableau 25 de la capacité résiduelle fonctionnelle consécutive à une lésion vasculaire des membres inférieurs dap

Chirurgie des artères périphériques (endartériectomie,

greffes ou artériorrhaphies)	
• sans séquelle fonctionnelle	3
• avec séquelles fonctionnelles	3
de plus, se référer au tableau 25 sur la capacité résiduelle fonctionnelle consécutive à une lésion vasculaire des membres inférieurs, ou au tableau 26 sur la capacité résiduelle fonctionnelle consécutive à une lésion vasculaire aux membres supérieurs	dap
Sympathectomie	
• unilatérale	3
• bilatérale	9
Angioplastie trans-luminale	3
Une ou des lésions des carotides peuvent laisser des séquelles au niveau du cerveau	
se référer au chapitre III sur le système nerveux central	dap
<i>E) LÉSIONS VEINEUSES ET LYMPHATIQUES</i>	
Insuffisance veineuse superficielle ou thrombophlébite superficielle récurrente	2
Insuffisance veineuse post-phlébitique ou insuffisance lymphatique	
• classe 1	
peu ou pas de séquelles	3
• classe 2	
syndrome post-phlébitique léger, bien contrôlé par un traitement médical usuel	5
• classe 3	
syndrome post-phlébitique modéré, incomplètement contrôlé par un traitement médical usuel	10
• classe 4	
syndrome post-phlébitique sévère, non contrôlé par un traitement médical usuel, avec troubles trophiques sans ulcération	15

- classe 5

syndrome post-phlébitique sévère, non contrôlé par un traitement médical usuel, avec troubles trophiques et ulcération récidivante 25

F) PHÉNOMÈNE DE RAYNAUD ET DU SYNDROME VIBRATOIRE

Se référer au tableau 27 de la classification du phénomène de Raynaud et du syndrome vibratoire.

TABLEAU 24
CAPACITÉ RÉSIDUELLE FONCTIONNELLE
CONSÉCUTIVE À UNE LÉSION
CARDIO-VASCULAIRE

La mesure de la capacité résiduelle fonctionnelle est basée sur les classes suivantes, selon le résultat de l'épreuve maximale d'effort.

L'unité de mesure est le mets. Un mets équivaut à la consommation de 3,5 ml d'oxygène au repos, par kilogramme de poids, par minute.

	DAP %
Classe 1 (plus de 7 mets)	
• sans symptôme (angine ou essoufflement) spontané ou provoqué (épreuve maximale d'effort)	10
• avec symptômes (angine ou essoufflement) spontanés ou provoqués (épreuve maximale d'effort)	20
Classe 2 (5, 6, 7 mets)	
sans symptôme (angine ou essoufflement) pour des activités physiques ordinaires (marche, montée d'escalier, transport de colis)	30
Classe 3 (4 mets)	
Légère limitation pour des activités ordinaires (l'angine ou l'essoufflement apparaît à la marche rapide, ou en terrain accidenté, ou en terrain plat après un repas, ou par temps froid ou venteux, ou sous stress émotionnel, ou le matin après l'éveil. L'angine apparaît à la montée rapide d'une volée d'escalier, ou de plus d'une volée d'escalier à pas normal)	40

Classe 4 (2, 3 mets)

Limitation modérée des activités physiques ordinaires (l'angine ou l'essoufflement apparaît à la montée d'une seule volée d'escalier à pas normal, à la marche en terrain plat couvrant un à deux pâtés de maisons) 60

classe 5 (1, 2 mets)

Limitation marquée vis-à-vis une activité physique légère (l'angine ou l'essoufflement apparaît à la marche de quelques pas, aux mouvements nécessaires à la toilette personnelle. L'angine peut survenir au repos ou pendant le sommeil) 80

TABLEAU 25
CAPACITÉ RÉSIDUELLE FONCTIONNELLE
CONSÉCUTIVE À UNE LÉSION VASCULAIRE AUX
MEMBRES INFÉRIEURS

	DAP %
Classe 1	
Lésions vasculaires sans séquelle fonctionnelle	0
Classe 2	
Claudication intermittente, peu limitante, apparaissant à la marche d'un pas régulier sur une distance de 300 à 500 mètres; par membre	15
Classe 3	
Claudication limitante, apparaissant à la marche d'un pas régulier sur une distance de 120 à 150 mètres; par membre	30
Classe 4	
Claudication incapacitante, apparaissant à la marche d'un pas régulier sur une distance de 75 mètres; par membre	40
Classe 5	
Insuffisance artérielle sévère avec douleurs au repos et troubles trophiques, ulcérations; par membre	50

TABLEAU 26
CAPACITÉ RÉSIDUELLE FONCTIONNELLE

CONSÉCUTIVE À UNE LÉSION VASCULAIREAUX
MEMBRES SUPÉRIEURS, À L'EXCLUSION DU
PHÉNOMÈNE DE RAYNAUD ET DU SYNDROME
VIBRATOIRE

	DAP %
Classe 1	
Lésion vasculaire sans séquelle fonctionnelle	0
Classe 2	
Douleur intermittente, peu limitante, apparaissant à la suite d'efforts importants; par membre	15
Classe 3	
Douleur limitante, apparaissant à l'occasion d'un effort habituel; par membre	30
Classe 4	
Douleur importante, apparaissant à la suite d'un effort léger; par membre	40
Classe 5	
Douleur au repos avec troubles trophiques, ulcérations; par membre	50

TABLEAU 27
CLASSIFICATION DU PHÉNOMÈNE DE RAYNAUD
ET DU SYNDROME VIBRATOIRE

Pour appartenir à une classe, il n'est pas nécessaire que tous les paramètres contenus à l'intérieur de la classe soient présents, sauf pour les tests vasculaires où l'un des deux doit être positif.

En présence d'une classe 5, une évaluation devra être effectuée en musculo-squelettique et le pourcentage de DAP le plus élevé des deux sera accordé.

De plus, lorsqu'il existe d'autres séquelles appartenant au syndrome vibratoire, se référer aux chapitres concernés.

Classes	Tableau clinique PR ou SV*	Restriction climatique des activités impliquant les parties atteintes	Tests vasculaires RDT**	PLET***	% DAP
(1)	ABSENT	AUCUN	NORMAL	NORMAL	0
LÉGER (2)	PRÉSENT Causé par froid ou vibrations (hiver, printemps et automne) Quelques fois par jour Activités continuées après réchauffement	PEU	Courbe lente à 15 minutes: 1 inférieur à la température de base	Ondes fragmentées Ondes peaked Ondes dicrotées hautes Ondes N 1/3 amplitude Ondes occlusives avec amplitude 1/2N	0,5
MODÉRÉ (3)	PRÉSENT Causé par fraîche, vent (été) Douleurs, raideur modérée Réchauffement obligatoire Recherche traitement médical Troubles neuro-musculo- squelettiques Occasionnels Avant et après activités	ASSEZ Réduction de la durée, Choix des conditions de température Certaines activités abandonnées	Courbe lente à 15 minutes: 2 à 3 inférieur à la température de base	Ondes occlusives avec amplitude 1/2N	2
SÉVÈRE (4)	PRÉSENT au moindre contact avec froid ou vibrations, raideur marquée, reprise difficile de l'activité Oedème, cyanose, sclérodactylie Troubles neuro-musculo- squelettiques Douleurs, raideurs, crampes et engourdissements fréquents à l'activité et au repos Manipulations délicates difficiles	BEAUCOUP Abandon de toute activité au froid	Courbe lente à 15 minutes: 4° et plus inférieur à la température de base	Ondes absentes ou anormales au repos et après réchauffement	3
TRÈS SÉVÈRE (5)	Troubles circulatoires permanents	Abandon de toute activité	Courbe lente à 15 minutes: 4° et plus inférieur à la température de base	Ondes anormales au repos et après réchauffement	5
	De plus, s'ajoute un pourcentage additionnel pour ulcération, escarre ou gangrène				5

*PR: phénomène de Raynaud; SV: syndrome vibratoire.

** RDT: tests de récupération de la température digitale.

***PLET: pléthysmographie

CHAPITRE XIV
PEAU ET SENSIBILISATIONS

RÈGLES PARTICULIÈRES

**A) DERMATOSES INCLUANT LES
SENSIBILISATIONS CUTANÉES**

1) L'évaluation médicale dermatologique a trait à la peau et à ses annexes.

Les limitations fonctionnelles des mouvements des articulations sous-jacentes, secondaires à une atteinte cutanée, sont incluses dans le pourcentage du déficit anatomo-physiologique (DAP), lorsque ces limitations représentent 50% et moins de la fonction articulaire normale.

Pour le cas où la limitation de la fonction excède 50% du bilan articulaire normal, une évaluation médicale additionnelle en musculo-squelettique est effectuée, et le pourcentage de DAP qui est retenu suite à ces évaluations, est celui qui est le plus élevé des deux.

2) L'évaluation médicale est effectuée lorsque la dermatose est en période de stabilité clinique chronique, sans modification récente et significative de la médication en cours.

3) La fixation du pourcentage de DAP pour les séquelles cutanées doit être conforme aux principes suivants:

La première évaluation médicale en vue de fixer le pourcentage de DAP doit être effectuée au cours des six premiers mois d'évolution de la dermatose. Suite à cette évaluation, 50% du pourcentage fixé est attribué.

La deuxième évaluation médicale, en vue de réajuster le pourcentage initial doit être effectuée au terme de deux années suivant la date de la première évaluation. Suite à cette évaluation, 100% du pourcentage fixé, moins celui déjà attribué lors de la première évaluation, est attribué.

Si, à la suite de la deuxième évaluation, le pourcentage final est moindre que celui qui a été attribué lors de la première évaluation, on maintient le pourcentage attribué initialement.

4) La somme des pourcentages fixés pour un segment corporel ne peut être supérieure au pourcentage maxima prévu pour ce segment.

5) Dans les cas de DERMITE DE CONTACT PAR SENSIBILISATION, un pourcentage de base de DAP est attribué pour la sensibilisation, dès que le diagnostic de dermite de contact par sensibilisation est confirmé par une évaluation médicale.

Ce pourcentage est le suivant :

	DAP %
Sensibilisation	2

Les pourcentages déterminés ultérieurement s'ajoutent à ce pourcentage.

6) Bilatéralité

Lorsqu'un travailleur, en raison d'une lésion professionnelle, subit des déficits anatomo-physiologiques à la peau résultant d'atteinte à des organes symétriques, le pourcentage total qui lui est octroyé pour ces déficits s'établit en additionnant le pourcentage des DAP déterminé pour chacun des organes et en y ajoutant une seconde fois le pourcentage déterminé pour l'organe le moins atteint.

Pour les membres, la bilatéralité s'établit de membre à membre, à savoir, le membre supérieur droit avec le membre supérieur gauche et le membre inférieur droit avec le membre inférieur gauche.

Ainsi, une séquelle à la main gauche avec une séquelle à l'épaule droite commande l'application du principe de la bilatéralité.

De la même façon, le tronc, le cou et la tête se divisent en deux parties symétriques, droite et gauche à partir de la ligne médiane.

B) SENSIBILISATIONS AUTRES QUE CUTANÉES ET PULMONAIRES

1) Bien que ne relevant pas de ce chapitre, certains phénomènes de sensibilisations y ont été inclus pour fin de commodité.

2) Dans les cas de sensibilisation qui se manifestent par une RÉPONSE IMMUNOLOGIQUE AUTRE QUE CUTANÉE OU PULMONAIRE, un pourcentage de base de DAP est attribué dès que le diagnostic, suite à une évaluation médicale, confirme l'état de sensibilisation du travailleur.

Ce pourcentage est le suivant:

	DAP %
Sensibilisation	3

Les pourcentages déterminés ultérieurement s'ajoutent à ce pourcentage.

3) Pour évaluer les autres séquelles permanentes résultant d'une telle sensibilisation, on se réfère au chapitre couvrant le système, l'appareil ou l'organe qui est atteint.

4) **Bilatéralité**

Le principe de la bilatéralité s'applique tel que prévu au chapitre utilisé pour évaluer les séquelles.

C) SENSIBILISATION PULMONAIRE

On se réfère au chapitre XVII sur l'asthme bronchique.

PROCÉDURE D'ÉVALUATION DU DÉFICIT

PREMIÈRE ÉTAPE

DÉTERMINATION DES ÉLÉMENTS SERVANT À FIXER LE POURCENTAGE DE DAP

La première étape consiste à déterminer les trois éléments suivants:

- COEFFICIENT D'ATTEINTE ANATOMO-PHYSIOLOGIQUE
- AIRE ANATOMIQUE
- POURCENTAGE MAXIMAL DE DRAP PRÉVU POUR LE SEGMENT ATTEINT

a) COEFFICIENT D'ATTEINTE ANATOMO-PHYSIOLOGIQUE

Le coefficient d'atteinte anatomo-physiologique comprend les trois éléments suivants:

- PERTE DE SOUPLESSE CUTANÉE, incluant la limitation fonctionnelle
- ÉPAISSISSEMENT (lichénification, kératinisation)
- DÉSHYDRATATION (sécheresse, fissure)

Chacun de ces trois éléments est apprécié, pour chaque côté du corps (hémi-corps), selon l'échelle suivante graduée de 0 à 1.

Échelle d'évaluation pour chaque élément

0,0 0,1 0,2 0,3 0,4 0,5 0,6 0,7 0,8 0,9 1,0

NORMAL ATTEINTE ATTEINTE
 MODÉRÉ SÉVÈRE

Le coefficient d'atteinte anatomo-physiologique est déterminé par la moyenne des trois éléments de la façon suivante:

	Perte de souplesse		Épaississement		Déshydratation					Coefficient d'atteinte anatomo-physiologique	
Côté droit	_____	+	_____	+	_____	=	_____	÷	3	=	_____
Côté gauche	_____	+	_____	+	_____	=	_____	÷	3	=	_____

b) AIRE ANATOMIQUE

L'étendue de l'aire cutanée atteinte est d'abord située à l'intérieur d'un segment, représenté sur le schéma 9, et évaluée selon l'échelle ci-dessous.

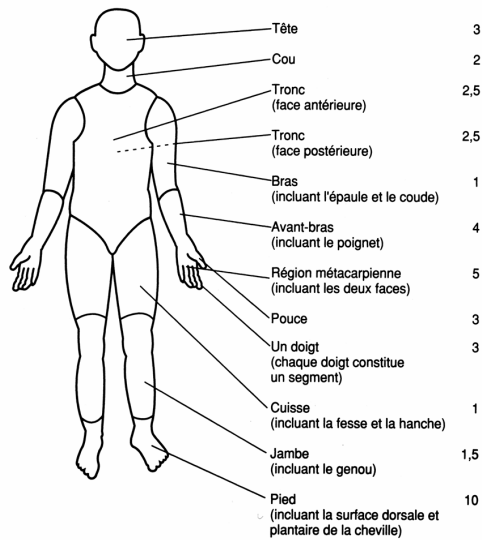
Échelle d'évaluation de l'aire anatomique

0,0 0,1 0,2 0,3 0,4 0,5 0,6 0,7 0,8 0,9 1,0

NORMAL 50% DE 100% DE
 L'AIRE L'AIRE
 TOTALE TOTALE
 ATTEINTE ATTEINTE

SCHÉMA 9

SEGMENTS CORPORELS ET POURCENTAGES
MAXIMUM DE
DÉFICIT ANATOMO-PHYSIOLOGIQUE (DAP)
POUR CHAQUE SEGMENT



Les pourcentages de DAP inscrits sur ce schéma, représentent pour chacun des segments corporels identifiés, une atteinte maximale.

	DAP maximum %		Aire anatomique		Coefficient d'atteinte physiologique		
Région métacarpienne	5	x	1	x	1		5%
Pouce	3	x	1	x	1	=	3%
Quatre doigts	(4x3)	x	1	x	1	=	12%
						TOTAL: =	20%

c) POURCENTAGE MAXIMAL DE DAP PRÉVU POUR LE SEGMENT ATTEINT

Le pourcentage maximal pour un segment atteint est fixé sur le schéma 9.

DEUXIÈME ÉTAPE

FIXATION DU DAP

À l'aide des éléments déterminés dans la première étape, on fixe le pourcentage de DAP de la façon suivante:

	Coefficient d'atteinte physiologique		Aire anatomique		Pourcentage de DAP maximal pour un segment		DAP %
Côté droit	_____	x	_____	x	_____	=	_____
Côté gauche	_____	x	_____	x	_____	=	_____

EXEMPLE DE DÉTERMINATION DES DOMMAGES CORPORELS POUR UNE DERMATOSE

Il s'agit d'une dermatose affectant partiellement les deux mains.

À la main droite, il y a une atteinte partielle de la région métacarpienne, du pouce, de l'index, du majeur, de l'annulaire et de l'auriculaire.

À la main gauche, il y a une atteinte partielle de la région métacarpienne, de l'index et du majeur.

PREMIÈRE ÉTAPE

DÉTERMINATION DU POURCENTAGE MAXIMUM DE DAP, DE L'AIRE ANATOMIQUE ATTEINTE ET DU COEFFICIENT D'ATTEINTE

ANATOMO-PHYSIOLOGIQUE

Pourcentage maximum de DAP

Pour chaque segment atteint, le pourcentage maximum a été fixé à partir du schéma 9.

Ces pourcentages sont inscrits dans la colonne (a), des résultats (1).

Pourcentage de l'aire anatomique atteinte

Pour chaque segment atteint, le pourcentage de la valeur représentant l'aire anatomique atteinte, a été déterminé à partir de l'échelle d'évaluation de l'aire anatomique atteinte.

Ces valeurs sont inscrites dans la colonne (b), des résultats (1).

Coefficient d'atteinte anatomo-physiologique

Pour chaque segment atteint, la perte de souplesse, l'épaississement et la déshydratation ont été évalués à partir de l'échelle d'évaluation de l'atteinte anatomo-physiologique.

En additionnant ces trois paramètres, on établit le coefficient d'atteinte anatomo-physiologique.

Le calcul de ce coefficient est effectué pour chaque segment atteint et les chiffres inscrits dans la colonne (c) résultent de ce calcul, cf. résultats (1).

DEUXIÈME ÉTAPE

FIXATION DU DAP ET APPLICATION DU PRINCIPE DE LA BILATÉRALITÉ

Fixation du pourcentage de DAP

On fixe le pourcentage de DAP en multipliant le pourcentage maximum de DAP (a) par la valeur représentant l'aire anatomique (b) par le coefficient d'atteinte anatomo-physiologique (c).

Ce calcul a été effectué pour chacun des segments atteints, cf. résultats (2).

RÉSULTATS (1)

CALCUL DU COEFFICIENT D'ATTEINTE ANATOMO-PHYSIOLOGIQUE

Segments corporels	(a)	(b)	Perte de souplesse	Épaississement	Dés-hydratation						(c)	
	DAP % Max	Aire anatomique Moyen										Coefficient d'atteinte anatomo-physiologique
DROIT												
région métacarpienne	5	0,3	0,3	+	0,2	+	0,2	=	0,7	÷	3	= 0,23
pouce	3	0,2	0,3	+	0,3	+	0,2	=	0,8	÷	3	= 0,27
index	3	0,4	0,4	+	0,4	+	0,3	=	1,1	÷	3	= 0,37
majeur	3	0,3	0,3	+	0,2	+	0,3	=	0,8	÷	3	= 0,27
annulaire	3	0,3	0,2	+	0,2	+	0,3	=	0,7	÷	3	= 0,23
auriculaire	3	0,2	0,2	+	0,2	+	0,3	=	0,7	÷	3	= 0,23
GAUCHE												
région métacarpienne	5	0,1	0,2	+	0,2	+	0,2	=	0,6	÷	3	= 0,2
index	3	0,2	0,1	+	0,1	+	0,2	=	0,4	÷	3	= 0,13
majeur	3	0,1	0,1	+	0,1	+	0,1	=	0,3	÷	3	= 0,1

RÉSULTATS (2)

CALCUL DES DOMMAGES CORPORELS

Segments corporels	DROIT						GAUCHE							
	(a)	(b)	(c)				(a)	(b)	(c)					
région métacarpienne	5	x	0,3	x	0,23	=	0,35	5	x	0,1	x	0,2	=	0,1
pouce	3	x	0,2	x	0,27	=	0,16							
index	3	x	0,4	x	0,37	=	0,44	3	x	0,2	x	0,13	=	0,08
majeur	3	x	0,3	x	0,27	=	0,24	3	x	0,1	x	0,1	=	0,03
annulaire	3	x	0,3	x	0,23	=	0,21							
auriculaire	3	x	0,2	x	0,23	=	0,14							
					TOTAL	=	1,54					TOTAL	=	0,21

Pourcentage total de DAP:	1,54 + 0,21 = 1,75
Pourcentage pour bilatéralité:	0,21
Pourcentage pour DPJV:	0,1
Pourcentage de PE:	0

TOTAL: $1,75 + 0,21 + 0,1 = 2,06\%$

Le pourcentage des dommages corporels est de 2,06%

CHAPITRE XV

SYSTÈME PSYCHIQUE

RÈGLES PARTICULIÈRES

1) Dans ce chapitre, le principe de la bilatéralité ne s'applique pas.

2) Il n'y a pas de préjudice esthétique (PE) attribué pour les séquelles permanentes au système psychique.

Les fonctions psychiques (c'est-à-dire mentales, psycho-affectives, adaptatives, comportementales) de certains travailleurs peuvent être affectées de façon permanente.

A) MÉCANISMES GÉNÉRAUX DE PRODUCTION DES DÉFICITS

De tels déficits sont parfois la conséquence directe d'une lésion anatomo-physiologique du système nerveux central; ils font alors l'objet d'une évaluation psychiatrique ou neurologique, complétée, s'il y a lieu, par une évaluation psychologique qui déborde le déficit neurologique. Dans d'autres cas, le déficit reflète une dysfonction psycho-affective permanente exprimant une mésadaptation psychologique chronique à un traumatisme ayant affecté de façon transitoire ou permanente une autre partie de l'intégrité corporelle. Parfois, les déficits de cette nature peuvent résulter de l'interaction des deux mécanismes de production.

B) CRITÈRES GÉNÉRAUX D'ÉVALUATION

Le déficit s'évalue par l'examen clinique psychiatrique complété par des tests psychologiques, le cas échéant. La connaissance adéquate de la personnalité antérieure, des antécédents et du style adaptatif habituel du travailleur est nécessaire à une évaluation clinique. Il faut tenir compte du niveau prémorbide d'adaptation personnelle du travailleur pour établir son degré d'altération fonctionnelle dû à une atteinte psychique permanente résultant d'une lésion professionnelle. ^

L'examen mental objectif détaillé est indispensable; la symptomatologie doit se regrouper dans un syndrome tout à fait vraisemblable, complet et cohérent. Le déficit des fonctions psychiques doit se manifester par des modifications des activités quotidiennes et des relations interpersonnelles du sujet et s'accompagner, dans certains cas, de signes physiopathologiques. La présence des symptômes pendant un temps suffisamment long est nécessaire et elle doit d'ordinaire s'accompagner de la poursuite assidue et de l'insuccès des méthodes thérapeutiques habituelles. L'état mental anormal est habituellement l'objet d'une documentation ou information objective supplémentaire provenant de l'entourage du sujet et des soignants; un syndrome purement subjectif et peu contrôlable est rarement indicatif d'un déficit anatomo-physiologique de grande importance.

L'évaluation clinique peut parfois être complétée par une évaluation sociale ou psychométrique. Les circonstances sociales défavorables peuvent influencer sur la réadaptation et le pronostic global d'un bénéficiaire, mais elles ne constituent pas en elles-mêmes le déficit des fonctions psychiques. L'évaluation doit tenir compte de l'aspect motivationnel du sujet. Enfin, le déficit faisant l'objet d'une telle évaluation psychiatrique et complétée par des tests psychologiques, le cas échéant, est différent dans sa nature même de la perte de jouissance de la vie ou de celle de l'organe mutilé.

C) CATÉGORIES ET GROUPES DE DÉFICITS

Les déficits permanents des fonctions psychiques de l'accidenté peuvent résulter de:

- syndromes cérébraux,
- psychoses,
- névroses,
- troubles de la personnalité.

L'histoire des séquelles psychiatriques ou psychopathologiques, le contenu spécifique de l'examen mental et les examens complémentaires permettent habituellement d'arriver à une seule catégorie nosologique. Cependant, les syndromes cérébraux organiques peuvent en particulier s'accompagner et donc inclure dans leur tableau clinique et leur évaluation des manifestations psychotiques, névrotiques ou de détérioration de la personnalité.

L'intensité symptomatique s'accompagne des répercussions qui dépassent le seul vécu du travailleur pour modifier les activités ordinaires de la vie quotidienne, le

rendement personnel ou social nécessitent une surveillance ou une thérapeutique continue, une assistance ou un milieu particulier, parfois même une prise en charge complète pour répondre aux besoins essentiels.

Selon les effets objectifs du syndrome évalué et en appliquant dans chaque cas les critères généraux d'évaluation, on doit préciser le diagnostic quant au degré d'intensité du déficit affectant la personne entière en référant à quatre ordres de grandeur.

- GROUPE 1
déficit mineur
- GROUPE 2
déficit modéré
- GROUPE 3
déficit grave
- GROUPE 4
déficit très grave

La quantification précisée à l'intérieur d'un groupe peut être difficile d'où la nécessité de comparer avec des cas similaires dont l'évaluateur a connu l'évolution. Il peut être nécessaire d'attendre quelque temps avant l'évaluation finale du déficit.

Il peut arriver que l'évaluation clinique psychiatrique complétée par une évaluation psychologique, s'il y a lieu, n'établisse pas de déficit supplémentaire et ne soit utile qu'à l'évaluation de la motivation d'un sujet affecté d'un déficit d'un autre système, ou que les possibilités de réadaptation plus complète d'un sujet méritent d'être scrutées davantage avant d'établir le taux de cet autre déficit.

Dans ce cas, il est préférable d'attendre deux (2) ans avant l'évaluation du déficit psychiatrique.

a) LES SYNDROMES CÉRÉBRAUX
CHRONIQUES

DAP
%

Pour l'évaluation de ces syndromes, on se réfère au chapitre III sur le système nerveux central. dap

b) LES PSYCHOSES

La psychose désigne un trouble mental profond susceptible d'entraîner un déficit plus ou moins grand, selon sa nature, son intensité, les antécédents du sujet, sa durée, ses répercussions et sa réponse aux mesures thérapeutiques. Il est souvent préférable d'attendre deux ans avant l'évaluation définitive d'un tel déficit.

Le tableau clinique peut alors se stabiliser et laisser des signes permanents. Parfois, le déficit de base peut n'être constitué que du potentiel plus ou moins sérieux de récurrences futures.

Le syndrome se caractérise essentiellement par des troubles de l'affect, de la perception, de la pensée (processus, forme, contenu), du comportement et par des anomalies du contrôle émotionnel. Il est habituellement accompagné d'un manque d'autocritique et il inclut souvent des conduites anormales perceptibles par l'entourage.

Groupe 1 (mineur)

Un déficit de cette catégorie se manifeste par des anomalies mineures et discrètes de la perception, de la pensée, du contrôle émotionnel ou du comportement, mais il a peu de répercussion sur le fonctionnement du sujet comparativement à son adaptation antérieure à l'accident. Les sujets bien contrôlés par une médication psychotrope leur évitant de nouveaux séjours hospitaliers entrent dans ce groupe. 5

Groupe 2 (modéré)

Le syndrome psychotique est manifeste à l'examen mental, facilement observé par l'entourage et se répercute dans un fonctionnement social difficile, une conduite bizarre, une réduction plus ou moins marquée du rendement social et personnel. Les troubles du comportement sont cependant assez réduits, permettant au sujet d'être toléré dans son milieu. 15

Groupe 3 (grave)

La collaboration du sujet est variable et inconstante, le risque d'une hospitalisation intermittente est probable et le syndrome est mal contrôlé par la médication. Le sujet peut requérir une surveillance occasionnelle et des directives dans sa vie quotidienne. 45

Groupe 4 (très grave)

Le syndrome psychotique demeure d'une telle intensité que le sujet montre des troubles de la perception de la pensée et une incapacité de contrôle émotionnel le conduisant à un comportement intolérable pour l'entourage ou dangereux pour lui-même. Le sujet requiert toujours une surveillance au moins partielle et des directives dans sa vie quotidienne. Dans les cas les plus graves, il pourra nécessiter un milieu protégé ou des soins constants en institution, avec des hospitalisations répétées.

100

c) LES NÉVROSES

Les individus réagissent différemment aux difficultés de la vie et certains travailleurs sont susceptibles de développer une adaptation névrotique au traumatisme et à ses séquelles. Les névroses n'ont pas de base organique démontrable. Le sujet reste lucide et capable de distinguer entre la réalité extérieure et ses expériences subjectives. La personnalité n'est pas désorganisée, mais le comportement peut être perturbé dans les limites qui sont en général socialement acceptables. Le syndrome est fait d'anxiété excessive, de phobies, de symptômes hystériques, obsessionnels et compulsifs, dépressifs et parfois d'une composante psychosomatique.

Groupe 1 (mineur)

Le syndrome névrotique est surtout subjectif, mais vraisemblable, complet, cohérent et il s'accompagne de modifications mineures et qui ne rendent pas incapable de conduites adaptatives. Il n'y a pas de réduction des activités quotidiennes, ni d'altération du rendement social ou personnel.

5

Groupe 2 (modéré)

L'intensité symptomatique de la névrose, quoi que d'ordinaire variable, oblige le sujet à un recours constant à des mesures thérapeutiques soulageantes, à une modification de ses activités quotidiennes conduisant à une réduction plus ou moins marquée de son rendement social et personnel. Le syndrome peut s'accompagner de désordres psycho-physiologiques fonctionnels nécessitant un traitement symptomatique et occasionnant un arrêt intermittent des activités régulières.

15

Groupe 3 (grave)

Le syndrome névrotique est envahissant et conduit alors à une nette détérioration du rendement social et personnel. Il s'accompagne de modifications sérieuses et constantes des relations interpersonnelles: isolement ou besoin d'être encouragé et réconforté. Les activités quotidiennes sont bouleversées et le sujet a besoin d'une surveillance ou de l'assistance de son entourage. La composante psychosomatique peut s'accompagner de lésions pathologiques tissulaires plus ou moins réversibles.

45

Groupe 4 (très grave)

L'état névrotique s'accompagne d'un état de régression, de détérioration et de dépendance importante. Le sujet requiert une surveillance occasionnelle et des directives dans sa vie quotidienne.

100

d) TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

Il s'agit essentiellement de troubles de caractère accompagnant un manque de maturité émotionnelle traduits par des difficultés interpersonnelles, une faiblesse de contrôle des inhibitions, une réduction de la tolérance à la frustration, un égocentrisme exagéré, une inconstance du rendement, une mésadaptation sociale plus ou moins grave.

Si les modifications de la personnalité sont dues à un syndrome cérébral organique, elles doivent être évaluées selon le barème établi pour celui-ci.

On se réfère au chapitre III sur le système nerveux central.

dap

Groupe 1 (mineur)

Les troubles conduisent à des difficultés légères d'adaptation aux contraintes de la vie quotidienne.

5

Groupe 2 (modéré)

Le niveau adaptatif caractériel préexistant à l'événement est exacerbé de façon constante et conduit à une déficience accentuée du jugement social, une détérioration des relations interpersonnelles, une inconstance accrue du rendement, à des écarts de conduite et à l'incapacité d'éviter d'entrer en conflit avec la société ou encore de se nuire à soi-même. Il y a une sorte d'impuissance à s'adapter aux difficultés de la vie quotidienne.

15

Groupe 3 (grave)

Le syndrome de mésadaptation est tel que l'individu a perdu en majeure partie le contrôle de lui-même, s'avérant incapable de se corriger par l'expérience et nuisant gravement et de façon répétée à son entourage et aussi à lui-même. Le manque de contrôle social a pu l'amener en surveillance légale de diverses formes. Il est rare qu'un déficit psychiatrique isolé pour troubles de la personnalité soit accordé. Il faut voir si une telle détérioration comportementale objective ne fait pas plutôt partie d'un autre type de déficit.

45

Groupe 4 (très grave)

Perte complète d'autonomie, mésadaptation sociale nécessitant un contrôle permanent.

100

CHAPITRE XVI
SYSTÈME RESPIRATOIRE À L'EXCEPTION DE
L'ASTHME BRONCHIQUE

RÈGLES PARTICULIÈRES

1) Bilatéralité

Dans ce chapitre, le principe de la bilatéralité s'applique, le cas échéant, aux séquelles anatomiques. Il ne s'applique pas aux autres séquelles.

2) L'évaluation doit tenir compte des séquelles anatomiques, des séquelles fonctionnelles et, le cas échéant, des facteurs de sévérité tant pour les lésions pulmonaires à caractère irréversible que pour celles à caractère régressif. De plus, elle doit distinguer entre les facteurs professionnels et les facteurs non professionnels, le cas échéant.

3) Les dispositions particulières à l'évaluation des maladies professionnelles pulmonaires sont prévues aux articles 226 à 233 de la loi.

4) Pour les maladies pulmonaires professionnelles à caractère irréversible, un pourcentage de DAP est attribué, dès que le diagnostic de maladie pulmonaire professionnelle à caractère irréversible est confirmé par le comité spécial. Ce pourcentage est le suivant:

DAP
%

Maladie pulmonaire professionnelle à caractère irréversible

5

Les pourcentages attribués ultérieurement s'ajoutent à ce pourcentage.

SÉQUELLES ANATOMIQUES

Lobectomie simple	3
Bilobectomie	6
Pneumonectomie	20

De plus, s'ajoutent le pourcentage de DAP prévu pour la thoracotomie, cf. chapitre I sur le système musculosquelettique ainsi que ceux prévus pour les séquelles fonctionnelles

dap

SÉQUELLES FONCTIONNELLES

L'évaluation du déficit fonctionnel permet de classer les séquelles à l'intérieur d'une échelle comprenant cinq classes. Cette échelle se retrouve au tableau 32 de l'évaluation fonctionnelle pulmonaire.

L'utilisation des classes ne doit pas tenir compte uniquement des valeurs inscrites à l'intérieur de chacune d'entre elles, mais aussi d'une perte fonctionnelle réelle équivalente.

Pour appartenir à une classe, il n'est pas nécessaire que tous les paramètres contenus à l'intérieur de la classe soient présents.

Le cas échéant, s'ajoutent les pourcentages prévus pour facteur(s) additionnel(s) de sévérité.

FACTEURS ADDITIONNELS DE SÉVÉRITÉ

Ces facteurs additionnels sont établis par rapport à une classe donnée, fixée d'après le tableau 32 de l'évaluation fonctionnelle pulmonaire.

Importance des symptômes, des signes cliniques et des besoins en médication

anomalies discrètes	5
anomalies importantes	10

Sévérité des anomalies radiographiques

anomalies discrètes	5
anomalies importantes	10

Intolérance à l'effort

anomalies discrètes	5
---------------------	---

anomalies importantes	10
Modifications constatées sur certains autres tests de la fonction respiratoire	
anomalies discrètes	5
anomalies importantes	10

TABLEAU 32
ÉVALUATION FONCTIONNELLE
PULMONAIRE

CLASSES	TEST* C.V. (1) %	TEST* V.E.M.S. ou V.E.M.S. (2) C.V. %	TEST* D.L.C.O. (3) %	DAP %
1	80 à 120	plus de 85	80 à 120	0
2	plus de 75	70 à 85	plus de 70	20
3	60 à 75	55 à 70	60 à 70	40
4	50 à 60	moins de 55	50 à 60	60
5	moins de 50	moins de 55	moins de 50	100

Les valeurs obtenues par la mesure du Vo^2 MAX (consommation maximale de l'oxygène à l'effort) sont utilisées pour l'évaluation des limitations fonctionnelles.

- (1) C.V. Capacité vitale
- (2) V.E.M.S. Volume expiratoire maximal/seconde
- (3) D.L.C.O. Capacité de diffusion de l'oxyde de carbone

* Valeur réelle déjà connue ou, en l'absence de celle-ci, pourcentage de valeur prédite.

CHAPITRE XVII
ASTHME BRONCHIQUE

RÈGLES PARTICULIÈRES

1) Bilatéralité

Dans ce chapitre, le principe de la bilatéralité ne s'applique pas.

2) Un pourcentage de DAP est attribué pour la sensibilisation, dès que le diagnostic d'asthme bronchique est confirmé par le comité spécial. Ce pourcentage est le suivant:

DAP
%

Sensibilisation 3

Les pourcentages attribués ultérieurement s'ajoutent à ce pourcentage.

3) Les dispositions particulières à l'évaluation des maladies professionnelles pulmonaires sont prévues aux articles 226 à 233 de la loi.

4) L'évaluation doit distinguer entre les facteurs professionnels et les facteurs non professionnels, le cas échéant.

CRITÈRES D'ÉVALUATION DU DÉFICIT

L'évaluation médicale est faite lorsque la maladie est en période de stabilité clinique sans modification récente et significative de la médication en cours.

Elle repose sur l'estimation du besoin réel en médication, sur l'évaluation du degré d'obstruction bronchique mis en évidence lors des tests de la fonction respiratoire et sur le niveau d'hyperexcitabilité bronchique non allergénique tel que précisé par le test de provocation à l'histamine ou à la méthacholine.

Cette évaluation permet de classer les séquelles à l'intérieur d'une échelle comprenant six classes. Ces classes ainsi que les pourcentages de DAP sont déterminés au tableau 33 de l'évaluation fonctionnelle pulmonaire-asthme professionnel, selon les résultats des tests fonctionnels et certains critères particuliers à ce genre d'évaluation.

Le cas échéant, s'ajoute un pourcentage pour facteurs additionnels de sévérité, qui reposent sur l'importance de la dyspnée, des symptômes et des signes respiratoires traduisant une hyperexcitabilité bronchique non allergénique.

FACTEURS ADDITIONNELS DE SÉVÉRITÉ

Hyperexcitabilité bronchique non allergénique

À l'effort physique important, ou au froid 2

À la marche par beau temps, ou lorsque le travailleur est exposé à des irritants tels que la fumée et les odeurs fortes 4

Aux activités normales à domicile	6
De façon continue, incluant la nuit	10

TABLEAU 33
ÉVALUATION FONCTIONNELLE PULMONAIRE - ASTHME PROFESSIONNEL

classe	obstruction bronchique* degré	excitabilité bronchique** degré	besoins en médicaments (béclométhasone ou analogues, stéroïdes)	dap
1	0	0	aucun	0
2	0	1	aucun	5
	0	1	bronchodilatateurs (bdt), au besoin (prn.)***	8
	0	1	bdt. sur une base régulière (rég.)****	10
	0	2	aucun	10
	0	2	bdt. prn. ou rég.	13
3	0	3	bdt. prn. ou rég.	15
	1	1	bdt. prn. ou rég.	18
	1	2	bdt. prn. ou rég.	20
4	1	3	bdt. prn. ou rég.	25
	2	1-2	bdt. prn. ou rég.	28
	2	3	bdt. prn. ou rég.	33
5	3	1-2	bdt. prn. ou rég.	50
	3	3	bdt. prn. ou rég.	60
6	4	1-2-3	bdt. prn. ou rég. avec stéroïdes oraux, avec ou sans stéroïdes inhalés	100
			Le cas échéant, s'ajoutent pour stéroïdes inhalés	3
			pour stéroïdes oraux avec ou sans stéroïdes inhalés	10

DEGRÉS D'OBSTRUCTION BRONCHIQUE*DEGRÉS D'EXCITABILITÉ BRONCHIQUE**

0 vems* et/ou vems*/cvf = 85%(%pred)0 cp 20 > 16 mg/ml
 1 vems et/ou vems/cvf = 71%-85%(%pred)1 cp 20 = 2-16 mg/ml
 2 vems et/ou vems/cvf = 56%-70%(%pred)2 cp 20 = 0,25-2 mg/ml
 3 vems et/ou vems/cvf = 40%-55%(%pred)3 cp 20 < 0,25 mg/ml
 4 vems et/ou vems/cvf < 40%(%pred)

TABLEAU 33 (explications)

*V.E.M.S., V.E.M.S./C.V.F. (pourcentage exprimé par rapport aux valeurs prédites). Des épreuves de fonction respiratoire plus élaborées telles que les volumes pulmonaires, la diffusion de l'oxyde de carbone, les échanges gazeux au repos et à l'effort, la boucle débit-

volume et l'étude de la résistance des voies aériennes pourraient être effectuées, le cas échéant.

** Selon les résultats du test à l'histamine ou à la méthacholine. Ce test est fait selon la méthode standardisée de Cockcroft et Coll. *Clinical Allergy* 1977; 7: p. 235-243).

***Bronchodilatateurs (bd) comprend des dérivés Beta-2 adrénergiques, théophyllines et bromure d'iprotropium.

****Sur une base régulière (rég.) signifie quotidiennement.

CHAPITRE XVIII **PRÉJUDICES ESTHÉTIQUES (PE)**

RÈGLES PARTICULIÈRES

- 1) Dans ce chapitre, le principe de la bilatéralité ne s'applique pas.
- 2) L'adhérence et la sensibilité d'une atteinte cicatricielle font partie du déficit anatomo-physiologique mais non du préjudice esthétique.
- 3) Les cicatrices chirurgicales doivent être évaluées au même titre que les autres atteintes cicatricielles.
- 4) Une déformation au niveau d'une articulation est limitée à la valeur du pourcentage maximum de PE prévu pour le segment du membre en aval de la déformation.
- 5) L'évaluation du préjudice esthétique est fondée sur les notions de déformation ou de défiguration modifiant la forme, la symétrie, la physionomie ou l'apparence générale.

L'évaluation du préjudice esthétique est aussi fondée sur l'atteinte cicatricielle de la peau considérant sa texture, sa coloration et la configuration de la zone atteinte.

Ainsi, les atteintes cicatricielles ou les déformations doivent d'abord être évaluées par leur impact sur la symétrie, la physionomie ou l'apparence générale plutôt que simplement par leur dimension et leur apparence.
- 6) Les règles d'évaluation à suivre pour l'utilisation des tableaux 34 et 35 sont indiquées au début de chaque tableau.
- 7) Pour être indemnisables, les atteintes cicatricielles ou les déformations doivent être apparentes lorsque non revêtues.

8) Les pourcentages de PE sont fixés d'après l'état de l'atteinte si elle est permanente au moment de l'évaluation, ou selon l'amélioration prévue en tenant compte des possibilités médicales ou chirurgicales.

9) Les pourcentages de PE pour télangiectasies cutanées sont inscrits sous le titre: Télangiectasies cutanées.

10) Le pourcentage de PE pour énucléation de l'oeil est inscrit sous le titre: Oeil

11) Les pourcentages relatifs au PE d'amputation partielle ou totale du membre supérieur ou du membre inférieur sont inscrits sous le titre: Préjudice esthétique d'amputation partielle ou totale des membres.

12) Le temps minimum précédant l'évaluation d'une atteinte cicatricielle résultant d'une lésion professionnelle est de six mois.

13) La surface en cm² d'une atteinte cicatricielle est obtenue en multipliant la largeur moyenne par la longueur moyenne. Le pourcentage total de PE pour l'atteinte cicatricielle est fixé en multipliant la surface en cm² par le pourcentage de PE approprié.

DÉFINITIONS

On entend par atteinte cicatricielle, toute modification tant qualitative que quantitative de la peau; cette notion inclut la cicatrice non vicieuse et vicieuse.

Cicatrice non vicieuse (belle)

Cicatrice presque linéaire, au même niveau que le tissu adjacent et presque de la même couleur, ne causant ni contracture, ni distorsion des structures avoisinantes.

Cicatrice vicieuse

Cicatrice qui peut être mal alignée, irrégulière, déprimée, adhérente au plan profond, pigmentée, en plaque ou rétractile.

Elle est chéloïdienne lorsqu'il existe une prolifération fibreuse anormale située dans le derme, caractérisée par une élévation, un envahissement du tissu sain environnant, une croissance continue bien qu'intermittente, une absence de régression significative et une forte tendance à la récurrence.

Elle est hypertrophique lorsqu'il existe une prolifération fibreuse anormale, située dans le derme, caractérisée par une élévation limitée du tissu lésé, qui se stabilise et régresse

avec le temps, avec une possibilité de récursive.

TABLEAU 34
PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE

RÈGLES D'ÉVALUATION

Pour fin d'évaluation du préjudice esthétique (PE) de la face, on se réfère à chacun des éléments anatomiques suivants:

front

orbite (chaque orbite constitue un élément)

paupière (chaque paupière constitue un élément)

oeil, partie visible du globe oculaire (chaque oeil constitue un élément)

joue (chaque joue constitue un élément)

nez (inclut les narines et la base)

lèvre (chaque lèvre constitue un élément)

oreille (chaque oreille constitue un élément)

menton

L'importance du PE affectant la face doit d'abord être appréciée globalement en fonction de la physionomie, afin de déterminer la classe d'atteinte.

Pour les classes 1 à 4, à l'intérieur de la classe d'atteinte à la physionomie déterminée, on fixe le pourcentage de PE en rapport avec la modification de la forme et de la symétrie ou l'atteinte cicatricielle, en n'excédant pas le pourcentage maximum de PE prévu pour cette classe.

S'il y a à la fois modification de la forme et de la symétrie et atteinte cicatricielle on additionne le pourcentage des deux jusqu'à concurrence du pourcentage maximum prévu pour la classe déterminée.

Pour les classes 5 et 6, on considère la modification de la forme et de la symétrie et l'atteinte cicatricielle comme un tout. Si un travailleur a une atteinte sous un titre ou l'autre, le pourcentage de PE attribué est le pourcentage maximum prévu pour la classe.

Classes d'atteinte à la physionomie	Modification de la forme et de la symétrie	Atteinte cicatricielle	PE max %
Classe 1			
Aucune	Non apparente	Non apparente	0
Classe 2			
Très légère	Très légère	Non vicieuse le PE est de 1%/cm ²	3
Classe 3			
Légère	Apparente		
	Affectant un élément anatomique (exemple: déformation du nez) le PE est de 3%		
	Affectant deux éléments anatomiques (exemple: nez et lèvre supérieure ou nez et une joue) le PE est de 4%	Non vicieuse le PE est de 1%	
	Affectant plus de deux éléments anatomiques le PE est de 7%	Vicieuse le PE est le PE est de 2%/cm ²	7
Classe 4			
Modérée	Apparente et retient l'attention		
	Affectant un élément anatomique le PE est de 16%		
	Affectant deux éléments anatomiques le PE est de 18%	Non vicieuse le PE est de 1%	
	Affectant plus de deux éléments anatomiques le PE est de 20%	Vicieuse le PE est de 3%/cm ²	20
Classe 5			
Sévère	Affectant plusieurs éléments		30
Classe 6			
Défiguration	Affectant l'ensemble des éléments		50

TABLEAU 35
PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS

RÈGLES D'ÉVALUATION

Pour les parties du corps autres que la face, on évalue le préjudice esthétique (PE) en tenant compte des critères mentionnés sous le titre Modification de la forme et de la symétrie, ou sous le titre Atteinte cicatricielle.

S'il n'y a d'atteinte que sous le titre Modification de la forme et de la symétrie, on détermine le degré d'atteinte et on attribue le pourcentage de PE prévu pour cette partie du corps.

S'il n'y a d'atteinte que sous le titre Atteinte cicatricielle, on détermine le degré d'atteinte, on mesure la surface de l'atteinte cicatricielle et on attribue le pourcentage prévu par cm², en n'excédant pas le pourcentage de PE maximum prévu pour cette partie du corps.

Lorsqu'il y a à la fois modification de la forme et de la symétrie et atteinte cicatricielle, pour attribuer le pourcentage de PE relatif à ces séquelles, on retient le pourcentage le plus élevé obtenu sous un titre ou l'autre, en n'excédant pas le pourcentage maximum prévu pour cette partie du corps.

Modification de la forme et de la symétrie	PE	Atteinte cicatricielle
degrés d'atteinte	%	

Cuir chevelu et crâne

Non apparente ou légère	0	Non apparente ou non vicieuse, le PE est de 0%
Modérée	4	Vicieuse le PE est de 0,5%/cm ²
Sévère	8	

Le pourcentage maximum de PE est de 8%.

Cou

Délimité à l'arrière par la base de l'occiput et les premières côtes et à l'avant par la ligne du menton et l'angle sternal incluant les articulations sterno-claviculaires.

Non apparente ou légère	0	Non apparente ou non vicieuse, le PE est de 0%
Modérée	10	Vicieuse le PE est de 1%/cm ²
Sévère	15	

Le pourcentage maximum de PE est de 15%.

Bras, épaule et coude

Non apparente ou légère	0	Non apparente ou non vicieuse, le PE est de 0%
Modérée	2	Vicieuse le PE est de 0,5%/cm ²
Sévère	4	

Le pourcentage maximum de PE pour les deux bras incluant les deux épaules et les deux coudes est de 8%.

Avant-bras et poignet

Non apparente ou légère	0	Non apparente ou non vicieuse, le PE est de 0%
Modérée	2	Vicieuse le PE est de 1%/cm ²
Sévère	5	

Le pourcentage maximum de PE pour les deux avant-bras incluant les deux poignets est de 10%.

Mains

Non apparente ou légère	0	Non apparente ou non vicieuse, le PE est de 0%
Modérée	4	Vicieuse le PE est de 1%/cm ²
Sévère	8	

Le pourcentage maximum de PE pour les deux mains est de 16%.

Tronc

Non apparente ou légère	0	Non apparente ou non vicieuse, le PE est de 0%
Modérée	3	Vicieuse le PE est 0,5%/cm ²
Sévère	6	

Le pourcentage maximum de PE pour le tronc (antérieur et postérieur) est de 12%.

Membres inférieurs

Non apparente ou légère	0	Non apparente ou non vicieuse, le PE est de 0%
-------------------------	---	------------------------------------------------

Modérée	5	
		Vicieuse le PE est 1%/cm ²
Sévère	10	

Le pourcentage maximum de PE pour les deux membres inférieurs est de 20%.

TÉLANGIECTASIES CUTANÉES

Classe 1 Légère atteinte du tronc	0,5
Classe 2 Atteinte modérée du tronc	1
Classe 3 Atteinte du tronc et des membres	2
Classe 4 Atteinte du tronc, des membres et de la face	3

OEIL

Énucléation avec ou sans remplacement par prothèse	5
----------------------------------------------------	---

Le cas échéant, se référer au tableau des PE de la face

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE D'AMPUTATION PARTIELLE OU TOTALE DES MEMBRES

Membre supérieur

doigts par phalange, jusqu'à concurrence d'un maximum de 5%	0,5
pouce par phalange	1
métacarpiens par métacarpien, jusqu'à concurrence d'un maximum de 2%	0,2
radio-carpienne et trans-carpienne	10
avant-bras	12
coude	15
bras	17

désarticulation de l'épaule	20
désarticulation inter-scapulo-thoracique	30
Membre inférieur	
orteils à l'exception du gros orteil par phalange, jusqu'à concurrence d'un maximum de 1%	0,2
gros orteil par phalange	0,5
métatarsiens par métatarsien, jusqu'à concurrence d'un maximum de 1%	0,2
trans-métatarsienne	3
tarso-métatarsienne (Lisfranc)	5
médio-tarsienne (Chopart)	5
cheville (Syme)	6
jambe	8
genou	10
cuisse	12
désarticulation de la hanche	15
hémipelvectomy	20

CHAPITRE XIX

POURCENTAGES POUR DOULEURS ET PERTE
DE JOUISSANCE DE LA VIE QUI RÉSULTENT
DU DÉFICIT ANATOMO-PHYSIOLOGIQUE OU
DU PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE

TABLE DE DPJV

Somme des pourcentages de DAP ou de PE	DPJV %
0,01 à 0,99	0,01
1 à 1,99	0,1
2 à 2,99	0,2
3 à 3,99	0,3
4 à 4,99	0,4
5 à 5,99	0,75

6	à 6,99	0,9
7	à 7,99	1,05
8	à 8,99	1,2
9	à 9,99	1,35
10		1,5
10,01	à 11	2,2
11,01	à 12	2,4
12,01	à 13	2,6
13,01	à 14	2,8
14,01	à 15	3
15,01	à 16	3,2
16,01	à 17	3,4
17,01	à 18	3,6
18,01	à 19	3,8
19,01	à 20	4
20,01	à 21	5,25
21,01	à 22	5,50
22,01	à 23	5,75
23,01	à 24	6
24,01	à 25	6,25
25,01	à 26	6,50
26,01	à 27	6,75
27,01	à 28	7
28,01	à 29	7,25
29,01	à 30	7,5
30,01	à 31	9,3
31,01	à 32	9,6
32,01	à 33	9,9
33,01	à 34	10,2
34,01	à 35	10,5
35,01	à 36	10,8
36,01	à 37	11,1
37,01	à 38	11,4
38,01	à 39	11,7
39,01	à 40	12
40,01	à 41	14,35
41,01	à 42	14,7
42,01	à 43	15,05
43,01	à 44	15,4
44,01	à 45	15,75
45,01	à 46	16,1
46,01	à 47	16,45
47,01	à 48	16,8
48,01	à 49	17,15
49,01	à 50	17,5
50,01	à 51	20,4
51,01	à 52	20,8
52,01	à 53	21,2
53,01	à 54	21,6
54,01	à 55	22
55,01	à 56	22,4
56,01	à 57	22,8
57,01	à 58	23,2

58,01 à 59	23,6
59,01 à 60	24
60,01 à 61	27,45
61,01 à 62	27,9
62,01 à 63	28,35
63,01 à 64	28,8
64,01 à 65	29,25
65,01 à 66	29,7
66,01 à 67	30,15
67,01 à 68	30,6
68,01 à 69	31,05
69,01 à 70	31,5
70,01 et plus	50% du pourcentage du DAP ou du PE

A) MEMBRE SUPÉRIEUR ET
CEINTURE SCAPULO-THORACIQUE

DAP
%

a) AMPUTATION

- i) Désarticulation inter-scapulo-thoracique 80
- ii) Désarticulation à l'épaule 75
- iii) Au-dessus de l'insertion du deltoïde 70
- iv) Au-dessous de l'insertion du deltoïde
jusqu'au tiers distal de l'humérus 65
- v) Tiers distal de l'humérus, désarticulation
au coude ou au-dessus de la tubérosité
bicipitale du radius 63
- vi. Tiers proximal de l'avant-bras
au-dessous de la tubérosité bicipitale
du radius 60
- vii. Tiers moyen ou au tiers distal de
l'avant-bras 57
- viii. Désarticulation au poignet 55
- ix) De la main (métacarpiens, pouce
et doigts)
- se référer aux schémas 1, 2, 3, 4 et 5
des amputations à la main dap

b) FRACTURE, LUXATION, ENTORSE

- 1) Clavicule, omoplate
- i) Fracture consolidée
- sans séquelle fonctionnelle, avec ou
sans changement radiologique 0
 - avec séquelles fonctionnelles
- se référer au tableau 2 des ankyloses
de l'épaule ou à ceux des autres
articulations atteintes dap
- ii) Entorse, sub-luxation acromio-claviculaire
ou sterno-claviculaire
- sans séquelle fonctionnelle 0

- avec séquelles fonctionnelles 1

iii) Luxation acromio-claviculaire ou sterno-claviculaire

- persistante 2
- ayant nécessité une résection 3

de plus, se référer au tableau 2 des ankyloses de l'épaule ou à ceux des autres articulations atteintes dap

iv) Pseudarthrose de la clavicule prouvée radiologiquement 3

de plus, se référer au tableau 2 des ankyloses de l'épaule dap

2) Humérus

i) Tête et métaphyse proximale

Fracture consolidée

- sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique 0
- avec séquelles fonctionnelles

se référer au tableau 2 des ankyloses de l'épaule ou à ceux des autres articulations atteintes dap

ii. Diaphyse et tiers distal

Fracture consolidée

- sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique
- avec séquelles fonctionnelles

se référer au tableau 2 des ankyloses de l'épaule ou à ceux des autres articulations atteintes dap

- avec angulation axiale, qu'elle soit unique ou multiple
- de 10 à 20 degrés sans vice de rotation 2
- de 10 à 20 degrés avec vice de rotation 3
- plus de 20 degrés sans vice de rotation 3
- plus de 20 degrés avec vice de rotation 5

- sans angulation mais avec vice de rotation 1
- avec raccourcissement de la structure osseuse
- de 2 cm 1
- de plus de 2 cm à 4 cm 2
- de plus de 4 cm 4

3) Épaule

i) Luxation

- sans séquelle fonctionnelle 0
- avec séquelles fonctionnelles

se référer au tableau 2 des ankyloses de l'épaule ou à ceux des autres articulations atteintes dap

- avec persistance d'instabilité 3
- récidivante, ayant nécessité une correction chirurgicale

se référer au tableau 2 des ankyloses de l'épaule, sans dépasser le pourcentage prévu pour une ankylose complète de cette articulation en position de fonction dap

ii) Remplacement de la tête humérale par une prothèse céphalique ou totale

- sans séquelle fonctionnelle, en incluant le raccourcissement 5
- avec séquelles fonctionnelles, en incluant le raccourcissement 5

de plus, se référer au tableau 2 des ankyloses de l'épaule ou à ceux des autres articulations atteintes dap

iii) Rupture ou dégénérescence de la coiffe des rotateurs avec séquelles fonctionnelles

se référer au tableau 2 des ankyloses de l'épaule, sans dépasser le pourcentage prévu pour une ankylose complète de cette articulation en position de fonction, ainsi qu'à l'évaluation de l'atteinte des tissus mous dap

4) Biceps

i) Rupture musculo-tendineuse

- non opérée 2
- opérée 2

de plus, se référer au tableau 2 des ankyloses de l'épaule ou à ceux des autres articulations atteintes, ainsi qu'à l'évaluation des tissus mou dap

ii) Luxation de la longue portion du biceps avec séquelles fonctionnelles

se référer au tableau 2 des ankyloses de l'épaule, sans dépasser le pourcentage prévu pour une ankylose complète de cette articulation en position de fonction, ainsi qu'à l'évaluation de l'atteinte des tissus mous dap

5) Coude

i) Fracture ou luxation de la tête radiale sans résection

- sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique 0
- avec séquelles fonctionnelles

se référer au tableau 3 des ankyloses du coude dap

ii) Fracture ou luxation de la tête radiale avec résection sans remplacement par prothèse

- sans séquelle fonctionnelle 2
- avec séquelles fonctionnelles 2

de plus, se référer au tableau 3 des ankyloses du coude ou à ceux des autres articulations atteintes dap

iii) Fracture ou luxation de la tête radiale avec résection et remplacement par prothèse

- sans séquelle fonctionnelle 3
- avec séquelles fonctionnelles 3

de plus, se référer au tableau 3 des ankyloses du coude, ou à ceux des autres articulations atteintes dap

iv) Fracture articulaire ou para-articulaire
(exemples : coronoïde, olécrâne, épicondyle,
épitrochlée)

- sans séquelle fonctionnelle, avec ou
sans changement radiologique 0
- avec séquelles fonctionnelles

se référer au tableau 3 des ankyloses
du coude dap

v) Luxation du coude

- sans séquelle fonctionnelle 0
- avec séquelles fonctionnelles

se référer au tableau 3 des ankyloses
du coude dap

vi) Prothèse partielle ou totale du coude
incluant l'excision ou le remplacement
de la tête radiale et incluant 1
raccourcissement

- sans séquelle fonctionnelle 5
- avec séquelles fonctionnelles 5

de plus, se référer au tableau 3 des
ankyloses du coude dap

vii) Atteinte permanente des tissus mous
dans la région du coude

se référer à l'évaluation de l'atteinte des
tissus mous dap

viii) Épicondylite ou épitrochléite opérée

- sans séquelle fonctionnelle 0
- avec séquelles fonctionnelles

se référer au tableau 3 des ankyloses
du coude dap

6) Avant-bras et poignet

i) Fracture du cubitus ou du radius

- sans séquelle fonctionnelle, avec ou
sans changement radiologique 0
- avec angulation axiale de plus de

10 degrés

se référer au tableau 4 des ankyloses du poignet ou à ceux des autres articulations atteintes dap

ii) Résection de l'extrémité distale du cubitus

- sans séquelle fonctionnelle 2
- avec séquelles fonctionnelles 2

de plus, se référer au tableau 4 des ankyloses du poignet ou à ceux des autres articulations atteintes dap

iii) Fracture de Colles, de Smith ou autres fractures du poignet

- sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique 0
- avec séquelles fonctionnelles

se référer au tableau 4 des ankyloses du poignet ou à ceux des autres articulations atteintes dap

iv) Luxation du poignet

- sans séquelle fonctionnelle 0
- avec séquelles fonctionnelles

se référer au tableau 4 des ankyloses du poignet ou à ceux des autres articulations atteintes dap

v) Fracture, luxation, fracture-luxation du scaphoïde ou du semi-lunaire

- sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique 0
- avec séquelles fonctionnelles

se référer au tableau 4 des ankyloses du poignet ou à ceux des autres articulations atteintes dap

vi) Pseudarthrose, nécrose avasculaire du scaphoïde ou du semi-lunaire

- sans séquelle fonctionnelle 1
- avec séquelles fonctionnelles

se référer au tableau 4 des ankyloses du poignet ou à ceux des autres articulations atteintes dap

vii) Prothèse du scaphoïde ou du semi-lunaire

- sans séquelle fonctionnelle 2
- avec séquelles fonctionnelles 2

de plus, se référer au tableau 4 des ankyloses du poignet ou à ceux des autres articulations atteintes dap

viii) Fracture des autres os du carpe

- sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique 0
- avec séquelles fonctionnelles

se référer au tableau 4 des ankyloses du poignet ou à ceux des autres articulations atteintes dap

ix) Tunnel carpien avec ou sans décompression

- sans séquelle fonctionnelle, ni changement électromyographique 0
- sans séquelle fonctionnelle mais avec changements électromyographiques 1
- avec séquelles fonctionnelles

se référer au chapitre IV sur le système nerveux périphérique pour les pertes sensibles ou motrices de la main dap

7) Main

Règles relatives à l'évaluation de la main :

1° Pour les fins de la présente section, la main se compose du pouce et de quatre doigts.

2° On évalue les déficits de la main par phalange et par métacarpien.

3° Les règles relatives à l'évaluation des amputations partielles ou totales de la main sont fixées en a) et b).

Les pourcentages de déficit anatomo-physiologique (DAP) sont fixés aux schémas 1 à 5.

4° Les pourcentages prévus pour amputation de la main par désarticulation au poignet, les ankyloses du pouce et des

doigts et les instabilités du pouce, sont fixés en c), d) et e) sous le titre MAIN.

5° Pour les amputations d'un ou plusieurs doigts ou l'équivalent, lorsqu'un doigt d'une main est amputé par une lésion professionnelle et qu'un autre doigt de la même main a été amputé antérieurement, le pourcentage de déficit anatomo-physiologique (DAP) pour le doigt amputé par la lésion professionnelle est fixé d'après le schéma qui correspond au nombre total de doigts amputés pour cette main.

a) Amputations partielles

Amputation partielle d'une ou plusieurs phalanges ou métacarpiens du pouce ou des doigts.

Pour chaque phalange ou métacarpien amputé à 50 % et moins, le pourcentage de déficit anatomo-physiologique (DAP) est fixé à 50 % du pourcentage prévu pour une amputation complète de cette(ces) phalange(s) ou métacarpien(s).

Pour chaque phalange ou métacarpien amputé de plus de 50 %, le pourcentage de déficit anatomo-physiologique (DAP) est fixé à 100 % du pourcentage prévu pour une amputation complète de cette(ces) phalange(s) ou métacarpien(s).

De plus, s'ajoute le pourcentage prévu pour le PE d'amputation. Se référer au chapitre XVIII.

b) Amputations totales

POUCE

i) Amputation totale d'une ou des deux phalanges du pouce SANS amputation d'un ou plusieurs doigts de la main

Pour chaque phalange amputée, le pourcentage de DAP est fixé au schéma 1 des amputations du pouce et des métacarpiens.

De plus, s'ajoute le pourcentage prévu pour le préjudice esthétique (PE) d'amputation. Se référer au chapitre XVIII.

ii) Amputation totale d'une ou des deux phalanges du pouce AVEC amputation d'un ou plusieurs doigts de la main

Pour chaque phalange du pouce amputée, le pourcentage de DAP est fixé au schéma 1 des amputations du pouce et des métacarpiens.

De plus, s'ajoute le pourcentage prévu pour le PE d'amputation. Se référer au chapitre XVIII.

DOIGTS

i) Amputation totale d'une ou plusieurs phalanges d'UN doigt d'une main

Pour chaque phalange amputée, le pourcentage de DAP est fixé au schéma 2 des amputations d'un doigt.

De plus, s'ajoute le pourcentage prévu pour le PE d'amputation. Se référer au chapitre XVIII.

ii) Amputation totale d'une ou plusieurs phalanges de DEUX doigts d'une main

Pour chaque phalange amputée, le pourcentage de DAP est fixé au schéma 3 des amputations de deux doigts.

De plus, s'ajoute le pourcentage prévu pour le PE d'amputation. Se référer au chapitre XVIII.

iii) Amputation totale d'une ou plusieurs phalanges de TROIS doigts d'une main

Pour chaque phalange amputée, le pourcentage de DAP est fixé au schéma 4 des amputations de trois doigts.

De plus, s'ajoute le pourcentage prévu pour le PE d'amputation. Se référer au chapitre XVIII.

iv) Amputation totale d'une ou plusieurs phalanges de QUATRE doigts d'une main

Pour chaque phalange amputée, le pourcentage de DAP est fixé au schéma 5 des amputations de quatre doigts.

De plus, s'ajoute le pourcentage prévu pour le PE d'amputation. Se référer au chapitre XVIII.

MÉTACARPIENS (pouce ou doigts)

Amputation totale ou partielle d'un ou plusieurs métacarpiens de la main

Pour chaque métacarpien amputé, le pourcentage de DAP est fixé au schéma 1 des amputations du pouce et des métacarpiens.

De plus, s'ajoute le pourcentage prévu pour le PE d'amputation. Se référer au chapitre XVIII.

MAIN

c) Amputation de la main par désarticulation au poignet 55

d) Ankyloses

POUCE

- i) Complète, en position de fonction
- de l'inter-phalangienne 5
 - de la métacarpo-phalangienne 2,5
 - des deux articulations du pouce 7,5
 - de la trapézo-métacarpienne 1,5

Le cas échéant, s'ajoute un pourcentage pour PE. Se référer au chapitre XVIII.

- ii) Incomplète, en position de fonction

Pour la phalange distale à l'articulation ankylosée, pour chaque articulation ankylosée, le pourcentage de DAP est fixé à 50 % du pourcentage prévu pour une ankylose complète de cette phalange en position de fonction.

Le cas échéant, s'ajoute un pourcentage pour PE. Se référer au chapitre XVIII.

- iii) Complète ou incomplète, en position vicieuse

Pour chacune des phalanges distales à l'articulation ankylosée, lorsque l'ankylose non fonctionnelle est nuisible au point de justifier une amputation, le pourcentage de DAP est fixé au schéma 1 des amputations du pouce.

Le cas échéant, s'ajoute un pourcentage pour PE. Se référer au chapitre XVIII.

DOIGTS

- i) Complète, en position de fonction

Pour la phalange distale à l'articulation ankylosée, pour chaque articulation ankylosée d'un ou plusieurs doigts, le pourcentage de DAP est fixé à 50 % du pourcentage prévu au schéma 2 des amputations d'un doigt.

Le cas échéant, s'ajoute un pourcentage pour PE. Se référer au chapitre XVIII.

- ii) Incomplète, en position de fonction

Pour la phalange distale à l'articulation ankylosée, pour chaque articulation d'un ou plusieurs doigts, le pourcentage de DAP est fixé à 50 % du pourcentage prévu pour une ankylose complète de cette phalange en position de fonction.

Le cas échéant, s'ajoute un pourcentage pour PE. Se référer au chapitre XVIII.

- iii) Complète ou incomplète, en position vicieuse

Pour chacune des phalanges distales à l'articulation

ankylosée d'un ou plusieurs doigts, lorsque l'ankylose non fonctionnelle est nuisible au point de justifier une ou plusieurs amputations, le pourcentage de DAP est fixé aux schémas 2, 3, 4 ou 5 des amputations de la main.

Le cas échéant, s'ajoute un pourcentage pour PE. Se référer au chapitre XVIII.

DAP
%

e) Instabilité du pouce

Avec ou sans atteinte des autres doigts

- inter-phalangienne 5
- métacarpo-phalangienne 2,5
- inter-phalangienne et métacarpo-phalangienne 7.5

SCHÉMA 1

DES DÉFICITS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES (DAP),
POUR AMPUTATION DU POUCE ET DES MÉTACARPIENS

Le DAP est celui indiqué au schéma, pour l'atteinte évaluée.

Pour le PE, se référer au chapitre XVIII.

SCHÉMA 2

DES DÉFICITS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES (DAP),
POUR AMPUTATION D'UN DOIGT

Le DAP est celui indiqué au schéma, pour l'atteinte évaluée.

Pour le PE, se référer au chapitre XVIII.

SCHÉMA 3

DES DÉFICITS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES (DAP),
POUR AMPUTATION DE DEUX DOIGTS

Le DAP est celui indiqué au schéma, pour l'atteinte évaluée.

Pour le PE, se référer au chapitre XVIII.

SCHÉMA 4

DES DÉFICITS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES (DAP), POUR AMPUTATION DE TROIS DOIGTS

Le DAP est celui indiqué au schéma, pour l'atteinte évaluée.

Pour le PE, se référer au chapitre XVIII.

SCHÉMA 5

DES DÉFICITS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES (DAP),
POUR AMPUTATION DE QUATRE DOIGTS

Le DAP est celui indiqué au schéma, pour l'atteinte évaluée.

Pour le PE, se référer au chapitre XVIII.

DAP
%

c) ATTEINTE DES TISSUS MOUS (membre
supérieur)

Atteinte permanente des tissus mous
(musculo-squelettiques) lorsque les séquelles
ne sont pas déjà prévues au barème

- sans séquelle fonctionnelle, ni changement
radiologique 0
- sans séquelle fonctionnelle, mais avec
changements radiologiques 1
- avec séquelles fonctionnelles 2

de plus, se référer au tableau des ankyloses
de la ou des articulations atteintes ainsi
qu'au tableau 5 des atrophies du membre
supérieur dap

B) BASSIN

a) FRACTURE

i) Consolidée sans déplacement

- sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans
changement radiologique 0

ii) Consolidée avec déplacement

- sans séquelle fonctionnelle
- branche ischio-pubienne ou
ilio-pubienne unilatérale 1
- os iliaque 1
- os innominé 1
- intra-articulaire de la symphyse
pubienne sans diastasis 2,5
- sacrum 1
- coccyx 1

en l'absence de consolidation, s'ajoute le
pourcentage additionnel suivant 1

- avec séquelles fonctionnelles
- branche ischio-pubienne ou ilio-pubienne unilatérale 1,5
- os iliaque 2,5
- symphyse pubienne
- avec déplacement de moins de 2 cm 3,5
- avec déplacement de 2 cm et plus 5,5
- sacrum avec atteinte sacro-iliaque 3,5
- os innominé 4

le cas échéant, s'ajoutent les pourcentages prévus pour dystocie osseuse chez une femme avant la ménopause. Se référer au chapitre VIII sur l'appareil génital femelle dap

- acétabulaire simple ou compliquée avec déplacement, avec ou sans luxation centrale ou postérieure de la hanche 4

de plus, se référer au tableau 6 des ankyloses de la hanche ou à ceux des autres articulations atteintes dap

- coccyx

excision du coccyx 1

b) SUB-LUXATION SACRO-ILIAQUE

- résiduelle 3
- résiduelle ayant nécessité une arthrodèse 5

c) ENTORSE SACRO-ILIAQUE OU DE LA SYMPHYSE PUBIENNE

Incluant les séquelles traumatiques aux tissus mous (exemples: myosite, fibrosite

- sans séquelle fonctionnelle 0
- avec séquelles fonctionnelles, mais sans changement radiologique 1,5
- avec séquelles fonctionnelles et changements radiologiques 2

C) MEMBRE INFÉRIEUR

a) AMPUTATION

hémipelvectomie 70

désarticulation de la hanche 60

de la cuisse au tiers moyen 50

désarticulation du genou, trans-condylienne
ou sous le genou, ne permettant pas le port
d'une prothèse avec appui rotulien 45

sous le genou, permettant le port d'une
prothèse avec appui rotulien 35

de Syme 25

médio-tarsienne (Chopart) 25

tarso-métatarsienne (Lisfranc) 15

trans-métatarsienne 14

des cinq orteils 8

de premier orteil 4

d'une phalange du premier orteil 2

totales ou partielles des 2e, 3e, 4e et
5e orteils; par orteil 1

b) FRACTURE, LUXATION, ENTORSE

1) Hanche

i) Luxation

- sans séquelle fonctionnelle 0
- avec séquelles fonctionnelles

se référer au tableau 6 des ankyloses
de la hanche dap

ii) Remplacement de la tête fémorale par
prothèse céphalique incluant le
raccourcissement

- sans séquelle fonctionnelle 10
- avec séquelles fonctionnelles 10
- de plus, se référer au tableau 6 des
ankyloses de la hanche dap

iii) Remplacement de la hanche par prothèse totale incluant le raccourcissement

- sans séquelle fonctionnelle 15
- avec séquelles fonctionnelles 15
- de plus, se référer au tableau 6 des ankyloses de la hanche dap

iv) Résection de la hanche (tête et col fémoral) sans prothèse de remplacement 40

de plus, se référer au tableau 6 des ankyloses de la hanche et au tableau 7 des raccourcissements et atrophies musculaires permanentes du membre inférieur dap

2) Fémur

i) Métaphyse

se référer au tableau 6 des ankyloses de la hanche ou à ceux des autres articulations atteintes, ainsi qu'au tableau 7 des raccourcissements et atrophies musculaires permanentes du membre inférieur dap

ii) Diaphyse

fracture, avec ou sans réduction chirurgicale, consolidée

- sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique 0
- avec angulation axiale, qu'elle soit unique ou multiple
- de 10 à 20 degrés 4
- de plus de 20 degrés 8
- avec vice de rotation interne
- de 10 à 20 degrés 5
- de plus de 20 degrés 9
- avec vice de rotation externe
- de 10 à 20 degrés 4
- de plus de 20 degrés 7

3) Genou

- L'examen se pratique le genou en extension complète ou maximale.

i) Fracture

d'un ou des plateaux tibiaux

- sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique 0
- avec séquelles fonctionnelles

se référer au tableau 8 des ankyloses du genou ou à ceux des autres articulations atteintes, ainsi qu'au tableau 9 des instabilités du genou dap

d'un ou des condyles fémoraux

- sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique 0
- avec séquelles fonctionnelles

se référer au tableau 8 des ankyloses du genou ou à ceux des autres articulations atteintes, ainsi qu'au tableau 9 des instabilités du genou dap

ostéo-chondrale des plateaux tibiaux

- sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique 0
- avec séquelles fonctionnelles

se référer au tableau 8 des ankyloses du genou ou à ceux des autres articulations atteintes, ainsi qu'au tableau 9 des instabilités du genou dap

des épines tibiales

- sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique 0
- avec séquelles fonctionnelles

se référer au tableau 8 des ankyloses du genou ou à ceux des autres articulations atteintes, ainsi qu'au tableau 9 des instabilités du genou dap

de la tubérosité tibiale antérieure

- sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique 0

- avec séquelles fonctionnelles

se référer au tableau 8 des ankyloses du genou ou à ceux des autres articulations atteintes, ainsi qu'au tableau 9 des instabilités du genou dap

ii) Luxation

- du genou sans séquelle fonctionnelle 0
- du genou avec séquelles fonctionnelles

se référer au tableau 8 des ankyloses du genou et au tableau 9 des instabilités du genou dap

iii) Prothèse totale du genou incluant le raccourcissement ostéo-articulaire nécessaire pour la mise en place de la prothèse

- sans séquelle fonctionnelle 15
- avec séquelles fonctionnelles 15

de plus, se référer au tableau 8 des ankyloses du genou ainsi qu'au tableau 9 des instabilités du genou dap

iv) Prothèse partielle du genou incluant le raccourcissement ostéo-articulaire pour la mise en place de la prothèse

- sans séquelle fonctionnelle 4
- avec séquelles fonctionnelles 4

de plus, se référer au tableau 8 des ankyloses du genou ainsi qu'au tableau 9 des instabilités du genou dap

v) Arthrodèse du genou faisant suite à l'exérèse d'une prothèse intra-articulaire

l'évaluation se fait en accordant le pourcentage prévu pour l'arthrodèse du genou (tableau 8) et le raccourcissement (tableau 7) dap

vi) Ménisectomie

- sans séquelle fonctionnelle
- interne 1
- externe 1

- interne et externe 2
- avec séquelles fonctionnelles
- interne 1
- externe 1
- interne et externe 2

de plus, se référer au tableau 8 des ankyloses
du genou et au tableau 9 des instabilités
du genou dap

vii) Fracture consolidée de la rotule

- sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans
changement radiologique 0
- avec séquelles fonctionnelles

se référer au tableau 8 des ankyloses du
genou sans dépasser le pourcentage prévu
pour une arthrodèse du genou en position
de fonction dap

viii) Luxation complète de la rotule

- sans séquelle fonctionnelle 0
- avec instabilité résiduelle objective 2
- avec séquelles fonctionnelles nécessitant
le port d'une orthèse ou une chirurgie
correctrice 4

de plus, se référer au tableau 8
des ankyloses du genou dap

ix) Syndrome rotulien ou fémoro-patellaire 2

x) Patellectomie

- totale
- avec ou sans remplacement par prothèse
incluant l'atrophie du quadriceps et la perte
de la force musculaire
- sans séquelle fonctionnelle 5
 - avec séquelles fonctionnelles 5

de plus, se référer au tableau 8 des ankyloses
du genou et au tableau 9 des instabilités
du genou, sans dépasser le pourcentage
prévu pour une arthrodèse du genou en

position de fonction dap

- partielle
- sans séquelle fonctionnelle 1
- avec séquelles fonctionnelles 1

de plus, se référer au tableau 8 des ankyloses
du genou et au tableau 9 des instabilités
du genou, sans dépasser le pourcentage
prévu pour une arthrodèse du genou en
position de fonction dap

4) Jambe

Fracture d'un ou des os de la jambe avec ou
sans réduction chirurgicale, consolidée

- sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans
changement radiologique 0
- avec angulation axiale du tibia
(unique ou multiple)
- de 10 à 15 degrés 5
- de plus de 15 degrés 8
- avec vice de rotation interne
- de 10 à 20 degrés 4
- de plus de 20 degrés 8
- avec vice de rotation externe
- de 10 à 20 degrés 2
- de plus de 20 degrés 5

5) Cheville et pied

- i) Entorse simple, fracture parcellaire ou
avulsive, fracture uni, bi ou tri-malléolaire,
avec ou sans réduction chirurgicale,
consolidée

- sans séquelle fonctionnelle, avec ou
sans changement radiologique 0
- avec séquelles fonctionnelles incluant
le diastasis 2

de plus, se référer au tableau 10 des ankyloses
de la cheville et du pied, sans dépasser le
pourcentage prévu pour une arthrodèse

tibiotarsienne en position de fonction dap

ii) Prothèse totale de la cheville, incluant le raccourcissement ostéo-articulaire nécessaire pour la mise en place de la prothèse, sans séquelle fonctionnelle 5

iii) Prothèse totale de la cheville, incluant le raccourcissement ostéo-articulaire nécessaire pour la mise en place de la prothèse, avec séquelles fonctionnelles 5

de plus, se référer au tableau 10 des ankyloses de la cheville et du pied, sans dépasser le pourcentage prévu pour une pan-arthrodèse dap

iv) Arthrodèse de la cheville faisant suite à l'exérèse d'une prothèse intra-articulaire
se référer au tableau 10 des ankyloses de la cheville et du pied dap

v) Instabilité chronique de la cheville prouvée radiologiquement 2

5.1 Astragale

Fracture avulsive, parcellaire du corps ou du col, consolidée

- sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique 0
- avec séquelles fonctionnelles

se référer au tableau 10 des ankyloses de la cheville et du pied, sans dépasser le pourcentage prévu pour une arthrodèse tibiotarsienne ou pour une arthrodèse sous-astragaliennne et médiotarsienne, en position de fonction dap

5.2 Calcanéum

Fracture intra ou extra-articulaire, consolidée

- sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique 0
- rendant difficile le port de la chaussure 1,5
- avec séquelles fonctionnelles (incongruité articulaire)

se référer au tableau 10 des ankyloses de la cheville et du pied, sans dépasser le pourcentage prévu pour une arthrodèse tibiotarsienne en position de fonction dap

5.3 Autres os (scaphoïde, cuboïde, cunéiformes)

Fracture de ces os, consolidée

- sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique 0
- avec séquelles fonctionnelles

se référer au tableau 10 des ankyloses de la cheville et du pied, sans dépasser les pourcentages prévus pour une arthrodèse de la cheville et du pied en position de fonction dap

5.4 Métatarsiens

- i) Fracture isolée d'un ou de plusieurs métatarsiens, consolidé
 - sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique 0
 - avec séquelles fonctionnelles occasionnant des troubles à la marche; par métatarsien 1,5
- ii) Résection des têtes des 1er et 5e métatarsiens 10
- iii) Résection de la tête du 1er métatarsien 6
- iv) Résection de la tête du 5e métatarsien 4
- v) Résection de la tête des 2e, 3e, 4e métatarsiens; par tête 1
- vi) Résection d'exostose 1

c) ATTEINTE DES TISSUS MOUS (membre inférieur)

Atteinte permanente des tissus mous (musculo-squelettiques) lorsque les séquelles ne sont pas déjà prévues au barème

- sans séquelle fonctionnelle, ni changement radiologique 0
- sans séquelle fonctionnelle, mais avec changements radiologiques 1
- avec séquelles fonctionnelles 2

de plus, se référer au tableau des ankyloses de la ou des articulations atteintes ainsi qu'au tableau 7 des atrophies du membre inférieur dap

D) RACHIS

a) COLONNE CERVICALE

1) Entorse

sans séquelle fonctionnelle objectivée 0

avec séquelles fonctionnelles objectivées,
avec ou sans changement radiologique 2

2) Fracture

i) Fracture parcellaire consolidée

- sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans
changement radiologique 0

- avec séquelles fonctionnelles
se référer au tableau 11 des ankyloses
permanentes de la colonne cervicale dap

ii) Fracture par écrasement d'un corps vertébral,
consolidée

- moins de 25 % du corps vertébral 2

- 25 % ou plus du corps vertébral 4

iii) Fracture d'un corps vertébral, consolidée,
avec instabilité prouvée radiologiquement,
mais sans séquelle neurologique, et non
stabilisée par greffe après un an 6

iv) Fracture(s) d'un ou plusieurs corps
vertébral(aux) stabilisée(s) par greffe ou
implant; par espace greffé 3

de plus, se référer au tableau 11 des ankyloses
de la colonne cervicale dap

v) Fracture(s) d'un ou plusieurs corps
vertébral(aux) consolidée(s) avec séquelles
fonctionnelles, sans séquelle neurologique

se référer au tableau 11 des ankyloses de
la colonne cervicale dap

vi) Fracture(s) d'un ou plusieurs corps
vertébral(aux) consolidée(s) avec séquelles
neurologiques

évaluer en additionnant les pourcentages
prévus pour la ou les fractures, les ankyloses
et les séquelles neurologiques dap

- vii Luxation et fracture-luxation
- évaluer en additionnant les pourcentages prévus pour les ankyloses et les séquelles neurologiques dap
- viii) Fracture isolée d'un ou plusieurs éléments (pédicule, apophyse transverse ou épineuse, lame), consolidée
- sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique 0
 - avec séquelles fonctionnelles
- se référer au tableau 11 des ankyloses de la colonne cervicale dap
- ix) Excision d'un ou plusieurs éléments postérieurs (pédicule, apophyse transverse ou épineuse, lame)
- sans séquelle fonctionnelle 0
 - avec séquelles fonctionnelles 1
- de plus, se référer au tableau 11 des ankyloses de la colonne cervicale dap
- x) Pseudarthrose de l'atlas sans instabilité 5
- xi) Pseudarthrose de l'atlas avec instabilité 10
- xii) Greffe osseuse de l'occiput à C2 ou C3 20
- xiii) Fracture de l'odontoïde, consolidée
- sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique 0
 - avec séquelles fonctionnelles
- se référer au tableau 11 des ankyloses de la colonne cervicale dap
- xiv) Pseudarthrose de l'odontoïde prouvée radiologiquement
- sans instabilité 5
 - avec instabilité 10
- 3 Autres pathologies cervicales
- i) Hernie discale non opérée, prouvée cliniquement et par tests spécifiques 2

de plus, s'ajoute le pourcentage prévu pour les ankyloses et les séquelles neurologiques. Se référer au tableau 11 des ankyloses de la colonne cervicale et au chap. IV dap

- ii) Instabilité objectivée en l'absence de fracture 3

- iii) Discoïdectomie cervicale antérieure ou postérieure avec ou sans greffe
 - sans séquelle fonctionnelle objectivée; par espace 3

 - avec séquelles fonctionnelles; par espace 3

 - de plus, s'ajoute le pourcentage prévu pour les ankyloses (tableau 11) et les séquelles neurologiques, chap. IV dap

- iv) Chémonucléolyse; par espace 2

- v) Discoïdectomie chirurgicale cervicale après une chémonucléolyse; par espace 2
 - de plus, se référer au tableau 11 des ankyloses de la colonne cervicale dap

- vi) Laminectomie uni ou bilatérale partielle, exploratrice ou décompressive, sans discoïdectomie; par lame 1
 - de plus, se référer au tableau 11 des ankyloses de la colonne cervicale dap

- vii) Laminectomie totale, exploratrice ou décompressive (arc postérieur: lame et apophyse épineuse); par arc postérieur 3
 - de plus, se référer au tableau 11 des ankyloses de la colonne cervicale dap

- viii) Greffe cervicale par voie postérieure; par espace greffé 3
 - de plus, se référer au tableau 11 des ankyloses de la colonne cervicale dap

 - le cas échéant, s'ajoute le pourcentage prévu pour les séquelles neurologiques, chap. IV dap

b) COLONNE DORSO-LOMBAIRE

- 1) Entorse

(incluant les lésions traumatiques des tissus mous et le syndrome facettaire)

sans séquelle fonctionnelle objectivée 0

avec séquelles fonctionnelles objectivées,
avec ou sans changement radiologique 2

2) Fracture

i) Fracture parcellaire, consolidée

- sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique 0

- avec séquelles fonctionnelles

se référer au tableau 12 des ankyloses de la colonne dorso-lombaire dap

ii) Fracture par écrasement d'un corps vertébral, consolidée, sans séquelle fonctionnelle, ni instabilité

- moins de 25 % du corps vertébral 2

- 25 % et plus du corps vertébral 4

iii) Fracture(s) d'un ou plusieurs corps vertébral(aux), consolidée(s)

- avec instabilité prouvée radiologiquement, mais sans séquelle neurologique, et non stabilisée par greffe après un an 6

- avec séquelles fonctionnelles, sans séquelle neurologique

se référer au tableau 12 des ankyloses de la colonne dorso-lombaire dap

- avec séquelles neurologiques

évaluer en additionnant les pourcentages prévus pour la ou les fractures, les ankyloses (tableau 12) et les séquelles neurologiques, chap. IV dap

iv) Fracture(s) d'un ou plusieurs corps vertébral(aux) stabilisée(s) par greffe ou implant; par espace greffé 3

de plus, se référer au tableau 12 des ankyloses de la colonne dorso-lombaire dap

v) Luxation(s), fracture-luxation(s)

évaluer en additionnant les pourcentages prévus pour les ankyloses, l'instabilité et les séquelles neurologiques, chap. IV dap

vi) Fracture isolée d'un ou plusieurs éléments postérieurs (pédicule, apophyse transverse ou épineuse, lame), consolidée

- sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique 0

- avec séquelles fonctionnelles

se référer au tableau 12 des ankyloses de la colonne dorso-lombaire dap

vii) Excision d'un ou plusieurs éléments postérieurs (pédicule, apophyse transverse ou épineuse, lame)

- sans séquelle fonctionnelle 0

- avec séquelles fonctionnelles 1

de plus, se référer au tableau 12 des ankyloses de la colonne dorso-lombaire dap

3) Autres pathologies dorsales, lombaires ou sacrées

i) Hernie discale non opérée prouvée cliniquement et par tests spécifiques 2

de plus, s'ajoutent les pourcentages prévus pour les ankyloses et les séquelles neurologiques. Se référer au tableau 12 des ankyloses de la colonne dorso-lombaire et au chap. IV dap

ii) Discoïdectomie dorsale, lombaire ou lombo-sacrée

- sans séquelle fonctionnelle objectivée; par espace 3

- avec séquelles fonctionnelles; par espace 3

de plus, s'ajoutent les pourcentages prévus pour les ankyloses et les séquelles neurologiques. Se référer au tableau 12 des ankyloses de la colonne dorso-lombaire et au chap. IV dap

iii) Chémonucléolyse; par espace 2

iv) Discoïdectomie chirurgicale dorsale, lombaire ou lombo-sacrée après une

chémonucléolyse; par espace 2

de plus, se référer au tableau 12 des ankyloses
de la colonne dorso-lombaire dap

v) Laminectomie partielle exploratrice ou
décompressive sans discoïdectomie;
par lame 1

vi) Laminectomie totale exploratrice ou
décompressive (arc postérieur, lame et
apophyse épineuse); par arc postérieur 3

de plus, se référer au tableau 12 des ankyloses
de la colonne dorso-lombaire dap

vii) Greffe dorsale, lombaire ou lombo-sacrée
pour une autre pathologie; par espace
greffé 3

de plus, se référer au tableau 12 des ankyloses
de la colonne dorso-lombaire dap

viii) Instabilité objectivée en l'absence
de fracture 3

ix) Pachyméningite ou fibrose périneurale
objectivée par tests spécifiques 2

E) CAGE THORACIQUE

a) FRACTURES DU STERNUM

i) Fracture consolidée

- sans séquelle fonctionnelle, avec ou
sans changement radiologique 0

- avec séquelles fonctionnelles 2

- avec luxation sterno-claviculaire

- sans séquelle fonctionnelle 1

- avec séquelles fonctionnelles 1,5

de plus, se référer au tableau des ankyloses
de(s) l'articulation(s) atteinte(s) dap

ii) Pseudarthrose du sternum 2

iii) Appendice xyphoïde (résection) 1

iv) Syndrome costo-sternal 2

b) FRACTURES DE CÔTES

ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES — DOMMAGES CORPORELS

Les pourcentages fixés sont les mêmes, qu'il y ait une ou plusieurs côtes fracturées.

i) Fracture(s) consolidée(s) ou non consolidée(s)

- sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique 0

- avec séquelles fonctionnelles mineures (névralgie inter-costale, répercussion chondrosternale ou costo-vertébrale) 1,5

- avec séquelles importantes ayant des répercussions sur la fonction cardio-respiratoire

se référer au(x) système(s) concerné(s) dap

c) THORACOCENTÈSE 0

d) DRAINAGE THORACIQUE 0

e) THORACOTOMIE 5

TABLEAU 2

ANKYLOSES PERMANENTES DE L'ÉPAULE

DAP

%

A) COMPLÈTE EN POSITION DE FONCTION

sans mouvement de l'omoplate 35

avec mouvements de l'omoplate 25

B) INCOMPLÈTE

a) Abduction

(normale de 0 à 180o incluant les mouvements de l'omoplate)

Degrés perdus		Degrés retenus	
0	180 (normal)	0	
20	160	1	
40	140	2	
60	120	3	
80	100	4	
100	80	5	
120	60	6	
140	40	7	
160	20	9	
180	0	10	

b) Élévation antérieure

(normale de 0 à 180°)

Degrés perdus		Degrés retenus	
0	180 (normal)	0	
20	160	1	
40	140	1,5	
60	120	2	
80	100	2,5	
100	80	3	
120	60	3,5	
140	40	4	
160	20	5	
180	0	6	

c) Rotation externe

Les mouvements de rotation externe se mesurent le sujet couché ou debout, l'épaule en abduction à 90° (normale de 0 à 90°)

Degrés perdus		Degrés retenus	
0	90 (normal)	0	
20	70	1	
40	50	2	
60	30	3	
90	0	4	

d) Rotation interne

Les mouvements de rotation interne se mesurent le sujet couché ou debout, l'épaule en abduction à 90° (normale de 0 à 40°)

Degrés perdus		Degrés retenus	
0	40 (normal)	0	
10	30	1	
20	20	2	
40	0	3	

e) Rotation externe si l'abduction est impossible à 90°

Les mouvements se mesurent le bras le long du corps, le coude fléchi à 90° (normale de 0 à 45°)

Degrés perdus		Degrés retenus	
0	45 (normal)	0	
5	40	1	
15	30	2	
30	15	3	
45	0	4	

f) Rotation interne si l'abduction est impossible à 90°

Les mouvements se mesurent le bras le long du corps, le coude fléchi à 90° (normale

de 0 à 40°)

Degrés perdus		Degrés retenus
0	40 (normal)	0
10	30	1
20	20	2
40	0	3

g) Extension

Rétropulsion (normale de 0 à 40°)

absence complète 1

h) Adduction

(normale de 0 à 20°)

perte de 10° et plus 1

TABLEAU 3
ANKYLOSES PERMANENTES DU COUDE

Si l'ankylose complète du coude n'est pas en position de fonction, soit 100°, on se réfère aux évaluations: E) Ankylose complète avec pronation et supination conservées, F) Ankylose complète du coude en position de fonction (100°) avec perte de pronation et G) Ankylose complète du coude en position de fonction (100°) avec perte de la supination; c'est le pourcentage de DAP le plus élevé de ces trois évaluations qui est retenu.

A) FLEXION

La flexion est mesurée de 0° ou du point d'extension limite à 150° ou au point de flexion limite:

Flexion jusqu'à

Degrés	
0	23
10	22
20	20
30	19
40	17
50	16
60	14
70	13
80	11
90	10
100	8
110	6
120	5
130	3
140	2
150 (normal)	0

B) EXTENSION

L'extension est mesurée de 150° ou du point limite de flexion à 0° ou au point limite d'extension:

Extension jusqu'à

Degrés	
0 (normal)	0
10	1
20	2
30	4
40	5
50	6
60	7
70	8
80	10
90	11
100	12
110	13
120	14
130	16
140	17
150	18

C) PRONATION ISOLÉE (normale de 0 à 80°)

Degrés perdus		Degrés retenus
80	0	8
70	10	7
60	20	6
50	30	5
40	40	4
30	50	3
20	60	2
10	70	1
0	80 (normal)	0

D) SUPINATION ISOLÉE
(normale de 0 à 80°)

Degrés perdus		Degrés retenus
80	0	8
70	10	7
60	20	6
50	30	5
40	40	4
30	50	3
20	60	2
10	70	1
0	80 (normal)	0

E) ANKYLOSE COMPLÈTE AVEC PRONATION ET
SUPINATION CONSERVÉES

Degrés perdus		
0 (position neutre)		39
10	38	
20	37	
30	36	
40	35	
50	34	
60	33	
70	32	
80	31	
90	31	
100 (position de fonction)		30
110	35	
120	41	
130	46	
140	52	
150 (flexion maximale)		57

F) ANKYLOSE COMPLÈTE DU COUDE EN
POSITION DE FONCTION
(100°) AVEC PERTE DE LA PRONATION

Le DAP inclut l'ankylose complète du coude et la perte de pronation.

Degrés perdus		
0 (position neutre)		39
10	41	
20	44	
30	46	
40	48	
50	50	
60	53	
70	55	
80 (absence de pronation)		57

G) ANKYLOSE COMPLÈTE DU COUDE EN
POSITION DE FONCTION
(100°) AVEC PERTE DE LA SUPINATION

Le DAP inclut l'ankylose complète du coude et la perte de supination.

Degrés perdus		
0 (position neutre)		39
10	41	
20	44	
30	46	
40	48	
50	50	
60	53	
70	55	
80 (absence de supination)		57

TABLEAU 4

ANKYLOSES PERMANENTES DU POIGNET

DAP
%

A) COMPLÈTE

Ankylose complète, en position de fonction de
0 à 20° de dorsi-flexion et en position neutre
d'inclinaison radiale ou cubitale 8

Ankylose complète, en position vicieuse
avec plus de 10° de déviation cubitale
ou radiale, ou avec plus de 30° de
dorsi-flexion ou de flexion palmaire 12

B) INCOMPLÈTE

L'examen se fait le coude en extension complète.

- Dorsi-flexion ou extension
(normale de 0 à 60°)

jusqu'à

Degrés	
60 (normal)	0
40	1
20	2
absente	3

- Flexion palmaire (normale de 0 à 70°)

jusqu'à

Degrés	
70 (normal)	0
60	1
40	2
20	3

- Inclinaison cubitale (normale de 0 à 30°)

absence complète 1

- Inclinaison radiale (normale de 0 à 20°)

absence complète 1

TABLEAU 5
ATROPHIE MUSCULAIRE PERMANENTE DU MEMBRE SUPÉRIEUR

DAP
%

Atrophie musculaire permanente, de 3 cm et plus, mesurée à la partie moyenne du bras, incluant la faiblesse musculaire qui pourrait en résulter 3,5

Atrophie musculaire permanente de 2 cm et plus, mesurée au tiers supérieur de l'avant-bras, incluant la faiblesse musculaire qui pourrait en résulter 2,5

TABLEAU 6
ANKYLOSES PERMANENTES DE LA HANCHE

A) COMPLÈTE

Ankylose complète de la hanche, en rectitude au point 0 et jusqu'à 20° de flexion, d'abduction et de rotation externe 30

Ankylose complète de la hanche en mauvaise position, avec plus de 20° d'abduction ou rotation externe, ou avec plus de 10° d'abduction ou rotation interne, ou avec plus de 20° de flexion 35

B) INCOMPLÈTE

- flexion (normale de 0 à 120°)

jusqu'à

Degrés	
120 (normal)	0
110	1
100	2
90	3
70	4
50	6
30	8
20	10
0	12

L'extension de la hanche se mesure en position ventrale

- extension (normale de 0 à 30°)

jusqu'à

Degrés	
30 (normal)	0
15	1
0	2

- rotation interne (normale de 0 à 40°)

jusqu'à

Degrés		
40 (normal)		0
30	1	
10	2	
0	3	

- rotation externe (normale de 0 à 50°)

jusqu'à

Degrés		
50 (normal)		0
30	2	
15	3	
0	5	

- abduction (normale de 0 à 40°)

jusqu'à

Degrés		
40 (normal)		0
20	3	
0	6	

- adduction (normale 0 à 20°)

jusqu'à

Degrés		
20 (normal)		0
10	1	
0	2	

TABLEAU 7
RACCOURCISSEMENT ET ATROPHIE MUSCULAIRE PERMANENTE DU MEMBRE INFÉRIEUR

DAP
%

A) RACCOURCISSEMENT

Raccourcissement de la structure osseuse du membre inférieur

- 1,5 cm ou moins (variation normale) 0
- plus de 1,5 cm jusqu'à moins de 2,5 cm 2

• 2,5 cm jusqu'à moins de 3,5 cm	3
• 3,5 cm jusqu'à moins de 4,5 cm	4
• 4,5 cm jusqu'à moins de 5,5 cm	6
• 5,5 cm jusqu'à moins de 6,5 cm	8
• 6,5 cm jusqu'à moins de 7,5 cm	10
• 7,5 cm ou plus	15

B) ATROPHIE

Atrophie musculaire permanente, de 3 cm et plus, mesurée à 15 cm au-dessus du pôle supérieur de la rotule, incluant la faiblesse musculaire qui pourrait en résulter 3

Atrophie musculaire permanente de 2 cm et plus, mesurée à 15 cm au-dessous du pôle inférieur de la rotule, incluant la faiblesse musculaire qui pourrait en résulter 2

TABLEAU 8
ANKYLOSES PERMANENTES DU GENOU

DAP
%

A) COMPLÈTE

Ankylose complète du genou en légère flexion de 10° avec ou sans patellectomie, sans varus, ni valgus, incluant le raccourcissement réel de 3 cm ou moins ainsi que l'atrophie musculaire permanente et secondaire de la cuisse 20

Ankylose complète du genou en bonne position, mais avec raccourcissement de plus de 3 cm, ajouter à ce qui précède:

• plus de 3 cm jusqu'à moins de 4,5 cm	2
• 4,5 cm jusqu'à moins de 5,5 cm	4
• 5,5 cm jusqu'à moins de 6,5 cm	6

Pour l'ankylose complète avec autres déformations concomitantes de plus de 10°, un pourcentage de DAP additionnel de 2% est fixé pour chacune des déformations suivantes, avec un pourcentage maximum de 6%

• recurvatum	2
• varus	2

- valgus 2
- rotation 2

B) INCOMPLÈTE

- Flexion

en se référant à la flexion maximale jusqu'à 130°

DAP
%
jusqu'à

Degrés		
130 (normal)		0
120	1	
110	2	
90	4	
75	5	
60	6	
45	8	
30	10	
15	15	
0	20	

- Extension

en se référant à l'extension maximale jusqu'à 0°

jusqu'à

Degrés		
0 (normal)		0
5	1	
10	4	
20	7	
25	8	
35	10	
50	30	
plus de 50		45

DAP
%

- Pour l'ankylose incomplète avec autres déformations concomitantes de plus de 100, un pourcentage de DAP additionnel de 2% est fixé pour chacune des déformations suivantes, avec un pourcentage maximum de 6 %

- recurvatum 2

- varus 2
- valgus 2
- rotation 2

TABLEAU 9
INSTABILITÉS DU GENOU

DAP	%
• Légère laxité sans séquelle fonctionnelle	1
• Légère laxité ligamentaire symptomatique	2
• Instabilité ligamentaire symptomatique qui ne nécessite pas le port d'une orthèse	5
• Instabilité simple ou complexe nécessitant le port d'une orthèse pour certaines activités de travail ou de loisir	10
• Instabilité simple ou complexe nécessitant le port d'une orthèse fonctionnelle pour toutes les activités	15
• Instabilité ligamentaire accompagnée de séquelles fonctionnelles	

Les pourcentages prévus pour chacune des séquelles s'additionnent, mais la somme de ceux-ci ne doit pas dépasser le pourcentage prévu pour une arthrodèse du genou en position de fonction

dap

TABLEAU 10
ANKYLOSES PERMANENTES DE LA CHEVILLE
ET DU PIED

DAP	%
A) COMPLÈTE	
tibio-tarsienne	
• en position neutre ou de flexion plantaire, jusqu'à 10°, sans inversion, ni éversion	12
• dorsi-flexion à 10°	15
• dorsi-flexion à 20°	25
• flexion plantaire à 20°	14
• flexion plantaire à 30°	18

• flexion plantaire à 40°	20	
sous-astragaliennne seule, en bonne position		5
sous-astragaliennne et médio-tarsienne (triple arthrodèse)	8	
tibio-tarsienne et sous-astragaliennne		17
tibio-tarsienne, sous-astragaliennne et médio-tarsienne (pan-arthrodèse)	20	
tarso-métatarsienne	4	
métatarso-phalangienne, au premier orteil, en position de fonction	2	
inter-phalangienne, au premier orteil		1
inter-phalangienne des autres orteils (résection ou arthroplastie); par orteil	0,5	
le cas échéant, s'ajoutent les pourcentages suivants pour une déformation unique ou multiple de plus de 5° (varus, valgus ou autre) d'une ou plusieurs articulations arthrodésées (au total)		3

DAP
%

B) INCOMPLÈTE

- tibio-tarsienne

L'arc de mouvement complet est de 60°, à savoir:

- 20° de dorsi-flexion
- 40° de flexion plantaire

Degrés perdus

60	12	
40	7	
30	5	
20	3	
10	2	
moins de 10		1
normal		0

- sous-astragaliennne
 - perte de moins de 50% des mouvements 2
 - perte de 50% des mouvements et plus 3
- médio-tarsienne

- perte de moins de 50% des mouvements 1
- perte de 50% des mouvements et plus 2

TABLEAU 11
 ANKYLOSES PERMANENTES DE LA
 COLONNE CERVICALE

DAP		
%		
A) ANKYLOSE COMPLÈTE PERMANENTE		20
B) ANKYLOSE INCOMPLÈTE		
• Flexion antérieure (normale 0 à 40°)		
• perte de moins de 25%	1	
• perte de 25% à moins de 50%		1,5
• perte de 50% et plus	3	
• Extension (normale 0 à 30°)		
• perte de moins de 25%	1	
• perte de 25% à moins de 50%		1,5
• perte de 50% et plus	3	
• Flexion latérale (normale 0 à 40°)		
• droite		
• perte de moins de 25%	1	
• perte de 25% à moins de 50%		1,5
• perte de 50% et plus	2	
• gauche		
• perte de moins de 25%	1	
• perte de 25% à moins de 50%		1,5
• perte de 50% et plus	2	
• Rotation (normale 0 à 60°)		
• droite		
• perte de moins de 25%	1	
• perte de 25% à moins de 50%		3

- perte de 50% et plus 5
- gauche
- perte de moins de 25% 1
- perte de 25% à moins de 50% 3
- perte de 50% et plus 5

TABLEAU 12
ANKYLOSES PERMANENTES DE LA COLONNE DORSO-LOMBAIRE

DAP
%

A) ANKYLOSE COMPLÈTE PERMANENTE 30

B) ANKYLOSE INCOMPLÈTE

- Flexion antérieure (normale 0 à 90°)

Degrés perdus	Degrés retenus
90 0 9	
60 30 7	
40 50 5	
20 70 3	
0 90 (normal)	0

- Extension (normale 0 à 30°)

Degrés perdus	Degrés retenus
30 0 3	
20 10 2	
10 20 1	
0 30 (normal)	0

- Flexion latérale droite (normale 0 à 30°)

Degrés perdus	Degrés retenus
30 0 4	
20 10 2	
10 20 1	
0 30 (normal)	0

- Flexion latérale gauche (normale 0 à 30°)

Degrés perdus	Degrés retenus
30 0 4	
20 10 2	
10 20 1	

0 30 (normal) 0

- Rotation droite (normale 0 à 30°)

Degrés perdus			Degrés retenus
30	0	5	
20	10	3	
10	20	1	
0	30 (normal)		0

- Rotation gauche (normale 0 à 30°)

Degrés perdus			Degrés retenus
30	0	5	
20	10	3	
10	20	1	
0	30 (normal)		0

EXEMPLES RELATIFS AU CHAPITRE 1

Ces exemples illustrent l'application concrète des principes prévus à la loi et au barème.

1) Amputation des deux membres inférieurs à la mi-cuisse

DAP			
%	DPJV		
%	PE		
%	DPJV		
%			
•	Membre inférieur droit	50	12
•	Membre inférieur gauche	50	12
•	Bilatéralité	50	0
150 + 75 + 24 + 6 = 225			

Le total des pourcentages fixés est de 255.

Le principe de la bilatéralité s'applique au DAP seulement (cf. règles particulières, au début du chapitre I).

Note: Même si le pourcentage excède 100%, le professionnel de la santé qui a fait l'évaluation indique le total des pourcentages qu'il a fixés aux fins du calcul de la somme prévue à l'article 87 de la loi (cf. Règlement sur le barème des dommages corporels).

2) Amputation de trois phalanges de l'index droit et de l'annulaire gauche

DAP			
%	DPJV		
%	PE		
%	DPJV		
%			
•	Index droit	5	1,5
•	Annulaire gauche	3	1,5
•	Bilatéralité	3	0
11 + 2,2 + 3 + 0,3 = 16,5 %			

Le total des pourcentages fixés est de 16,5.

ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES — DOMMAGES CORPORELS

Le principe de la bilatéralité s'applique au DAP seulement (cf. règles particulières, au début du chapitre I).

3) Arthrodèse du poignet en position de fonction et ménissectomie interne du genou droit

DAP

% DPJV

% PE

% DPJV

%

• Arthrodèse du poignet gauche en position de fonction avec cicatrice linéaire de 4 cm

8

0

• Ménissectomie interne du genou droit sans séquelle fonctionnelle avec cicatrice vicieuse de 1,8 cm²

1

1,8

• Bilatéralité 0 0
9 + 1,35 + 1,8 + 0,1 = 12,25 %
Le total des pourcentages fixés est de 12,25.

Le principe de la bilatéralité ne s'applique pas, puisque les séquelles intéressent un membre supérieur et un membre inférieur (cf. règles particulières, au début du chapitre I).

4) Cicatrices au bras droit et limitation de l'extension au niveau du coude gauche avec légère déformation

DAP

% DPJV

% PE

% DPJV

%

• Cicatrice vicieuse de 1 cm² au bras droit 0 0,5

• Limitation de l'extension jusqu'à 40° au coude gauche avec modification légère de la forme et de la symétrie et cicatrice linéaire de 6 cm

5

0

• Bilatéralité 0 0
5 + 0,75 + 0,5 + 0,01 = 6,26 %
Le total des pourcentages fixés est de 6,26.

Le principe de la bilatéralité ne s'applique pas, puisque les séquelles anatomophysiologiques (DAP) n'intéressent qu'un seul membre (cf. règles particulières, au début du chapitre I).

5) Amputation de deux phalanges du majeur droit et d'une phalange et demie (à plus de 50% de la phalange) de l'annulaire droit

DAP

% DPJV

% PE

% DPJV

%

• Majeur droit 4,8 1

• Annulaire droit 3,6 1

• Bilatéralité 0 0

$$8,4 + 1,2 + 2 + 0,2 = 11,8 \%$$

Le total des pourcentages fixés est de 11,8.

Le principe de la bilatéralité ne s'applique pas parce que les séquelles intéressent deux doigts de la même main (cf. règles particulières, au début du chapitre I).

6) Amputation des trois phalanges de l'auriculaire gauche lors d'un accident antérieur, avec amputation de la phalange distale du majeur droit suite à un accident du travail

DAP

% DPJV

% PE

% DPJV

%

• Majeur droit 1,6 0,5

• Annulaire droit (2)

• Bilatéralité 1,6 0

$$3,2 + 0,3 + 0,5 + 0,01 = 4,01 \%$$

Le total des pourcentages fixés est de 4,01.

Comme l'auriculaire gauche a été amputé lors d'un accident personnel antérieur, le pourcentage de DAP accordé pour ce doigt (2%) ne peut être additionné au pourcentage de DAP fixé pour le majeur droit; la fixation d'un pourcentage de DAP pour l'auriculaire gauche sert uniquement pour fins de calcul de la bilatéralité (cf. règles particulières, au début du chapitre I).

DAP

% DPJV

% PE

% DPJV

%

7) Ankylose complète en position de fonction de l'articulation inter-phalangienne distale de l'index, sans cicatrice ni déformation

1

0,1

0

0

Le total des pourcentages fixés est de 1,1.

8) Ankylose complète en position de fonction de l'articulation inter-phalangienne proximale de l'index, sans cicatrice ni déformation

1

0,1

0

0

Le total des pourcentages fixés est de 1,1.

9) Ankylose complète en position de fonction des deux articulations inter-phalangiennes de l'index, sans cicatrice ni déformation

2

0,2

0

0

Le total des pourcentages fixés est de 2,2.

10) Ankylose complète en position de fonction des trois articulations de l'index, sans cicatrice ni déformation

2,5

0,2

0

0

Le total des pourcentages fixés est de 2,7.

11) Ankylose complète en position de fonction de l'articulation inter-phalangienne distale du majeur et de l'auriculaire droits, sans cicatrice ni déformation

- inter-phalangienne distale du majeur
- inter-phalangienne distale de l'auriculaire

0,8

0,4

0

0

0

0

$$1,2 + 0,1 + 0 + 0 = 1,3\%$$

Le total des pourcentages fixés est de 1,3.

12) Ankylose complète en position de fonction de l'articulation inter-phalangienne proximale du majeur et de l'auriculaire droits, sans cicatrice ni déformation

- inter-phalangienne distale du majeur
- inter-phalangienne distale de l'auriculaire

0,8

0,4

0

0

0

0

$$1,2 + 0,1 + 0 + 0 = 1,3 \%$$

Le total des pourcentages fixés est de 1,3.

13) Ankylose complète en position de fonction des deux articulations inter-phalangiennes du majeur et de l'auriculaire gauches, sans cicatrice ni déformation

- inter-phalangienne proximale et distale du majeur
- inter-phalangienne proximale et distale de l'auriculaire

1,6

0,8

0

0

0

0

$$2,4 + 0,2 + 0 + 0 = 2,6 \%$$

Le total des pourcentages fixés est de 2,6.

14) Ankylose complète en position de fonction des trois articulations du majeur et de l'auriculaire

- métacarpo-phalangienne, inter-phalangienne proximale et distale du majeur
- métacarpo-phalangienne, inter-phalangienne proximale et distale de l'auriculaire

2

1

0

0

0

0

$$3 + 0,3 + 0 + 0 = 3,3 \%$$

Le total des pourcentages fixés est de 3,3.

15) Ankylose complète en position de fonction de l'articulation inter-phalangienne distale de l'annulaire, avec cicatrice vicieuse de 0,8 cm²

0,6

+

0,01

+

0,8

+

0,01

=

1,42 %

Le total des pourcentages fixés est de 1,42

16) Ankylose incomplète de l'articulation inter-phalangienne proximale du majeur et de l'auriculaire gauches, avec légère déformation et cicatrice vicieuse de 0,6 cm² à l'auriculaire

- majeur
- articulaire

0,4

0,2

0

0,6

0,6 + 0,01 + 0,6 + 0,01 = 1,22 %

Le total des pourcentages fixés est de 1,22.

CHAPITRE II

SYSTÈME MAXILLO-FACIAL

RÈGLE PARTICULIÈRE

1) Bilatéralité

Dans ce chapitre, les pourcentages résultant du calcul de la bilatéralité, à la suite d'atteinte permanente à des organes symétriques, sont déjà intégrés. Ils sont alors indiqués sous chaque séquelle. Lorsqu'il n'y a pas d'indication à cet effet, le principe de la bilatéralité ne joue pas.

2) Lorsqu'une ankylose d'une articulation se situe entre deux mesures indiquées au barème, on se réfère à la mesure voisine correspondant au déficit anatomophysiologique (DAP) le plus élevé.

A) MAXILLAIRE SUPÉRIEUR

DAP
%

a) PALAIS ET ARCADE DENTAIRE

i) Perte de substance

- palais dur et arcade dentaire totale 20
- palais dur total 10
- arcade dentaire
- permettant le port d'une prothèse simple 3
- permettant le port d'une prothèse compliquée 5
- palais mou
- sans séquelle fonctionnelle 1
- avec rhinolalie importante objectivée (scopie) 10
- avec rhinolalie légère permanente 3
- avec dysfonction tubaire 3

le cas échéant, s'ajoutent les pourcentages prévus au tableau 14 des altérations et pertes dentaires dap

ii) Pseudarthrose 4

Le cas échéant, se référer au tableau 13 des ankyloses des articulations temporo-mandibulaires, sans dépasser les pourcentages prévus pour une ankylose complète de ces articulations dap

iii) Consolidation vicieuse

- avec malocclusion sévère et dysfonction temporo-mandibulaire uni ou bilatérale 5

le cas échéant, se référer au tableau 13 des ankyloses des articulations temporo-mandibulaires, ainsi qu'au tableau 14 des altérations et pertes dentaires dap

- avec malocclusion légère permanente uni ou bilatérale 2

le cas échéant, s'ajoutent les pourcentages

prévus au tableau 14 des altérations et
pertes dentaires dap

- avec obstruction du rhinopharynx et
dysfonction tubaire 3

iv. Consolidation adéquate, mais avec troubles
du périodonte 5

b) NEZ

1) Nez externe (sauf peau et téguments)

i) Perte de substance

- naso-frontale et apophyse montante
- sans séquelle fonctionnelle 0,5
- avec séquelles fonctionnelles 5
- cartilage triangulaire et alaire
- sans séquelle fonctionnelle 0,5
- avec séquelles fonctionnelles 5

ii) Consolidation vicieuse

- sans séquelle fonctionnelle 0,5
- avec séquelles fonctionnelles 0,5

de plus, s'ajoutent les pourcentages prévus
pour les séquelles au nez interne dap

2) Nez interne

i) Trouble du flot aérien

- unilatéral 1
- bilatéral 3

ii) Troubles trophiques

- locaux (croûtes, sécheresse) 1
- à distance (pharynx) 1

iii) Perforation de la cloison nasale 1

c) SINUS: ETHMOÏDAUX, FRONTAUX,
MAXILLAIRES ET SPHÉNOÏDAUX

i) Séquelles de sinusectomie

- frontale, radicale
- unilatérale 1
- bilatérale 3
- maxillaire
- unilatérale 1
- bilatérale 3
- ethmoïdale
- unilatérale 2
- bilatérale 6
- sphénoïdale
- unilatérale 2
- bilatérale 6

B) MAXILLAIRE INFÉRIEUR

a) COL DU CONDYLE

i) Fracture consolidée

- sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique 0

ii) Perte de substance entraînant une dysfonction temporo-mandibulaire uni ou bilatérale 3

de plus, se référer au tableau 13 des ankyloses des articulations temporo-mandibulaires, sans dépasser les pourcentages prévus pour une ankylose complète de ces articulations dap

iii) Pseudarthrose

- sans séquelle fonctionnelle objectivée 1
- avec séquelles fonctionnelles 3

le cas échéant, s'ajoutent les pourcentages prévus au tableau 14 des altérations et pertes dentaires dap

iv. Consolidation vicieuse avec troubles des articulations temporo-mandibulaires

se référer au tableau 13 des ankyloses des

articulations temporo-mandibulaires, sans dépasser le pourcentage prévu pour une ankylose complète de ces articulations dap

b) BRANCHE MONTANTE

i) Fracture consolidée

- sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique 0

ii) Perte de substance sans solution de continuité de l'arc mandibulaire 2

iii) Perte de substance avec pseudarthrose 5

iv) Consolidation vicieuse

- avec malocclusion légère, sans dysfonction temporo-mandibulaire 3

- avec malocclusion sévère et dysfonction temporo-mandibulaire 5

le cas échéant, se référer au tableau 13 des ankyloses des articulations temporo-mandibulaires, sans dépasser le pourcentage prévu pour une ankylose complète de ces articulations dap

c) BRANCHE HORIZONTALE ET SYMPHYSE

i) Fracture consolidée

- sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique 0

ii) Perte de substance partielle de l'arcade dentaire permettant le port d'une prothèse 3

le cas échéant, se référer au tableau 13 des ankyloses des articulations temporo-mandibulaires, sans dépasser le pourcentage prévu pour une ankylose complète de ces articulations, ainsi qu'au tableau 14 des altérations et pertes dentaires dap

iii) Perte de substance avec pseudarthrose sévère 10

le cas échéant, se référer au tableau 13 des ankyloses des articulations temporo-mandibulaires, sans dépasser le pourcentage prévu pour une ankylose complète de ces articulations dap

le cas échéant, s'ajoutent les pourcentages

prévus au tableau 14 des altérations et pertes
dentaires dap

iv) Consolidation vicieuse

- avec malocclusion légère sans
dysfonction temporo-mandibulaire 2
- avec malocclusion sévère et dysfonction
temporo-mandibulaire 10

de plus, se référer au tableau 13 des
ankyloses des articulations temporo-
mandibulaires, sans dépasser le pourcentage
prévu pour une ankylose complète de ces
articulations dap

C) ZYGOMA ET OS MALAIRE

Fracture

- sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans
changement radiologique 0
- avec séquelles fonctionnelles au
niveau du canthus externe 3
- avec atteinte des parois orbitaires 3

de plus, se référer au chapitre V sur
l'appareil visuel, pour la diplopie,
l'énophtalmie et l'exophtalmie dap

- avec blocage mécanique (limitation
de la moitié du maxillaire inférieur) 3

de plus, se référer au tableau 13 des
ankyloses des articulations temporo-
mandibulaires, sans dépasser le pourcentage
prévu pour une ankylose complète de ces
articulations dap

D) ORBITE: CADRE, PAROI, CONTENU

Fracture

- sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans
changement radiologique 0
- avec séquelles fonctionnelles
- avec déplacement du canthus
- interne 3
- externe 3

- avec atteinte des parois orbitaires

se référer au chapitre V sur l'appareil visuel, pour la diplopie, l'énophtalmie et l'exophtalmie dap

E) GLANDES SALIVAIRES

Perte de tissu salivaire sans séquelle fonctionnelle 0,5

Perte de tissu salivaire avec hyposalivation 3

F) LANGUE

Perte de substance

en avant du " V " lingual

- bord latéral et pointe 1
- bords latéraux 3
- partie médiane 1
- base de la langue 1

le cas échéant, se référer au chapitre XII sur le système digestif pour les troubles causés par la dysphagie dap

G) DENTS - ALTÉRATION ET PERTE DENTAIRE

Se référer au tableau 14 des altérations et pertes dentaires dap

H) NERFS CRÂNIENS

a) NERF TRIJUMEAU (V)

1) Perte totale et complète par atteinte entre les noyaux et ganglions de Gasser

- perte unilatérale 20
- perte bilatérale 60

Perte sensitive seulement

- unilatérale 15
- bilatérale 45

Perte motrice seulement

- unilatérale 5

- bilatérale 15
- 2) Perte partielle: branche ophtalmique nerf lacrymal, frontal (sus-orbitaire) et nasal
- atteinte totale et complète
 - unilatérale 3
 - bilatérale 9
 - atteinte partielle
 - unilatérale 2
 - bilatérale 6
- 3) Perte partielle: branche maxillaire supérieure
- nerf sous-orbitaire, sphéno-palatin, palatins postérieurs, palatins antérieurs
- atteinte totale et complète
 - unilatérale 6
 - bilatérale 18
 - atteinte partielle
 - unilatérale 3
 - bilatérale 9
- 4) Perte partielle: branche maxillaire inférieure nerf dentaire inférieur, mentonnier, lingual, auriculo-temporal
- atteinte totale et complète
 - unilatérale 6
 - bilatérale 18
 - atteinte partielle
 - unilatérale 3
 - bilatérale 9
- b) NERF FACIAL (VII)
- Perte périphérique
- toutes les branches

•	complète et unilatérale	20
•	complète et bilatérale	60
•	incomplète et unilatérale	10
•	incomplète et bilatérale	30
•	atteintes sélectives	
•	branche supérieure (orbiculaire des paupières, frontale)	
•	complète et unilatérale	7
•	complète et bilatérale	21
•	incomplète et unilatérale	4
•	incomplète et bilatérale	12
•	branche moyenne	
•	complète et unilatérale	6
•	complète et bilatérale	18
•	incomplète et unilatérale	3
•	incomplète et bilatérale	9
•	branche cervico-mandibulaire	
•	complète et unilatérale	7
•	complète et bilatérale	21
•	incomplète et unilatérale	3
•	incomplète et bilatérale	9
c)	NERF OLFACTIF (I)	
	hyposmie, parosmie, dysosmie	1
	anosmie objectivée	5
d)	NERF GLOSSO-PHARYNGIEN (IX) ET VAGUE (X)	
•	dysphagie	
	se référer au chapitre XII sur le système digestif	dap
•	dysphonie	

se référer au chapitre XI sur le larynx dap

e) HYPOGLOSSE (XII)

- paralysie unilatérale 2
- paralysie bilatérale 6
- dysphagie

se référer au chapitre XII sur le système
digestif dap

- dysarthrie
- mineure 5
- majeure 15

TABLEAU 13
ANKYLOSES PERMANENTES DES
ARTICULATIONS TEMPORO-MANDIBULAIRES

DAP
%

A) ANKYLOSE COMPLÈTE

L'ankylose complète peut résulter d'une lésion intra
ou extra-articulaire.

Ce déficit réfère à la fonction globale des deux
articulations temporo-mandibulaires considérées
comme un tout 30

B) ANKYLOSE INCOMPLÈTE

- Rotation (ouverture): distance
mesurée entre le bord libre des incisives
supérieures et inférieures

Mouvements perdus		
(en mm)	Mouvement	retenus
(en mm)		
40	0	10
30	10	7
20	20	5
10	30	3
0	40 (normal)	0

- Latéralisation
- perte de 50% et plus 10
- perte de moins de 50% 5

- aucune perte 0
- Propulsion (protusion)
- perte de 50% et plus 10
- perte de moins de 50% 5
- aucune perte 0

TABLEAU 14
ALTÉRATIONS ET PERTES DENTAIRE

Les pourcentages pour altérations et pertes dentaires sont cumulatifs. Le pourcentage fixé est réduit des deux tiers si le travailleur est muni d'une prothèse fixe. Le pourcentage fixé est réduit du tiers si le travailleur est muni d'une prothèse amovible.

DAP
%

MAXILLAIRE SUPÉRIEUR OU INFÉRIEUR

incisives centrales, dents numéros 11, 21, 31, 41;
par dent 1

incisives latérales, dents numéros 12, 22, 32, 42;
par dent 0,75

canines, dents numéros 13, 23, 33, 43; par dent 1,50

première prémolaire, dents numéros 14, 24, 34, 44;
par dent 1

deuxième prémolaire, dents numéros 15, 25, 35, 45;
par dent 1

première molaire, dents numéros 16, 26, 36, 46;
par dent 1,25

deuxième molaire, dents numéros 17, 27, 37, 47;
par dent 1

CHAPITRE III
SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

RÈGLE PARTICULIÈRE

Dans ce chapitre, les pourcentages résultant du calcul de la bilatéralité, à la suite d'atteinte permanente à des organes symétriques, sont déjà intégrés.

A) CERVEAU

(Déficit des fonctions cérébrales)

DAP
%

a) SYNDROME CÉRÉBRAL ORGANIQUE:
COGNITIF ET ÉMOTIF

Les déficits qui découlent d'une atteinte cérébrale peuvent se manifester par des troubles de l'orientation, de la compréhension, de la mémoire (immédiate et ancienne), du jugement, de l'auto-critique, de même que par l'incapacité de prendre des décisions, des troubles de l'humeur (euphorie et dépression), du rire et des pleurs spasmodiques, de l'intolérance à la frustration, des troubles du comportement et autres.

Classe 1

Il y a atteinte des fonctions cérébrales intégrées, mais le travailleur est capable de remplir la plupart des activités de la vie quotidienne 15

Classe 2

L'ampleur du déficit est telle que le travailleur nécessite une certaine surveillance ou des directives de la part de son entourage, pour l'exécution de plusieurs activités de la vie quotidienne 45

Classe 3

L'ampleur du déficit est telle que le travailleur requiert une surveillance constante et le maintien à domicile ou en institution 80

Classe 4

L'ampleur du déficit est telle que le travailleur ne peut prendre soin de sa propre personne 100

b) TROUBLES DE LA COMMUNICATION

Les principaux troubles de la communication résultent d'une atteinte cérébrale touchant le mécanisme central de la compréhension, de l'emmagasinage et de la production du langage sous toutes ses formes (aphasie, agraphie, acalculie, alexie, dysphasie).

Classe 1

Troubles du langage nuisant légèrement aux activités quotidiennes 15

Classe 2

Comprend le langage, mais ne peut le produire de façon suffisante pour les activités ordinaires de la vie 40

Classe 3

Ne comprend pas le langage et s'exprime de façon inintelligible ou inappropriée 70

Classe 4

Ne comprend pas et ne peut s'exprimer par le langage 100

c) ÉPILEPSIE

L'évaluation se fait selon la fréquence et la nature des crises, ainsi que selon la réponse au traitement.

Classe 1

Les crises interfèrent légèrement avec les activités de la vie quotidienne 15

Classe 2

Les crises interfèrent modérément avec les activités de la vie quotidienne 30

Classe 3

Les crises sont graves et fréquentes au point que le travailleur requiert une surveillance habituelle, soit au domicile ou en milieu institutionnel 80

Classe 4

Les crises sont telles que le travailleur est totalement incapable de toute activité quotidienne 100

B) NERFS CRÂNIENS

DAP

%

a) NERF OLFACTIF (I)

Se référer au chapitre II sur le système maxillo-facial dap

b) NERF OPTIQUE (II)

Se référer au chapitre V sur l'appareil visuel dap

c) NERF OCULOMOTEUR OU MOTEUR
OCULAIRE COMMUN (III)

NERF PATHÉTIQUE OU TROCHLÉAIRE (IV)

NERF MOTEUR OCULAIRE EXTERNE (VI)

Se référer au chapitre V sur l'appareil visuel dap

d) NERF TRIJUMEAU (V)

Se référer au chapitre II sur le système
fmaxillo-facial, et au chapitre V sur l'appareil visuel dap

e) NERF FACIAL (VII)

Se référer au chapitre II sur le système
maxillo-facial dap

f) NERF AUDITIF OU VESTIBULO-
COCHLÉAIRE (VIII)

Se référer au chapitre VI sur l'audition dap

g) NERF GLOSSO-PHARYNGIEN (IX)

Se référer au chapitre II sur le système
maxillo-facial dap

h) NERF VAGUE OU PNEUMOGASTRIQUE (X)

Se référer au chapitre II sur le système
maxillo-facial dap

i) NERF SPINAL (XI)

Paralysie complète du sterno-cléido-mastoidien

- unilatérale 3
- bilatérale 9

Paralysie complète du trapèze

- unilatérale 5
- bilatérale 15

j) NERF HYPOGLOSSE (XII)

Se référer au chapitre II sur le système
maxillo-facial dap

C) ATTEINTE CÉRÉBRO-SPINALE

a) STATION DEBOUT ET DÉMARCHE

Cette classification s'applique uniquement aux séquelles d'une atteinte cérébro-spinale

Classe 1

Peut se lever debout et marcher, mais présente certaines difficultés à négocier les dénivellations, les escaliers, les terrains accidentés ou les longues distances 5

Classe 2

Peut se lever debout et marcher, mais ne peut négocier les dénivellations, les escaliers, les terrains accidentés ou les longues distances, sans requérir une aide mécanique ou autre 20

Classe 3

Peut se lever debout et garder cette position, mais ne peut marcher que quelques pas et avec aide 50

Classe 4

Ne peut se tenir debout sans aide mécanique ou autre 70

b) USAGE DES MEMBRES SUPÉRIEURS

Cette classification s'applique uniquement aux séquelles d'une atteinte cérébro-spinale.

Classe 1

Peut utiliser le membre atteint pour saisir et tenir sans difficulté, pour les soins personnels, mais présente une certaine maladresse

- atteinte unilatérale 10
- atteinte bilatérale 25

Classe 2

Peut utiliser le membre atteint pour saisir et tenir sans difficulté, pour ses soins personnels, mais avec difficulté à manipuler

- atteinte unilatérale 20
- atteinte bilatérale 40

Classe 3

Peut utiliser le membre atteint, mais avec difficulté même pour ses soins personnels

- atteinte unilatérale 40
- atteinte bilatérale 80

Classe 4

Ne peut utiliser le membre atteint, même pour ses soins personnels

- atteinte unilatérale 60
- atteinte bilatérale 100

c) FONCTION VÉSICALE

Se référer au chapitre VII sur l'appareil urinaire dap

d) FONCTION ANO-RECTALE

Se référer au chapitre XII sur le système digestif dap

e) FONCTION SEXUELLE

Se référer au chapitre VIII sur l'appareil génital femelle ou au chapitre IX sur l'appareil génital mâle dap

D) TRAUMATISME CRANIO-CÉRÉBRAL

DAP

%

a) COMMOTION

Il s'agit d'une altération transitoire de l'état de vigilance secondaire à un traumatisme crânien, avec ou sans perte de conscience, mais quantifiable, sans déficit permanent.

- Mineure

l'amnésie ou perte de conscience est de 60 minutes et moins 1

- Modérée

l'amnésie ou perte de conscience est de plus de 60 minutes et de moins de 24 heures 2

- Grave

l'amnésie ou perte de conscience est de 24 heures et plus 5

Lorsqu'une commotion cérébrale est suivie de séquelles, c'est le pourcentage de DAP le plus élevé de la commotion cérébrale ou des séquelles fonctionnelles qui est retenu.

b) CONTUSION OU LACÉRATION CÉRÉBRALE
DÉMONTRÉE DE VISU OU PAR TEST
SPÉCIFIQUE

(incluant les manifestations commotionnelles)

- Mineure

sans séquelle fonctionnelle 4

- Majeure

sans séquelle fonctionnelle 10

En présence de séquelles fonctionnelles, se référer aux chapitres concernés et ajouter le pourcentage prévu pour ces séquelles. dap

c) FRACTURE DU CRÂNE

Simple (linéaire) 1

Complexe

- comminutive ou ouverte ou de la base 2

- enfoncée (plus que l'épaisseur de l'os), nécessitant ou non une élévation par trépanation 3

- enfoncée (plus que l'épaisseur de l'os), nécessitant l'élévation par craniectomie ou craniotomie, avec ou sans plastie de l'os ou de la dure-mère ou cranioplastie 7

de plus, s'ajoute le pourcentage prévu pour la commotion ou contusion ou la lacération, ou pour toute autre séquelle neurologique dap

d) HÉMATOME OU HYGROMA
INTRACRÂNIEN

Extracérébral (épi-dural ou sous-dural), nécessitant évacuation par craniectomie ou trépanation(s) 3

Extracérébral (épi-dural ou sous-dural), nécessitant évacuation par craniotomie 7

Hématome intra-cérébral (évacué ou non) 7

de plus, s'ajoute le pourcentage prévu pour la commotion ou contusion ou la lacération, ou pour toute autre séquelle neurologique dap

e) FISTULE DE LIQUIDE

CÉPHALO-RACHIDIEN

Tarrie par craniotomie ou par voie
oto-rhino-laryngologique 7

Non tarrie (traitée ou non traitée) 10

f) FISTULE CAROTIDO-CAVERNEUSE

Traitée avec succès

• sans occlusion de la carotide interne
sans séquelle fonctionnelle 5

• avec occlusion de la carotide interne
sans séquelle fonctionnelle 10

Traitée sans succès ou non traitée 15

de plus, s'ajoute le pourcentage prévu pour les
séquelles neurologiques dap

g) TRAUMATISME DE LA CAROTIDE
INTERNE

Sténose 50% et moins 5

Sténose plus de 50% et moins de 80% 10

Occlusion ou sténose de 80% et plus 15

de plus, s'ajoute le pourcentage prévu pour les
séquelles neurologiques dap

h) MÉNINGITE POST-TRAUMATIQUE OU
ABCÈS

Sans séquelle fonctionnelle 5

le cas échéant, s'ajoute le pourcentage prévu pour la
trépanation (ou craniectomie) ou pour la craniotomie dap

i) HYDROCÉPHALIE AVEC DÉRIVATION
DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN 15

de plus, s'ajoute le pourcentage prévu pour les
séquelles fonctionnelles dap

CHAPITRE IV
SYSTÈME NERVEUX PÉRIPHÉRIQUE

RÈGLES PARTICULIÈRES

1) Les classes de l'atteinte sont prévues, pour
l'atteinte motrice et pour l'atteinte sensitive, au
tableau 15.

Chaque classe fixe un critère et un pourcentage de perte de fonction correspondant à ce critère.

2) Le pourcentage de déficit anatomo-physiologique (DAP) résultant d'une atteinte à un nerf est celui prévu au tableau 16.

Lorsqu'il y a un tiret (-), il ne peut y avoir de pourcentage de DAP à ce titre.

3) Le pourcentage est fixé selon qu'il s'agit d'une atteinte motrice ou sensitive et selon la classe de l'atteinte.

4) L'évaluation se fait en multipliant le pourcentage relatif à la classe (perte de fonction), établie selon les critères prévus au tableau 15 des classes de l'atteinte motrice ou sensitive, par le pourcentage maximum de DAP prévu pour la structure lésée.

Le tableau 16 prévoit le pourcentage maximum de DAP qui peut être accordé pour une structure lésée, tant pour l'atteinte motrice que pour l'atteinte sensitive.

Le tableau prévoit aussi les calculs en fonction du pourcentage maximum pour une structure lésée et les classes d'atteinte motrice ou sensitive.

5) Le pourcentage prévu pour un DAP résultant d'un déficit moteur s'additionne à celui résultant d'un déficit sensitif.

6) Bilatéralité

Lorsqu'un travailleur, en raison d'une lésion professionnelle, subit des déficits anatomo-physiologiques à des structures symétriques, le pourcentage total qui lui est octroyé pour ces déficits s'établit en additionnant les pourcentages des déficits anatomo-physiologiques déterminés pour chacune des structures et en y ajoutant une seconde fois le pourcentage déterminé pour la structure la moins atteinte.

TABLEAU 15
CLASSES DE L'ATTEINTE MOTRICE ET
SENSITIVE

Perte			
de			
Fonction			
%			
A) ATTEINTE MOTRICE			
Classe			
1	aucune perte de fonction motrice		0

Classe II	faiblesse objective contre résistance	
forte	25	
Classe III	faiblesse objective contre résistance	
légère	50	
Classe IV	faiblesse objective contre gravité	75
Classe V	aucune force motrice	100

B) ATTEINTE SENSITIVE

Les déficits sensitifs, pour être indemnisés, doivent avoir les caractères d'objectivité habituellement reconnus sur une base scientifique. L'évaluation tient compte du respect des dermatomes, du type de sensibilité atteinte et de la vraisemblance des signes cliniques.

Classe I	aucune atteinte sensitive	0
Classe II	hypoesthésie incluant dysesthésie et douleur	25
Classe III	anesthésie (incluant la douleur)	100

TABLEAU 16
SYSTÈME NERVEUX PÉRIPHÉRIQUE

DAP EN %	MOTEUR	SENSITIF
(classes)		
(classes)		

STRUCTURES LÉSÉES Maximum moteur & sensitif

- I
- 0%
- II
- 25%
- III
- 50%
- IV
- 75%
- V
- 100%
- I
- 0%
- II
- 25%
- III
- 100%

RACINES NERVEUSES

C-5	20	0	4	8	12	16	0	1	4
C-6	24	0	4,5	9	13,5	18	0	1,5	6
C-7	24	0	5	10	15	20	0	1	4
C-8	28	0	6	12	18	24	0	1	4
L-1	16	0	3	6	9	12	0	1	4
L-2	16	0	3	6	9	12	0	1	4

ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES — DOMMAGES CORPORELS

L-3	16	0	3	6	9	12	0	1	4
L-4	16	0	3	6	9	12	0	1	4
L-5	24	0	5	10	15	20	0	1	4
S-1	16	0	3	6	9	12	0	1	4
PLEXUS BRACHIAL									
Plexus brachial									
total									
70									
0									
12,5									
25									
37,5									
50									
0									
5									
20									
Tronc supérieur									
C-5 C-6 syndrome									
de Duchesne-Erb									
50									
0									
10									
20									
30									
40									
0									
2,5									
10									
Tronc moyen C-7	28	0	6	12	18	24	0	1	4
Tronc inférieur									
C-8 L-1 syndrome									
Klumpke-Dejerine									
50									
0									
10									
20									
30									
40									
0									
2,5									

10

TÊTE ET COU

Grand occipital 1 - - - - - 0 0,25 1

Petit occipital 1 - - - - - 0 0,25 1

Rameau auriculaire

C-2 C-3

2

-

-

-

-

-

0

0,50

2

MEMBRE SUPÉRIEUR

Nerf thoracique

antérieur

4

0

1

2

3

4

-

-

-

Circonflexe

(axillaire)

24

0

5

10

15

20

0

1

4

Nerf de l'angulaire

et des rhomboïdes

4

0

1

2

3

4

-

-

-

Long thoracique (nerf du

grand dentelé)

10

0

2,5

5

7,5

10

-

-

-

Accessoire du brachial
cutané interne

4

-

-

-

-

-

0

1

4

Médian (au-dessus
de la portion
moyenne de l'avant-bras)

50

0

7,5

15

22,5

30

0

5

20

Médian (au-dessous de
la jonction du
tiers moyen et distal
de l'avant-bras)

40

0

5

10

15

20

0

5

20

Musculo-cutané	24	0	4	8	12	20	0	1	4		
Radial (triceps perdu)		40	0	9	18	27	36	0	1	4	
Radial (triceps épargné)		28	0	6	12	18	24	0	1	4	

Nerf sous-scapulaire
(subscapularis)

4

0

1

2

3

4

-

-

-

Nerf supra-scapulaire
(supra-scapularis)

12

0

2,5

5

7,5

10

0

0,5

2

Nerf du grand dorsal
(thoraco-dorsalis)

8

0

2

4

6

8

-

-

-

Cubital (au-dessus du tiers moyen et distal) (ulnaris)

28

0

6

12

18

24

0

1

4

Cubital (au-dessous de

la jonction du tiers moyen
et distal) (ulnaris)

24

0

5

10

15

20

0

1

4

RÉGION INGUINALE

Grand abdomino-génital
(ilio-hypo-gastricus)

4

-

-

-

-

-

0

1

4

Petit abdomino-génital
(ilio-inguinalis)

4

-

-

-

-

0

1

4

MEMBRE INFÉRIEUR

Fémoral (crural)	20	0	4	8	12	16	0	1	4
------------------	----	---	---	---	----	----	---	---	---

Génito-crural
(genito-femoralis)

4

-

-

-

-

0

1

4

Nerf du fessier

inférieur (petit fessier)
(glutaeus inferior)

8

0

2

4

6

8

-

-

-

Fémoro-cutané
(cutaneus femoris
lateralis)

4

-

-

-

-

-

0

1

4

Obturateur 12 0 2 4 6 8 0 1 4
Cutané postérieur
de la cuisse

4

-

-

-

-

0

1

4

Fessier superficiel
grand-fessier
(glutaeus superior)

12

0

3

6

9

12

-

-

-

Grand sciatique
au-dessus des
branches des
ischio-jambiers

60

0

10

20

30

40

0

5

20
Sciastique poplité externe
(peroneus communis)

20

0

4

8

12

16

0

1
4
Tibial antérieur
au-dessus de la
mi-jambe (peroneus
profundus)

12

0

3

6

9

12

-

-

-

Tibial antérieur
au-dessous de la
mi-jambe (peroneus
profundus)

4

0

1

2

3

4

-

-

-

Musculo-cutané
(peroneus superficialis)

10

0

1,5

3

4,5

6

0

1

4

Sciatique poplitée
interne (tibialis)
au-dessus du genou

24

0

4

8

12

16

0

2

8

Tibial postérieur niveau de
l'anneau du soléaire

16

0

2

4

6

8

0

2

8

Tibial postérieur niveau
mi-mollet

12

0

2

4

6

8
0
1
4
Plantaire interne
(medial plantar)
6
0
1
2
3
4
0
0,5
2
Plantaire externe
(lateral plantar)
6
0
1
2
3
4
0
0,5
2
Saphène externe
(cutaneus sural)
2
-
-
-
-
0
0,5
2

CHAPITRE V
APPAREIL VISUEL

RÈGLES PARTICULIÈRES

1) Les pourcentages résultant de l'atteinte des fonctions oculaires s'additionnent aux pourcentages résultant des fonctions accessoires.

Bilatéralité

Les pourcentages résultant du calcul de la bilatéralité sont déjà intégrés à l'intérieur des formules prévues pour le calcul du DAP.

2) Fonctions accessoires (annexes)

Bilatéralité

Lorsqu'un travailleur, en raison d'une lésion professionnelle, subit des déficits anatomo-physiologiques résultant d'atteintes symétriques à des fonctions accessoires de l'appareil visuel, le pourcentage total qui est fixé pour ces déficits s'établit en additionnant les pourcentages des DAP fixés pour chacune des atteintes et en y ajoutant une seconde fois le pourcentage fixé pour l'atteinte des fonctions accessoires la moins importante.

3) Il n'y a pas de préjudice esthétique (PE) pour la perte de la fonction visuelle. Pour le PE relié à l'oeil, autre qu'une perte de la fonction visuelle, on se réfère au chapitre XVIII sur le préjudice esthétique.

A) APPAREIL VISUEL DAP
%

1) L'appareil visuel se compose des yeux et des voies optiques depuis le globe oculaire jusqu'au cortex occipital

Il comprend aussi les annexes qui sont essentielles à la fonction de cet appareil, à savoir: les glandes lacrymales, les voies lacrymales et les paupières.

2) Toute atteinte des nerfs crâniens suivants peut entraîner des dommages permanents à l'appareil visuel:

- Nerf optique (II)
- Nerf moteur oculaire commun (III)
- Nerf pathétique (IV)
- Nerf trijumeau (V) (cf. chapitre II sur le système maxillo-facial)
- Nerf moteur oculaire externe (VI)
- Nerf facial (VII) (cf. chapitre II sur le système maxillo-facial)
- Nerf auditif, branche vestibulaire (VIII)

3) L'évaluation de la vision porte sur les trois fonctions suivantes:

- Acuité visuelle centrale à distance et de près, corrigée
- Champ visuel central et périphérique
- Motilité oculaire sans diplopie

1) CRITÈRES D'ÉVALUATION DE LA VISION

Le déficit de l'appareil visuel survient lorsqu'une ou plusieurs fonctions de l'oeil s'écartent de la normale. Pour qu'il y ait intégrité de l'appareil, il faut:

- a) intégrité de l'acuité visuelle corrigée dans la vision de près et la vision à distance

- b) intégrité des champs visuels
- c) motilité oculaire sans diplopie

L'évaluation de ces trois fonctions est nécessaire et essentielle pour déterminer le déficit visuel. Quoique d'inégale importance, leur action coordonnée est indispensable à une vision optimale.

Les autres fonctions oculaires ou troubles oculaires qui ont des répercussions sur une ou plusieurs des fonctions coordonnées se voient attribuer des pourcentages de déficit en rapport avec la barème déterminé pour ces fonctions.

Quant aux autres fonctions ou troubles oculaires qui n'ont pas de répercussion sur les fonctions coordonnées de l'oeil, elles sont évaluées sous le titre Fonctions accessoires et autres déficits des fonctions oculaires, à la fin de ce chapitre.

2) POURCENTAGE MAXIMAL DU DÉFICIT

Perte de la vision d'un oeil	25
Perte de la vision des deux yeux	100

3) PROCÉDURE D'ÉVALUATION DE LA VISION DAP %

- a) Détermination de l'acuité visuelle centrale

La vision centrale est mesurée avec la meilleure correction optique possible pour la vision à distance et pour la vision de près, selon les tableaux 18 et 19.

- b) Détermination de l'étendue des champs visuels

L'étendue du champ visuel est déterminée par l'utilisation des méthodes périmétriques courantes avec une cible blanche qui sous-tend un angle de 0,5°, c'est-à-dire un disque blanc de 3 mm à une distance de 330 mm éclairé par une lumière d'au moins 7 «pieds bougies». Un disque blanc de 6/330 doit être utilisé en cas d'aphakie. L'index ou test objet est amené de la périphérie sous la zone de vision, c'est-à-dire du non-vu au vu.

Au moins deux champs périphériques concordant à 15° près dans chaque méridien doivent être obtenus.

Le résultat est porté sur une carte ordinaire de champ de vision pour chacun des huit principaux méridiens situés à 45° les uns des autres, selon le schéma 6.

L'étendue normale minimale du champ de vision à partir du point de fixation est indiquée au schéma 6.

Le pourcentage du champ visuel conservé dans un oeil est obtenu en additionnant le nombre de degrés des huit principaux méridiens donnés au schéma 6 pour l'isoptère 3/330, ce qui, pour l'oeil normal, fait un total de 500° et en divisant celui-ci par 5; d'un autre côté, le pourcentage de déficit du champ visuel s'obtient en additionnant les degrés perdus dans chacun des huit principaux méridiens mesurés selon les standards du schéma 6 et en divisant le total par 5.

En cas de déficit d'un quadrant ou d'un demi-champ, il faut ajouter le total du déficit de chaque méridien à la moitié du total des deux méridiens limitrophes. Le déficit du champ visuel peut être calculé de la même façon pour d'autres anomalies.

Le tableau 20 prévoit les pourcentages de déficit du champ visuel, déjà calculés selon le nombre de degrés perdus, par tranche de 5 degrés. L'exemple qui suit montre le calcul d'un déficit des champs visuels.

EXEMPLE

Calcul d'un déficit du champ visuel

Déficit restants	Degrés	Normal	
Temporal	55	85	
Temporal inférieur	55	85	85
Inférieur	35	65	
Nasal inférieur	20	50	50
Nasal	30	60	
Nasal supérieur	25	55	55
Supérieur	25	45	
Temporal supérieur	15	55	55
TOTAL	260	500	

c) Détermination de la motilité oculaire

À moins qu'elle ne se trouve dans les 30 degrés du centre de fixation, la diplopie cause rarement un déficit visuel, excepté dans le regard en bas. L'étendue de la diplopie dans les différentes directions du regard, est déterminée sur le périmètre à 330 mm ou sur n'importe quel campimètre à une distance d'un mètre du patient dans chacun des huit méridiens principaux, à l'aide d'une petite lumière d'examen d'évaluation et sans adjonction de lentilles colorées ou de prismes correctifs.

L'écran de diplopie de Hess Lancaster peut aussi être utilisé en plaçant le sujet à 1 mètre et en utilisant les verres colorés rouge, vert, etc.

Pour déterminer la perte de la motilité oculaire, il faut:

- relever sur une carte ordinaire de champ visuel les

résultats de la séparation des deux images;

- additionner les pourcentages correspondants de perte de la motilité oculaire due à la diplopie dans les différentes positions du regard, tel qu'indiqué dans le schéma 7.

d) Détermination de l'efficacité visuelle d'un oeil

Les méthodes prévues à a), b) et c) ci-dessus ont été utilisées pour évaluer:

- l'acuité visuelle
- le champ visuel
- la motilité oculaire

Le pourcentage de l'efficacité d'un oeil est obtenu en multipliant le pourcentage conservé de l'acuité visuelle par le pourcentage conservé du champ visuel et par le pourcentage conservé de la motilité oculaire.

% conservé
de l'acuité
visuelle % conservé
du champ
visuel % conservé
de motilité
oculaire %
d'efficacité
d'un oeil
Oeil
droit
x
x
=
Oeil
gauche
x
x
=

e) Détermination de l'efficacité de l'appareil visuel dans son entier

Le pourcentage d'efficacité du meilleur oeil est multiplié par 3. On lui additionne le pourcentage d'efficacité de l'autre oeil. On divise la somme par 4, ce qui donne le pourcentage de la fonction du système oculaire dans son ensemble ou l'efficacité visuelle binoculaire.

On soustrait le pourcentage d'efficacité visuelle binoculaire obtenu de 100% (vision normale), ce qui donne le pourcentage du DAP pour l'appareil visuel dans son ensemble.

% d'efficacité
du meilleur oeil % d'efficacité
de l'autre oeil % d'efficacité
visuelle binoculaire
(x 3) + =

100 4

-
% d'efficacité
visuelle
binoculaire

=
% du DAP de
l'appareil visuel
dans son ensemble

Le cas échéant s'ajoute le pourcentage de DAP
prévu pour les troubles de la vision des couleurs,
d'adaptation à l'obscurité et neurosensitifs objectivés.

SCHÉMA 6

CHAMPS VISUELS

SCHÉMA 7

POURCENTAGE DE DÉFICIT DE
LA MOTILITÉ OCULAIRE

équivalent à un déficit de 100%

Pourcentage de déficit de la motilité oculaire d'un
oeil dans le champ de la diplopie

TABLEAU 18
NOTATIONS DE L'ACUITÉ VISUELLE CENTRALE

A) VISION À DISTANCE

SNELLEN

anglais SNELLEN

métrique % du déficit
de la vision
centrale

20/16	6/5	0
20/20	6/6	0
20/25	6/7,5	5
20/32	6/10	10
20/40	6/12	15
20/50	6/15	25
20/64	6/20	35
20/80	6/24	40
20/100	6/30	50
20/125	6/38	60
20/160	6/48	70
20/200	6/60	80
20/300	6/90	85
20/400	6/120	90
20/800	6/240	95

B) VISION DE PRÈS

Snellen

Jaeger

Point % du déficit
de la vision
centrale

14/14	1-	3	ou	0,35	0
14/18	2-	4		0,46	0
14/22	...	5		0,56	5
14/28	3-	6		0,71	10
14/35	6	8		0,89	50
14/45	7-	9+		1,14	60
14/56	8	12		1,42	80
14/70	11	14		1,78	85

ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES — DOMMAGES CORPORELS

14/87	...	...	2,21	90
14/112	14	22	2,34	95
14/140	...	...	3,56	98

TABLEAU 19
DÉFICIT DE LA VISION CENTRALE*

(échelle de Snellen)

Vision de près

	14*	14	14	14	14	14	14	14
14	14	14	14	14	14	14	14	14
	14**	18	22	28	35	45	56	
70	87	112	140					
20*	0	0	3	5	25	30	40	
43	45	48	49					
16**	50	50	52	53	63	65	70	
72	73	74	75					
20	0	0	3	5	25	30	40	
43	45	48	49					
20	50	50	52	53	63	65	70	
72	73	74	75					
20	3	3	5	8	28	33	43	
45	48	50	52					
25	52	52	53	54	64	67	72	
73	74	75	76					
20	5	5	8	10	30	35	45	
48	50	53	54					
32	53	53	54	55	65	68	73	
74	75	77	77					
20	8	8	10	13	33	38	48	
50	53	55	57					
40	54	54	55	57	67	69	74	
75	77	78	79					
20	13	13	15	18	38	43	53	
55	58	60	62					
50	57	57	58	59	69	72	77	
78	79	80	81					
20	18	18	20	23	43	48	58	
60	63	65	67					
64	59	59	60	62	72	74	79	
80	82	83	84					
20	20	20	23	25	45	50	60	
63	65	68	69					
80	60	60	62	63	73	75	80	
82	83	84	85					
20	25	25	28	30	50	55	65	
68	70	73	74					
100	63	63	64	65	75	78	83	
84	85	87	87					
20	30	30	33	35	55	60	70	
73	75	78	79					
125	65	65	67	68	78	80	85	
87	88	89	90					

ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES — DOMMAGES CORPORELS

20	35	35	38	40	60	65	75
78	80	83	84				
160	68	68	69	70	80	83	89
89	90	91	92				
20	40	40	43	45	65	70	80
83	85	88	89				
200	70	70	72	73	83	85	90
91	93	94	95				
20	43	43	45	48	68	73	83
85	88	90	92				
300	72	72	73	74	84	87	91
93	94	95	96				
20	45	45	48	50	70	75	85
88	90	93	94				
400	73	73	74	75	85	88	93
94	95	97	97				
20	48	48	50	53	73	78	88
90	93	95	97				
800	74	74	75	77	87	89	94
95	97	98	99				

* Nombre supérieur: pourcentage du déficit de la vision centrale sans allocation pour aphakie monoculaire.

** Nombre inférieur: pourcentage du déficit de la vision centrale avec allocation pour aphakie monoculaire.

Le cas échéant s'ajoute le pourcentage de DAP prévu pour la pseudo-aphakie.

TABLEAU 20
DÉFICIT DU CHAMP VISUEL

Degrés								
perdus								
(total)	Degrés							
restants								
(total)								
Déficit								
%	Degrés							
perdus								
(total)	Degrés							
restants								
(total)								
Déficit								
%	Degrés							
perdus								
(total)	Degrés							
restants								
(total)								
Déficit								
%								
0	500*	0	170	330	34	340	160	68
5	495	1	175	325	35	345	155	69
10	490	2	180	320	36	350	150	70
15	485	3	185	315	37	355	145	71
20	480	4	190	310	38	360	140	72
25	475	5	195	305	39	365	135	73

ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES — DOMMAGES CORPORELS

30	470	6	200	300	40	370	130	74
35	465	7	205	295	41	375	125	75
40	460	8	210	290	42	380	120	76
45	455	9	215	285	43	385	115	77
50	450	10	220	280	44	390	110	78
55	445	11	225	275	45	395	105	79
60	440	12	230	270	46	400	100	80
65	435	13	235	265	47	405	95	81
70	430	14	240	260	48	410	90	82
75	425	15	245	255	49	415	85	83
80	420	16	250	250	50	420	80	84
85	415	17	255	245	51	425	75	85
90	410	18	260	240	52	430	70	86
95	405	19	265	235	53	435	65	87
100	400	20	270	230	54	440	60	88
105	395	21	275	225	55	445	55	89
110	390	22	280	220	56	450	50	90
115	385	23	285	215	57	455	45	91
120	380	24	290	210	58	460	40	92
125	375	25	295	205	59	465	35	93
130	370	26	300	200	60	470	30	94
135	365	27	305	195	61	475	25	95
140	360	28	310	190	62	480	20	96
145	355	29	315	185	63	485	15	97
150	350	30	320	180	64	490	10	98
155	345	31	325	175	65	495	5	99
160	340	32	330	170	66	500	0	100
165	335	33	335	165	67			

* Ou plus

Lorsqu'il y a atteinte du champ visuel central, le pourcentage de DAP sera celui de la perte de l'acuité visuelle concomittante.

Si l'acuité visuelle est normale, le pourcentage de DAP sera calculé à partir des degrés perdus.

B) FONCTIONS ACCESSOIRES (ANNEXES)

DAP
%

1) Système lacrymal

section du canal lacrymal avec larmolement
continuel

léger 1
modéré 2
important 3

troubles de sécrétion par atteinte sympathique
cervicale 1

troubles de sécrétion par atteinte du nerf trijumeau
(V) ou du nerf facial (VII), se référer au chapitre II
sur le système maxillo-facial dap

2) Système protecteur des paupières

atteinte de la paupière par cicatrice vicieuse (trichiasis, entropion, ectropion, symblépharon) 3

le cas échéant s'ajoute le pourcentage pour atteinte de la fonction visuelle

ptose de la paupière par atteinte sympathique cervicale 1

pour le blépharospasme, le clignotement et l'occlusion palpébrale, se référer au chapitre II sur le système maxillo-facial dap

le cas échéant s'ajoute le pourcentage pour atteinte de la fonction visuelle dap

3) Sourcils

perte de fonction 1

4) Cils

perte de fonction 1

C) AUTRES DÉFICITS DES FONCTIONS OCULAIRES

DAP
%

Le pourcentage fixé pour ces déficits s'ajoute au pourcentage fixé pour atteinte de la fonction visuelle dap

Paralysie de l'accommodation ou perte de la vision de près 3

Cataracte ou aphakie 12

Pseudo-aphakie 6

Exophtalmie

se référer à la procédure d'évaluation de la vision dap

Énophtalmie

se référer à la procédure d'évaluation de la vision dap

Iridoplégie ou mydriase fixe basée sur photophobie, difficulté de vision de près, éblouissement 3

Myosis par atteinte sympathique cervicale 1

de plus s'ajoute le pourcentage pour atteinte de
la fonction visuelle dap

Hémianopsie

se référer à la procédure d'évaluation de la fonction
visuelle dap

Troubles de sensibilités péri-oculaires

se référer au chapitre II sur le système
maxillo-facial dap

Troubles de vision des couleurs objectivés 0,5

Troubles d'adaptation à l'obscurité objectivés 0,5

Troubles neurosensitifs objectivés 0,5

EXEMPLE D'ÉVALUATION DE LA VISION

Pourcentage d'efficacité visuelle dans son entier

Oeil gauche

a) Acuité visuelle

- Vision de près de 14/28.
- Vision à distance de 20/80.
- Selon le tableau 19, le déficit de la vision centrale est de 25%,

donc l'acuité conservée est de 75% ou 0,75.

b) Champ visuel

- Perte de 100°.
- Selon le tableau 20, le déficit du champ visuel est de 20%.

donc le champ visuel conservé est de 80% ou 0,80.

c) Motilité oculaire

Perte de 30%,

donc la motilité oculaire conservée est de 70%
ou 0,70.

POURCENTAGE D'EFFICACITÉ DE L'OEIL
GAUCHE:

$0,75 \times 0,80 \times 0,70 = 0,42$, soit 42%.

Oeil droit

a) Acuité visuelle

- Vision de près de 14/22.
- Vision à distance de 20/50.
- Selon le tableau 19, le déficit de la vision centrale est de 15%,

donc l'acuité conservée est de 85% ou 0,85.

b) Champ visuel

- Perte de 150°.
- Selon le tableau 20, le déficit du champ visuel est de 30%.

donc le champ visuel conservé est de 70% ou 0,70.

c) Motilité oculaire

Perte de 20%,

donc la motilité oculaire conservée est de 80% ou 0,80.

POURCENTAGE D'EFFICACITÉ DE L'OEIL DROIT:

$0,85 \times 0,70 \times 0,80 = 0,476$, soit 47,6%.

EFFICACITÉ DU SYSTÈME VISUEL DANS SON ENTIER:

$(47,6 \times 3) + 42 = 46,2\%$ d'efficacité visuelle
4 binoculaire

$100\% - 46,2\% = 53,8\%$ de DAP

Le pourcentage de DAP est de 53,8.

Le pourcentage pour les DPJV qui en résultent est de 21,6.

Le total des pourcentages fixés est de 75,4.

Il n'y a pas de pourcentage fixé pour le PE (cf. règles particulières au début de ce chapitre).

CHAPITRE VI

AUDITION (INCLUANT L'OREILLE EXTERNE, MOYENNE ET INTERNE)

RÈGLES PARTICULIÈRES

1) Les fréquences utilisées pour établir la moyenne des seuils sont 500, 1000, 2000 et 4000 hertz (Hz).

2) Pour les fins du calcul du pourcentage de DAP de la fonction auditive, lorsque le seuil d'audition à une fréquence donnée est plus grand que 100 décibels (dB), il est considéré comme étant à 100 dB.

3) Le seuil d'indemnisation minimal est de 30 dB et le seuil d'indemnisation maximal est de 70dB.

4) On ne fait pas de correction pour la presbyacousie dans l'évaluation de l'audition.

5) Pour la perte complète de l'audition, le pourcentage de DAP est de 54%.

6) Il n'y a pas de préjudice esthétique (PE) résultant des séquelles fonctionnelles auditives.

7) Bilatéralité

Séquelles anatomiques

Lorsqu'un travailleur, en raison d'une lésion professionnelle, subit des déficits anatomo-physiologiques résultant de séquelles anatomiques aux oreilles, le pourcentage total qui est fixé pour ces déficits s'établit en additionnant les pourcentages des DAP fixés pour chacune des atteintes et en y ajoutant une seconde fois le pourcentage fixé pour l'atteinte de l'oreille la moins importante.

Séquelles fonctionnelles

Les pourcentages résultant du calcul de la bilatéralité, à la suite d'atteinte permanente résultant des séquelles fonctionnelles, sont déjà intégrés.

A) SÉQUELLES ANATOMIQUES

i) Pavillon (par oreille)

- Amputation du tiers 2
- Amputation des deux tiers 4
- Amputation complète 6

ii) Conduit auditif externe

- Cicatrice sans séquelle fonctionnelle 1
- Sténose cicatricielle empêchant le nettoyage normal du conduit auditif externe 2
- Sténose complète, non réparée 4

ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES — DOMMAGES CORPORELS

Le cas échéant, s'ajoute le pourcentage prévu pour les séquelles fonctionnelles.

- iii) Tympan
 - Cicatrice importante 2
 - Séquelles importantes (perforation ou autres) non réparées 4

Le cas échéant, s'ajoute le pourcentage prévu pour les séquelles fonctionnelles.

B) SÉQUELLES FONCTIONNELLES

a) PROCÉDURE D'ÉVALUATION DU DÉFICIT DE LA FONCTION AUDITIVE

Cette procédure s'applique pour l'évaluation de la surdité professionnelle (progressive) et de la surdité traumatique (subite).

1) Première étape

On détermine, pour chaque oreille, la moyenne des seuils prélevés aux fréquences 500, 1000, 2000, 4000 Hz et on arrondit cette moyenne suivant le tableau 22.

	Moyenne arrondie d'après le							
	Seuils en dB aux fréquences					Moyenne	tableau 22	
	500	1000	2000	4000 Hz				
Oreille droite	_____	_____	_____	_____	= _____	- 4 = _____	_____	_____
Oreille gauche	_____	_____	_____	_____	= _____	- 4 = _____	_____	_____

TABLEAU 22

Moyenne des seuils
aux fréquences 500,
1000, 2000 et 4000 Hz

Moyenne arrondie	Moyenne des seuils aux fréquences 500, 1000, 2000 et 4000 Hz
30	30 50 50
31,25	30 51,25 50
32,5	35 52,5 55
33,75	35 53,75 55
35	35 55 55

36,25	35	56,25	55
37,5	40	57,5	60
38,75	40	58,75	60
40	40	60	60
41,25	40	61,25	60
42,5	45	62,5	65
43,75	45	63,75	65
45	45	65	65
46,25	45	66,25	65
47,5	50	67,5	70
48,75	50	68,75	70
	70 et plus		70

2) Deuxième étape

À partir du tableau 23, on fixe le pourcentage des déficits anatomo-physiologiques (DAP).

Moyenne arrondie
d'après le tableau 22 DAP
%
Oreille
la plus
atteinte _____
reportée sur
le tableau 23 _____
Oreille
la moins
atteinte _____
reportée sur
le tableau 23 _____

TABLEAU 23
POURCENTAGES DES DÉFICITS ANATOMO-
PHYSIOLOGIQUES (DAP)

Seuil
moyen
en dB Oreille

la moins atteinte DAP		
% Oreille		
la plus atteinte DAP		
%		
30	2,5	0,5
35	5	1
40	7,5	1,5
45	12,5	2,5
50	22,5	4,5
55	32,5	6,5

60	40	8
65	42,5	8,5
70 et plus	45	9

b) POURCENTAGES DE DAP ADDITIONNELS
POUR SURDITÉ TRAUMATIQUE (subite)

i) Seuil moyen arrondi, de 30 à 45 dB

unilatéral 0,2

bilatéral 0,6

ii) Seuil moyen arrondi, de 50 à 70 dB

unilatéral 0,3

bilatéral 0,9

iii) Seuil supérieur à 70 dB

Une réponse valable est obtenue à la stimulation sonore et la communication est possible, surtout avec une prothèse auditive

Au pourcentage fixé selon la procédure d'évaluation du déficit de la fonction auditive, s'ajoute le pourcentage suivant:

unilatéral 2

bilatéral 6

Aucune réponse valable ne peut être obtenue et la communication est impossible, même après amplification auditive

Au pourcentage fixé selon la procédure d'évaluation du déficit de la fonction auditive, s'ajoute le pourcentage suivant:

unilatéral 10

bilatéral 30

EXEMPLES D'ÉVALUATION DU DÉFICIT DE LA FONCTION AUDITIVE

EXEMPLE A: surdité professionnelle (progressive)

Étape I

	500	1000	2000	4000 Hz	Moyenne				
O.D.	20	+	25	+	35	+	75	=	155 ³ 4
= 38,75 dB									
O.D.	20	+	25	+	35	+	75	=	155 ³ 4

= 37,5 dB

Référez au tableau 22.

	Moyenne	Moyenne arrondie
O.D.	38,75	40 dB
O.G.	37,5	40 dB

Étape II

Référez au tableau 23.

DAP

O.D.	la plus atteinte	40 dB	1,5%
O.G.	la moins atteinte	40 dB	7,5%

DAP 9,0% + DPJV 1,35% = 10,35%

EXEMPLE B: surdité professionnelle (progressive)

Étape I

	500	1000	2000	4000 Hz	Moyenne				
O.D.	20	+	20	+	30	+	40	=	110 ³ 4
	= 27,5 dB								
O.G.	20	+	20	+	30	+	40	=	125 ³ 4
	= 31,25 dB								

Référez au tableau 22.

	Moyenne	Moyenne arrondie
O.D.	27,5	<30 dB
O.G.	31,25	30 dB

Étape II

Référez au tableau 23.

DAP

O.D.	la moins atteinte	<30 dB	0%	(cf. règle particulière no 3)
O.G.	la plus atteinte	30 dB	0,5%	

DAP: 0,5% + DPJV: 0,01% = 0,51%

EXEMPLE C: surdité professionnelle (progressive) avec oreille droite morte depuis l'enfance

Étape I

	500	1000	2000	4000 Hz	Moyenne
--	-----	------	------	---------	---------

ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES — DOMMAGES CORPORELS

O.D.	80	+	100	+	100	+	100	=	380 ³
4	=	95 dB							
O.G.	20	+	30	+	40	+	55	=	145 ³
4	=	36,25 dB							

Référez au tableau 22.

	Moyenne	Moyenne arrondie
O.D.	95	>70 dB
O.G.	36,25	35 dB

Étape II

Référez au tableau 23.

DAP

O.D.	la plus atteinte	>70 dB	9%
O.G.	la moins atteinte	35 dB	5%

$$\text{DAP: } 5\% + \text{DPJV: } 0,75\% = 5,75\%$$

EXEMPLE D: surdité traumatique (subite) gauche

Étape I

	500	1000	2000	4000 Hz	Moyenne				
O.D.	0	+	5	+	10	+	20	=	35 ³
4	=	8,75 dB							
O.G.	50	+	70	+	75	+	80	=	275 ³ 4
	=	68,75 dB							

Référez au tableau 22.

	Moyenne	Moyenne arrondie
O.D.	8,75	<30 dB
O.G.	68,75	70 dB

Étape II

Référez au tableau 23.

DAP

O.D.	la moins atteinte	<30 dB	0%	(cf. règle particulière no 3)
O.G.	la plus atteinte	70 dB	9%	
	surdité traumatique	0,3%		
				DAP: 9,3% + DPJV: 1,35% = 10,65%

C) VERTIGES

DAP

‰

PERTE TOTALE DE LA FONCTION
VESTIBULAIRE

Cette perte peut être assimilée à une
labyrinthectomie

unilatérale 5

bilatérale 15

Le cas échéant, s'ajoute un pourcentage de
déficit anatomo-physiologique selon le degré
du déficit fonctionnel

Classe 1

Présence de signes de vertiges périphériques ou
centraux et peut accomplir les activités de la vie
quotidienne sans aucune assistance 2

Classe 2

Présence de signes de vertiges périphériques ou
centraux et peut accomplir les activités de la vie
quotidienne sans assistance, sauf certaines activités
qui peuvent compromettre sa propre sécurité ou
celle des autres telles que la conduite de véhicules
moteurs ou même d'une bicyclette 15

Classe 3

Présence de signes de vertiges périphériques ou
centraux et ne peut accomplir les activités de la
vie quotidienne sans assistance, sauf lorsqu'il
s'agit d'activités simples telles le soin de lui-même,
les tâches domestiques ou la marche 30

Classe 4

Présence de signes de vertiges périphériques ou
centraux et ne peut accomplir les activités usuelles
de la vie quotidienne sans assistance, sauf le soin de
lui-même 50

Classe 5

Présence de signes de vertiges périphériques ou
centraux et ne peut accomplir les activités de la
vie quotidienne sans assistance, sauf le soin de
lui-même et il est confiné à domicile ou en institution
à cause de ses problèmes de vertiges 60

CHAPITRE VII
APPAREIL URINAIRE

RÈGLES PARTICULIÈRES

Dans ce chapitre, les pourcentages résultant du calcul de la bilatéralité, à la suite d'atteinte permanente à des organes symétriques, sont déjà intégrés. Ils sont alors indiqués sous chaque séquelle.

Lorsqu'il n'y a pas d'indication à cet effet, le principe de la bilatéralité ne joue pas.

A) REIN

DAP
%

a) SÉQUELLES ANATOMIQUES

i)	Néphrectomie totale unilatérale	10
ii)	Néphrectomie totale bilatérale	30
iii)	Néphrectomie partielle unilatérale	5
iv)	Néphrectomie partielle bilatérale	15
v)	Lésions calicielles cicatricielles	1
vi)	Sclérose périrénale objectivée	1
vii)	Lombotomie	3

de plus, s'ajoutent les pourcentages prévus
pour les séquelles fonctionnelles ci-dessous dap

b) SÉQUELLES FONCTIONNELLES

Atteinte des fonctions rénales selon les manifestations cliniques et les modifications des tests fonctionnels.

On évalue en fixant le pourcentage de DAP et le pourcentage pour DPJV qui en résultent, pour les manifestations cliniques d'une part, et pour les modifications des tests fonctionnels d'autre part. Les pourcentages les plus élevés des manifestations cliniques ou des tests fonctionnels sont retenus et non pas les deux.

Manifestations cliniques

i)	Absence de manifestation clinique	0
ii)	Symptômes et manifestations intermittentes ne nécessitant pas de surveillance et de traitements continus	5
iii)	Manifestations nécessitant des traitements	

fréquents et une surveillance médicale
continue 15

iv) Manifestations contrôlées incomplètement
par un traitement médical ou chirurgical 30

v) Manifestations non contrôlées par un
traitement médical ou chirurgical 60

Tests fonctionnels

i) Tests normaux 0

ii) Modifications mineures persistantes des
tests associées ou non à une perte de
fonction rénale de 25% ou moins 5

iii) Modifications persistantes des tests,
associées à une perte de 50% et moins,
mais de plus de 25% de la fonction rénale 15

iv) Modifications des tests, associées à une
perte de 75% et moins, mais de plus de 50%
de la fonction rénale 30

v) Modifications des tests associées à une
perte de plus de 75% de la fonction
rénale 60

B) SYSTÈME EXCRÉTEUR SUPÉRIEUR

(CALICE, BASSINET, URETÈRE)

Les déficits suivants, tant au point de vue anatomique
que fonctionnel, s'ajoutent, le cas échéant, à ceux déjà
attribués pour le rein.

SÉQUELLES ANATOMIQUES

i) Aucun déficit 0

ii) Ectasie urétérale, calicielle ou pyélique 5

iii) Dérivation urinaire haute, cutanée ou
intestinale, intubée ou non, avec ou sans
cystectomie 40

de plus, s'ajoutent les pourcentages prévus
pour les séquelles fonctionnelles du rein dap

C) VESSIE

a) SÉQUELLES ANATOMIQUES

Les déficits suivants, tant au point de vue anatomique

que fonctionnel, s'ajoutent, le cas échéant, à ceux déjà attribués pour le système excréteur supérieur et pour le rein.

DAP
%

- i) Rupture de la vessie ne nécessitant pas une réparation chirurgicale et sans déficit anatomique objectivé 0
- ii) Rupture de la vessie nécessitant une réparation chirurgicale 3
- iii) Cystectomie partielle 5
- iv) Cystectomie (entéro-cystoplastie) 10
- v) Cystectomie totale 30
- vi) Dérivation urinaire basse, cutanée ou intestinale, intubée ou non, y compris sonde urétrale à demeure, avec ou sans cystectomie 40

de plus, s'ajoutent les pourcentages prévus pour les séquelles fonctionnelles ci-dessous dap

b) SÉQUELLES FONCTIONNELLES

- i) Sans séquelle fonctionnelle 0
- ii) Manifestations cliniques ou séquelles nécessitant des traitements intermittents 5
- iii) Manifestations cliniques ou séquelles nécessitant une surveillance médicale et une médication continue (exemple: cystite récidivante, incontinence par miction impérieuse contrôlée par médication) 15
- iv) Manifestations cliniques ou séquelles incomplètement contrôlées, malgré les traitements médicaux et chirurgicaux (exemple: rétention ou incontinence partielle et intermittente) 30
- v) Manifestations cliniques ou séquelles non contrôlées, malgré les traitements médicaux et chirurgicaux (exemple: incontinence totale ou rétention urinaire complète) 60

D) URÈTRE

Les déficits suivants, tant au point de vue anatomique que fonctionnel, s'ajoutent, le cas échéant, à ceux déjà

attribués pour la vessie, pour le système excréteur supérieur et pour le rein.

SÉQUELLES ANATOMIQUES ET
FONCTIONNELLES

	DAP	%
i) Aucune	0	
ii) Rétrécissement nécessitant des dilatations occasionnelles à tous les 3 ou 4 mois		5
iii) Rétrécissement nécessitant des dilatations à toutes les 3 ou 4 semaines		10
iv) Fistules	15	
v) Diverticules	5	

CHAPITRE VIII
APPAREIL GÉNITAL FEMELLE

RÈGLES PARTICULIÈRES

Dans ce chapitre, les pourcentages résultant du calcul de la bilatéralité, à la suite d'atteinte permanente à des organes symétriques, sont déjà intégrés. Ils sont alors indiqués sous chaque séquelle.

Lorsqu'il n'y a pas d'indication à cet effet, le principe de la bilatéralité ne joue pas.

A) ORGANES GÉNITAUX INTERNES

- i) Ovaires
 - Perte d'un ovaire 7
 - Perte anatomique ou fonctionnelle des deux ovaires, incluant la thérapie de remplacement 21

de plus, s'ajoute un des pourcentages suivants, en fonction de l'âge

 - 50 ans et moins 7
 - 51 ans et plus 2

Le cas échéant, s'ajoute un pourcentage de DPJV pour les troubles de la fonction sexuelle
- ii) Perte de l'utérus 10

De plus, s'ajoute un pourcentage de DPJV en fonction de l'âge, jusqu'à 50 ans 0

Le cas échéant, s'ajoute un pourcentage de DPJV pour les troubles de la fonction sexuelle

B) ORGANES GÉNITAUX EXTERNES

Classe 1

Aucun déficit 0

Classe 2

Relations sexuelles possibles, mais avec légères difficultés (accouchement par voie basse possible) 5

Classe 3

Relations sexuelles possibles, mais avec difficultés (accouchement par voie basse limité) 15

Classe 4

Relations sexuelles impossibles (accouchement par voie basse impossible) et symptômes non contrôlés par traitement médical ou chirurgical 20

Le cas échéant, s'ajoute un pourcentage de DPJV pour les troubles de la fonction sexuelle

C) DYSTOCIE OSSEUSE

Ces pourcentages ne sont attribués que s'il y a grossesse nécessitant une césarienne; ils incluent les pourcentages prévus pour césarienne 5

D) CÉSARIENNE

À ces pourcentages s'ajoute le pourcentage prévu pour laparotomie, cf. chapitre XII sur le système digestif 2

E) TROUBLES DE LA FONCTION SEXUELLE

Ces pourcentages ne sont attribués, le cas échéant, que s'il y a troubles de la fonction sexuelle résultant de séquelles permanentes aux organes génitaux externes ou internes, prévues à ce chapitre.

DPJV
%

i) Déficit mineur

Manque d'intérêt suffisant pour entraîner

une diminution de la fréquence des activités
la sexuelles, mais sans altération au niveau de
satisfaction 5

ii) Déficit modéré

Manque d'intérêt suffisant pour entraîner
une diminution importante de la fréquence,
ou freiner parfois le déroulement du cycle
sexuel régulier 10

iii. Déficit majeur

Échecs sexuels répétés conduisant à un
évitement des activités sexuelles 15

iv) Absence de fonctionnement sexuel

Toute activité sexuelle impossible 30

CHAPITRE IX
APPAREIL GÉNITAL MÂLE

RÈGLES PARTICULIÈRES

Dans ce chapitre, les pourcentages résultant
du calcul de la bilatéralité, à la suite d'atteinte
permanent à des organes symétriques, sont déjà
intégrés. Ils sont alors indiqués sous chaque séquelle.

Lorsqu'il n'y a pas d'indication à cet effet, le principe
de la bilatéralité ne joue pas.

A) PÉNIS

DAP
%

Classe 1

Aucun déficit 0

Classe 2

Relations sexuelles possibles, mais avec légères
difficultés objectivées et documentées 5

Classe 3

Relations sexuelles possibles, mais avec difficultés
objectivées et documentées 15

Classe 4

Relations sexuelles impossibles pour une cause
anatomique ou physiologique objectivée (exemple:

amputation du pénis) 20

Le cas échéant, s'ajoute un pourcentage de DPJV pour les troubles de la fonction sexuelle

B) SCROTUM

Classe 1

Aucune séquelle 0

Classe 2

Séquelles mineures, symptômes et signes de perte ou d'atteinte scrotale 5

Classe 3

Séquelles majeures, symptômes et signes de perte ou d'atteinte scrotale nécessitant une réimplantation testiculaire 15

Le cas échéant, s'ajoute un pourcentage de DPJV pour les troubles de la fonction sexuelle

C) CONTENU SCROTAL

Classe 1

Aucune séquelle 0

Classe 2

Manifestations cliniques ou séquelles à l'un ou à l'autre des éléments du cordon, avec altération ne nécessitant pas de traitements continuels et sans anomalie de la fonction séminale ou hormonale (exemple: épidiidymite chronique, perte d'un testicule) 7

Classe 3

Manifestations cliniques ou séquelles à l'un ou à l'autre des éléments du cordon, avec altération anatomique nécessitant des traitements fréquents ou continus et avec des anomalies séminales ou hormonales objectivées 15

Classe 4

Perte anatomique ou fonctionnelle complète bilatérale des éléments contenus dans le scrotum 21

de plus, s'ajoute un des pourcentages suivants, en fonction de l'âge

- 50 ans et moins 7

- 51 ans et plus 2

Le cas échéant, s'ajoute un pourcentage de DPJV pour les troubles de la fonction sexuelle

D) PROSTATE ET VÉSICULES SÉMINALES

Classe 1

Aucun déficit 0

Classe 2

Manifestations intermittentes et objectivées d'une atteinte

- de la prostate 5
- d'une vésicule séminale 4

Classe 3

Manifestations fréquentes, sévères et objectivées nécessitant des traitements continus

- de la prostate 10
- des vésicules séminales 12

Le cas échéant, s'ajoute un pourcentage de DPJV pour les troubles de la fonction sexuelle

E) TROUBLES DE LA FONCTION SEXUELLE

Ces pourcentages ne sont attribués, le cas échéant, que s'il y a troubles de la fonction sexuelle résultant de séquelles permanentes aux organes génitaux externes ou internes prévues à ce chapitre.

DPJV
%

i) Déficit mineur

Manque d'intérêt suffisant pour entraîner une diminution de la fréquence des activités sexuelles, mais sans altération au niveau de la satisfaction 5

ii) Déficit modéré

Manque d'intérêt suffisant pour entraîner une diminution importante de la fréquence, ou freiner parfois le déroulement du cycle sexuel régulier 10

iii) Déficit majeur

Échecs sexuels répétés conduisant à un évitement des activités sexuelles 15

iv) Absence de fonctionnement sexuel

Toute activité sexuelle est impossible 30

CHAPITRE X
SYSTÈME ENDOCRINIEN

RÈGLES PARTICULIÈRES

1) Dans ce chapitre, les pourcentages résultant du calcul de la bilatéralité, à la suite d'atteinte permanente à des organes symétriques, sont déjà intégrés. Ils sont alors indiqués sous chaque séquelle.

Lorsqu'il n'y a pas d'indication à cet effet, le principe de la bilatéralité ne joue pas.

2) L'évaluation se fait douze mois après l'événement.

A) ATTEINTE FONCTIONNELLE DE
L'HYPOTHALAMUS ET DE L'HYPOPHYSE
DÉTERMINANT UN HYPOPIUITARISME

DAP
%

Totale 60

Partielle

se référer au déficit hormonal concerné dap

Diabète insipide

• total 30

• partiel 20

Déficit en hormone de croissance

• 0 à 12 ans 55

• 13 à 16 ans 30

• 17 à 22 ans 20

B) ATTEINTE DE LA THYROÏDE

a) SÉQUELLES ANATOMIQUES

Thyroidectomie partielle ou totale 3

b) SÉQUELLES FONCTIONNELLES

Hypothyroïdie primaire, secondaire ou tertiaire,
nécessitant un remplacement hormonal 15

en cas de complications cardiaques, se référer au
chapitre XIII sur le système cardio-vasculaire dap

C) ATTEINTE DES PARATHYROÏDES

a) SÉQUELLES ANATOMIQUES

Parathyroïdectomie partielle ou totale 3

b) SÉQUELLES FONCTIONNELLES

Hypoparathyroïdie 25

D) ATTEINTE FONCTIONNELLE DU PANCRÉAS

(diabète pancréatoprive)

Contrôlée par diète 10

Contrôlée par diète et médication orale 20

Contrôlée par diète et insuline 50

de plus, s'ajoutent les pourcentages suivants, en
fonction de l'âge

- 0 à 30 ans 30
- 31 à 40 ans 20
- 41 à 50 ans 15
- 51 à 60 ans 10
- plus de 60 ans 5

E) ATTEINTE DES SURRÉNALES

a) SÉQUELLES ANATOMIQUES

Surrénalectomie

- unilatérale 8
- bilatérale, incluant la thérapie de remplacement 24

b) SÉQUELLES FONCTIONNELLES

Hypofonction surrénalienne, nécessitant une
thérapie de remplacement 20

F) ATTEINTE DES GONADES

(ovaires et testicules)

Se référer au chapitre VIII sur l'appareil génital femelle et au chapitre IX sur l'appareil génital mâle

CHAPITRE XI
LARYNX ET TRACHÉE

RÈGLES PARTICULIÈRES

Dans ce chapitre, le principe de la bilatéralité ne s'applique pas.

A) LARYNGECTOMIE

Partielle 3

de plus, s'ajoute le pourcentage prévu pour la dysphonie dap

Totale 5

de plus, s'ajoute le pourcentage prévu pour trachéostomie permanente dap

B) TRAUMATISME DE LA TRACHÉE

Sans séquelle fonctionnelle 0

Avec persistance d'une sténose, sans altération de la fonction respiratoire 3

le cas échéant, s'ajoute le pourcentage prévu pour altération de la fonction respiratoire résultant de cette sténose. Se référer au chapitre XVI sur le système respiratoire dap

Avec sténose nécessitant une trachéostomie permanente, incluant les altérations de la phonation 30

C) DYSPHONIE

(altération de la phonation sans trachéostomie permanente)

L'évaluation est basée sur les trois fonctions suivantes:

- audibilité
- intelligibilité
- efficacité fonctionnelle

Classe 1

une seule fonction est atteinte 3

Classe 2

deux fonctions sont atteintes 6

Classe 3

les trois fonctions sont atteintes 15

CHAPITRE XII

SYSTÈME DIGESTIF ET RATE

RÈGLES PARTICULIÈRES

1) Dans ce chapitre, les pourcentages résultant du calcul de la bilatéralité, à la suite d'atteinte permanente à des organes symétriques, sont déjà intégrés. Ils sont alors indiqués sous chaque séquelle.

Lorsqu'il n'y a pas d'indication à cet effet, le principe de la bilatéralité ne joue pas.

2) Bien que ne relevant pas du système digestif, la rate a été incluse dans ce chapitre en raison de sa situation intra-abdominale.

DAP
%

Laparotomie	3
Laparocentèse	0
Drainage abdominal	0
Thoraco-laparotomie	7

A) OESOPHAGE ET DIAPHRAGME

L'évaluation se fait en fonction des troubles digestifs et de leurs conséquences fonctionnelles. Les troubles digestifs peuvent concerner des séquelles telles qu'un reflux gastro-oesophagien, des troubles de la déglutition avec ou sans sténose oesophagienne et leurs conséquences sur l'état général.

a) SÉQUELLES ANATOMIQUES

Réparation d'une lésion ou d'un traumatisme oesophagien

- sans séquelle fonctionnelle objectivée 3
- avec séquelles fonctionnelles objectivées 5

de plus, s'ajoute le pourcentage prévu pour les séquelles fonctionnelles ci-dessous

b) SÉQUELLES FONCTIONNELLES

Classe 1

Présence de séquelles contrôlées par une diète ou un traitement médical, tel que médication ou dilatation de l'oesophage, sans perte de poids importante (perte de poids inférieure à 10% par rapport au poids réel au moment de l'événement) 10

Classe 2

Présence de séquelles partiellement contrôlées par un traitement médical, ou associées à une perte de poids de 10% à 20% par rapport au poids réel au moment de l'événement 25

Classe 3

Présence de séquelles non contrôlées par un traitement médical, tel que gavage ou gastrostomie ou hyperalimentation, ou associées à une perte de poids supérieure à 20% par rapport au poids réel au moment de l'événement 60

B) ESTOMAC ET DUODÉNUM

L'évaluation se fait en fonction des troubles digestifs, des troubles d'absorption et de leurs conséquences sur l'état général et l'état de nutrition.

a) SÉQUELLES ANATOMIQUES

Vagotomie et pyloroplastie ou correction de traumatisme (perforation), sans résection 5

Vagotomie avec antrectomie 10

Gastrectomie sub-totale (plus de 50%) 20

Gastrectomie totale 40

de plus, s'ajoute, le cas échéant, le pourcentage prévu pour les séquelles fonctionnelles ci-dessous

b) SÉQUELLES FONCTIONNELLES

Classe 1

Sans séquelle fonctionnelle objectivable, ne nécessitant pas de traitement médical continu 0

Classe 2

Présence de séquelles nécessitant un traitement médical continu, mais sans atteinte de l'état général et sans perte de poids importante (perte de poids inférieure à 10% du poids réel au moment de l'événement) 5

Classe 3

Présence de séquelles partiellement contrôlées par un traitement médical continu ou chirurgical, associées à une certaine restriction des activités, ou à une perte de poids de 10% à 20% par rapport au poids réel au moment de l'événement 10

Classe 4

Présence de séquelles non contrôlées par un traitement médical continu ou chirurgical, associées à une restriction importante des activités, ou à une perte de poids de plus de 20% par rapport au poids réel au moment de l'événement 25

C) INTESTIN GRÈLE

L'évaluation se fait en fonction des troubles digestifs, des troubles d'absorption et de leurs conséquences sur l'état général et l'état de nutrition.

a) SÉQUELLES ANATOMIQUES

Classe 1

Réparation d'une lésion ou d'un traumatisme sans résection, ni séquelle objectivée 3

Classe 2

Résection de 50% et moins 7

Classe 3

Résection de plus de 50% 30

le cas échéant, s'ajoutent les pourcentages prévus pour les séquelles fonctionnelles ci-dessous

b) SÉQUELLES FONCTIONNELLES

Classe 1

Présence de séquelles contrôlées par un traitement médical continu mais sans atteinte de l'état général 5

Classe 2

Présence de séquelles partiellement contrôlées par un traitement médical continu, associées à une certaine restriction des activités, ou à une perte de poids de 10% à 20% par rapport au poids réel au moment de l'événement 15

Classe 3

Présence de séquelles non contrôlées par un traitement médical continu, associées à une restriction importante des activités, ou à une perte de poids de plus de 20% par rapport au poids réel au moment de l'événement 50

D) CÔLON

L'évaluation se fait en fonction des troubles digestifs et de leurs conséquences sur l'état général et l'état de nutrition.

a) SÉQUELLES ANATOMIQUES

Classe 1

Réparation d'une lésion ou traumatisme du côlon sans résection 3

Classe 2

Réparation d'une lésion ou traumatisme du côlon avec résection partielle 7

Classe 3

Réparation d'une lésion ou traumatisme du côlon avec résection du côlon gauche ou du côlon droit 15

Classe 4

Résection pan-colique avec iléostomie ou colostomie permanente 40

le cas échéant, s'ajoute le pourcentage prévu pour les séquelles fonctionnelles ci-dessous

b) SÉQUELLES FONCTIONNELLES

Classe 1

Sans séquelle fonctionnelle objectivée, ne nécessitant pas de traitement médical continu 0

Classe 2

Présence de séquelles nécessitant un traitement médical continu, mais sans atteinte de l'état général, sans restriction des activités, ou sans perte de poids importante (perte de poids inférieure à 10% par rapport au poids réel au moment de l'événement) 5

Classe 3

Présence de séquelles partiellement contrôlées par un traitement médical continu, associées à une certaine restriction des activités, ou à une perte de poids de

10% à 20% par rapport au poids réel au moment de
l'événement 10

Classe 4

Présence de séquelles non contrôlées par un traitement
médical continu, associées à une restriction importante
des activités, ou à une perte de poids de plus de 20%
par rapport au poids réel au moment de l'événement 25

E) ANUS ET RECTUM

(fonction ano-rectale)

Classe 1

Réparation d'une lésion sans séquelle fonctionnelle 1

Classe 2

Réparation d'une lésion suivie de séquelles contrôlées
par un traitement médical 5

Classe 3

Réparation d'une lésion suivie de séquelles nécessitant
une surveillance médicale continue 10

Classe 4

Réparation d'une lésion suivie de séquelles
incomplètement contrôlées par un traitement médical
ou chirurgical 20

Classe 5

Réparation d'une lésion suivie de séquelles non
contrôlées par des traitements médicaux ou
chirurgicaux 40

F) FOIE

a) RÉPARATION D'UN TRAUMATISME OU
D'UNE LACÉRATION DU FOIE

Sans résection 3

Avec résection 5

b) MALADIE HÉPATIQUE
PARENCHYMATEUSE

1) Maladie hépatique aiguë

sans séquelle 0

2) Maladie hépatique aiguë

avec séquelles

- hépatite non spécifique ou hépatite chronique persistante confirmée histologiquement, ou

évidence biologique de maladie hépatique chronique, sans manifestation clinique de décompensation de la fonction hépatique (ictère, ascite, encéphalopathie hépatique ou hémorragie digestive par hypertension portale) 10

- hépatite chronique active ou cirrhose confirmée histologiquement, sans manifestation clinique de décompensation de la fonction hépatique 30

- évidence biologique ou histologique de maladie hépatique chronique, avec signes cliniques de décompensation de la fonction hépatique 80

G) VOIES BILIAIRES ET VÉSICULE BILIAIRE

Classe 1

Réparation de traumatisme ou lacération, sans séquelle objectivable 3

Classe 2

Réparation de traumatisme ou lacération, avec séquelles fonctionnelles symptomatiques, sans évidence d'anomalie biologique ou anatomique 5

Classe 3

Réparation d'un traumatisme ou d'une lacération, sans séquelle fonctionnelle ou biologique, mais avec séquelles anatomiques (incluant cholécystectomie ou anastomose bilio-digestive) 7

Classe 4

Réparation de traumatisme ou d'une lacération, avec séquelles biologiques ou anatomiques (excluant cholécystectomie ou anastomose bilio-digestive)

- i) sans évidence de maladie hépato-biliaire chronique évolutive 25
- ii) avec évidence de maladie hépato-biliaire évolutive (épisode de cholangite ou d'obstruction progressive des voies biliaires), ou avec signes de décompensation

H) PANCRÉAS

L'évaluation se fait en fonction des troubles digestifs, des troubles d'absorption de même que de leurs conséquences sur l'état général et l'état de nutrition. Pour la glycorégulation, on se réfère au chapitre X sur le système endocrinien.

Pancréatite aiguë ou traumatisme pancréatique, sans résection, sans séquelle objectivée 3

Traumatisme pancréatique ayant nécessité une résection ou ayant évolué vers une pancréatite chronique

• sans insuffisance pancréatique exocrine 10

• avec insuffisance pancréatique exocrine

i) contrôlée par diète, traitement médical ou chirurgical, sans perte de poids importante (perte de poids inférieure à 10% par rapport au poids réel au moment de l'événement) 15

ii) partiellement contrôlée par diète, traitement médical ou chirurgical, ou perte de poids de 10% à 20% par rapport au poids réel au moment de l'événement 25

iii) non contrôlée par diète, traitement médical ou chirurgical, ou fréquemment symptomatique avec restriction des activités, ou avec perte de poids de plus de 20% par rapport au poids réel au moment de l'événement 50

I) HERNIE

a) OPÉRÉE

1) Inguinale (directe, indirecte) ou fémorale
unilatérale 1
bilatérale 3

2) Épigastrique ou ombilicale 1

3) Incisionnelle 2

4) Inguinale récidivante
unilatérale 1
bilatérale 3

b) NON OPÉRÉE

1) Inguinale (directe, indirecte), fémorale

peu volumineuse, réductible
 unilatérale 2
 bilatérale 6
 modérément volumineuse, difficilement
 réductible
 unilatérale 5
 bilatérale 15
 volumineuse, irréductible
 unilatérale 7
 bilatérale 21

2) Incisionnelle
 peu volumineuse, réductible 2
 modérément volumineuse, difficilement
 réductible 5
 volumineuse, irréductible 7

J) RATE

L'ablation de la rate peut perturber le système
 hématopoïétique et entraîner un déficit immunologique.

Splénectomie

- 0 à 6 ans 8
- 7 à 15 ans 5
- plus de 15 ans 3

De plus, s'ajoute le pourcentage prévu pour la
 laparotomie dap

CHAPITRE XIII
 SYSTÈME CARDIO-VASCULAIRE

RÈGLES PARTICULIÈRES

Bilatéralité

1) Dans ce chapitre, à l'exception du phénomène de
 Raynaud et des séquelles consécutives à une lésion
 vasculaire aux membres supérieurs, aux membres inférieurs
 et à des séquelles consécutives à des lésions veineuses et
 lymphatiques, les pourcentages résultant du calcul de la
 bilatéralité, à la suite d'atteinte permanente à des organes
 symétriques, sont déjà intégrés. Ils sont alors indiqués sous
 chaque séquelle. Lorsqu'il n'y a pas d'indication à cet effet, le
 principe de la bilatéralité ne joue pas.

2) Phénomène de Raynaud et séquelles consécutives à
 une lésion vasculaire aux membres supérieurs, aux
 membres inférieurs et à des séquelles consécutives à des
 lésions veineuses et lymphatiques

Lorsqu'un travailleur, en raison d'une lésion
 professionnelle, subit des déficits anatomo-physiologiques

(DAP) à des organes symétriques, en raison du phénomène de Raynaud ou de séquelles consécutives à une lésion vasculaire aux membres supérieurs et aux membres inférieurs, et à des séquelles consécutives à des lésions veineuses et lymphatiques, le pourcentage total qui lui est octroyé pour ces déficits s'établit en additionnant les pourcentages des DAP déterminés pour chacun des organes et en y ajoutant une seconde fois le pourcentage déterminé pour l'organe le moins atteint.

A) LÉSIONS CARDIAQUES

L'évaluation des séquelles cardiaques doit se faire après la consolidation de la lésion:

- i) au moins six (6) mois suivant un traitement médical;
- ii) au moins un (1) an suivant un traitement chirurgical.

La discordance fréquente entre les signes objectifs et les symptômes subjectifs doit être soulignée.

Ainsi, un travailleur avec une maladie coronarienne peut avoir un examen physique normal avec électrocardiogramme de repos normal.

De plus, lors de l'évaluation à l'effort, l'électrocardiogramme peut demeurer normal malgré des symptômes d'angine importants.

Enfin, la présence de certains symptômes suggestifs de maladie cardiaque n'implique pas nécessairement la présence d'une atteinte organique ou fonctionnelle (cf. tableau 24 de la capacité résiduelle fonctionnelle consécutive à une lésion cardio-vasculaire).

B) PÉRICARDITE

DAP
%

Se référer au tableau 24 de la capacité résiduelle fonctionnelle consécutive à une lésion cardiovasculaire dap

C) LÉSIONS ARTÉRIELLES THORACIQUES

L'évaluation se fait après la consolidation de la lésion, soit six à douze mois après l'événement.

a) REMPLACEMENT DE L'AORTE THORACIQUE ASCENDANTE PAR PROTHÈSE

Sans séquelle fonctionnelle	8
Avec séquelles fonctionnelles	8

de plus, se référer au tableau 24 de la capacité résiduelle fonctionnelle consécutive à une lésion cardio-vasculaire dap

b) REMPLACEMENT DE L'AORTE THORACIQUE DESCENDANTE PAR PROTHÈSE

Sans séquelle fonctionnelle 5

Avec séquelles fonctionnelles 5

de plus, se référer au tableau 24 de la capacité résiduelle fonctionnelle consécutive à une lésion cardio-vasculaire dap

D) LÉSIONS ARTÉRIELLES PÉRIPHÉRIQUES

(sous-clavière, membres supérieurs, membres inférieurs)

DAP
%

Chirurgie de l'aorte abdominale (endartériectomie ou greffe)

• sans séquelle fonctionnelle 5

• avec séquelles fonctionnelles 5

de plus, se référer au tableau 25 de la capacité résiduelle fonctionnelle consécutive à une lésion vasculaire des membres inférieurs dap

Chirurgie des artères périphériques (endartériectomie, greffes ou artériorraphies)

• sans séquelle fonctionnelle 3

• avec séquelles fonctionnelles 3

de plus, se référer au tableau 25 sur la capacité résiduelle fonctionnelle consécutive à une lésion vasculaire des membres inférieurs, ou au tableau 26 sur la capacité résiduelle fonctionnelle consécutive à une lésion vasculaire aux membres supérieurs dap

Sympathectomie

• unilatérale 3

• bilatérale 9

Angioplastie trans-luminale 3

Une ou des lésions des carotides peuvent laisser des séquelles au niveau du cerveau

se référer au chapitre III sur le système nerveux
central dap

E) LÉSIONS VEINEUSES ET LYMPHATIQUES

Insuffisance veineuse superficielle ou
thrombophlébite superficielle récurrente 2

Insuffisance veineuse post-phlébitique ou
insuffisance lymphatique

- classe 1

peu ou pas de séquelles 3

- classe 2

syndrome post-phlébitique léger, bien contrôlé par
un traitement médical usuel 5

- classe 3

syndrome post-phlébitique modéré, incomplètement
contrôlé par un traitement médical usuel 10

- classe 4

syndrome post-phlébitique sévère, non contrôlé par
un traitement médical usuel, avec troubles trophiques
sans ulcération 15

- classe 5

syndrome post-phlébitique sévère, non contrôlé par un
traitement médical usuel, avec troubles trophiques et
ulcération récidivante 25

F) PHÉNOMÈNE DE RAYNAUD ET DU
SYNDROME VIBRATOIRE

Se référer au tableau 27 de la classification du
phénomène de Raynaud et du syndrome vibratoire.

TABLEAU 24
CAPACITÉ RÉSIDUELLE FONCTIONNELLE
CONSÉCUTIVE À UNE LÉSION
CARDIO-VASCULAIRE

La mesure de la capacité résiduelle fonctionnelle est
basée sur les classes suivantes, selon le résultat de l'épreuve
maximale d'effort.

L'unité de mesure est le mets. Un mets équivaut à la
consommation de 3,5 ml d'oxygène au repos, par
kilogramme de poids, par minute.

DAP

‰

Classe 1 (plus de 7 mets)

- sans symptôme (angine ou essoufflement)
spontané ou provoqué (épreuve maximale d'effort) 10
- avec symptômes (angine ou essoufflement)
spontanés ou provoqués (épreuve maximale d'effort) 20

Classe 2 (5, 6, 7 mets)

sans symptôme (angine ou essoufflement) pour
des activités physiques ordinaires (marche, montée
d'escalier, transport de colis) 30

Classe 3 (4 mets)

Légère limitation pour des activités ordinaires
(l'angine ou l'essoufflement apparaît à la marche
rapide, ou en terrain accidenté, ou en terrain plat
après un repas, ou par temps froid ou venteux, ou
sous stress émotionnel, ou le matin après l'éveil.
L'angine apparaît à la montée rapide d'une volée
d'escalier, ou de plus d'une volée d'escalier à pas
normal) 40

Classe 4 (2, 3 mets)

Limitation modérée des activités physiques ordinaires
(l'angine ou l'essoufflement apparaît à la montée d'une
seule volée d'escalier à pas normal, à la marche en
terrain plat couvrant un à deux pâtés de maisons) 60

classe 5 (1, 2 mets)

Limitation marquée vis-à-vis une activité physique
légère (l'angine ou l'essoufflement apparaît à la marche
de quelques pas, aux mouvements nécessaires à la
toilette personnelle. L'angine peut survenir au
repos ou pendant le sommeil) 80

TABLEAU 25
CAPACITÉ RÉSIDUELLE FONCTIONNELLE
CONSÉCUTIVE À UNE LÉSION VASCULAIRE AUX
MEMBRES INFÉRIEURS

DAP

‰

Classe 1

Lésions vasculaires sans séquelle fonctionnelle 0

Classe 2

Claudication intermittente, peu limitante, apparaissant

à la marche d'un pas régulier sur une distance de
300 à 500 mètres; par membre 15

Classe 3

Claudication limitante, apparaissant à la marche
d'un pas régulier sur une distance de 120 à 150
mètres; par membre 30

Classe 4

Claudication incapacitante, apparaissant à la marche
d'un pas régulier sur une distance de 75 mètres;
par membre 40

Classe 5

Insuffisance artérielle sévère avec douleurs au repos
et troubles trophiques, ulcérations; par membre 50

TABLEAU 26
CAPACITÉ RÉSIDUELLE FONCTIONNELLE
CONSÉCUTIVE À UNE LÉSION VASCULAIREAUX
MEMBRES SUPÉRIEURS, À L'EXCLUSION DU
PHÉNOMÈNE DE RAYNAUD ET DU SYNDROME
VIBRATOIRE

DAP
%

Classe 1

Lésion vasculaire sans séquelle fonctionnelle 0

Classe 2

Douleur intermittente, peu limitante, apparaissant
à la suite d'efforts importants; par membre 15

Classe 3

Douleur limitante, apparaissant à l'occasion d'un
effort habituel; par membre 30

Classe 4

Douleur importante, apparaissant à la suite d'un
effort léger; par membre 40

Classe 5

Douleur au repos avec troubles trophiques,
ulcérations; par membre 50

TABLEAU 27
CLASSIFICATION DU PHÉNOMÈNE DE RAYNAUD
ET DU SYNDROME VIBRATOIRE

Pour appartenir à une classe, il n'est pas nécessaire que tous les paramètres contenus à l'intérieur de la classe soient présents, sauf pour les tests vasculaires où l'un des deux doit être positif.

En présence d'une classe 5, une évaluation devra être effectuée en musculo-squelettique et le pourcentage de DAP le plus élevé des deux sera accordé.

De plus, lorsqu'il existe d'autres séquelles appartenant au syndrome vibratoire, se référer aux chapitres concernés.

Classes

Tableau clinique

PR ou SV*

Restriction climatique
des activités impliquant
les parties atteintes

Tests vasculaires

RDT**

PLET***

%

DAP

(1) ABSENT AUCUN NORMAL NORMAL 0

LÉGER

(2) PRÉSENT

Causé par froid ou vibrations (hiver, printemps et automne)

Quelques fois par jour

Activités continuées après réchauffement PEU Courbe lente à 15 minutes:

1 inférieur à la température de base Ondes fragmentées

Ondes peaked

Ondes dicrites hautes

Ondes N 1/3 amplitude

Ondes occlusives avec amplitude 1/2N 0,5

MODÉRÉ

(3) PRÉSENT

Causé par fraîche, vent

(été)

Douleurs, raideur modérée

Réchauffement obligatoire

Recherche traitement médical

Troubles neuro-musculo-

squelettiques

Occasionnels

Avant et après activités ASSEZ

Réduction de la durée,

Choix des conditions

de température

Certaines activités abandonnées Courbe lente à 15 minutes:

2 à 3 inférieur à la température de base Ondes occlusives avec amplitude 1/2N 2

SÉVÈRE

(4) PRÉSENT au moindre contact avec froid ou vibrations, raideur marquée, reprise difficile de l'activité

Oedème, cyanose,

sclérodactylie

Troubles neuro-musculo-squelettiques

Douleurs, raideurs, crampes et engourdissements fréquents à l'activité et au repos

Manipulations délicates difficiles BEAUCOUP

Abandon de toute

activité au froid Courbe lente

à 15 minutes:

4° et plus inférieur

à la température de base Ondes absentes ou

anormales au repos

et après réchauffement 3

TRÈS

SÉVÈRE

(5) Troubles circulatoires permanents Abandon de toute activité Courbe lente à 15 minutes:

4° et plus inférieur à la température de base Ondes anormales au

repos et après réchauffement 5

De plus, s'ajoute un pourcentage additionnel pour ulcération, escarre ou gangrène 5

*PR: phénomène de Raynaud; SV: syndrome vibratoire.

** RDT: tests de récupération de la température digitale.

*** PLET: pléthysmographie

CHAPITRE XIV

PEAU ET SENSIBILISATIONS

RÈGLES PARTICULIÈRES

A) DERMATOSES INCLUANT LES

SENSIBILISATIONS CUTANÉES

1) L'évaluation médicale dermatologique a trait à la peau et à ses annexes.

Les limitations fonctionnelles des mouvements des articulations sous-jacentes, secondaires à une atteinte cutanée, sont incluses dans le pourcentage du déficit anatomo-physiologique (DAP), lorsque ces limitations représentent 50% et moins de la fonction articulaire normale.

Pour le cas où la limitation de la fonction excède 50% du bilan articulaire normal, une évaluation médicale additionnelle en musculo-squelettique est effectuée, et le pourcentage de DAP qui est retenu suite à ces évaluations, est celui qui est le plus élevé des deux.

2) L'évaluation médicale est effectuée lorsque la dermatose est en période de stabilité clinique chronique, sans modification récente et significative de la médication en cours.

3) La fixation du pourcentage de DAP pour les séquelles cutanées doit être conforme aux principes suivants:

La première évaluation médicale en vue de fixer le pourcentage de DAP doit être effectuée au cours des six premiers mois d'évolution de la dermatose. Suite à cette évaluation, 50% du pourcentage fixé est attribué.

La deuxième évaluation médicale, en vue de réajuster le pourcentage initial doit être effectuée au terme de deux années suivant la date de la première évaluation. Suite à cette évaluation, 100% du pourcentage fixé, moins celui déjà attribué lors de la première évaluation, est attribué.

Si, à la suite de la deuxième évaluation, le pourcentage final est moindre que celui qui a été attribué lors de la première évaluation, on maintient le pourcentage attribué initialement.

4) La somme des pourcentages fixés pour un segment corporel ne peut être supérieure au pourcentage maxima prévu pour ce segment.

5) Dans les cas de DERMITE DE CONTACT PAR SENSIBILISATION, un pourcentage de base de DAP est attribué pour la sensibilisation, dès que le diagnostic de dermite de contact par sensibilisation est confirmé par une évaluation médicale.

Ce pourcentage est le suivant :

DAP
%

Sensibilisation 2

Les pourcentages déterminés ultérieurement s'ajoutent à ce pourcentage.

6) Bilatéralité

Lorsqu'un travailleur, en raison d'une lésion professionnelle, subit des déficits anatomo-physiologiques à la peau résultant d'atteinte à des organes symétriques, le pourcentage total qui lui est octroyé pour ces déficits s'établit en additionnant le pourcentage des DAP déterminé pour chacun des organes et en y ajoutant une seconde fois le pourcentage déterminé pour l'organe le moins atteint.

Pour les membres, la bilatéralité s'établit de membre à membre, à savoir, le membre supérieur droit avec le membre supérieur gauche et le membre inférieur droit avec le

membre inférieur gauche.

Ainsi, une séquelle à la main gauche avec une séquelle à l'épaule droite commande l'application du principe de la bilatéralité.

De la même façon, le tronc, le cou et la tête se divisent en deux parties symétriques, droite et gauche à partir de la ligne médiane.

B) SENSIBILISATIONS AUTRES QUE CUTANÉES
ET PULMONAIRES

1) Bien que ne relevant pas de ce chapitre, certains phénomènes de sensibilisations y ont été inclus pour fin de commodité.

2) Dans les cas de sensibilisation qui se manifestent par une RÉPONSE IMMUNOLOGIQUE AUTRE QUE CUTANÉE OU PULMONAIRE, un pourcentage de base de DAP est attribué dès que le diagnostic, suite à une évaluation médicale, confirme l'état de sensibilisation du travailleur.

Ce pourcentage est le suivant:

DAP	
%	
Sensibilisation	3

Les pourcentages déterminés ultérieurement s'ajoutent à ce pourcentage.

3) Pour évaluer les autres séquelles permanentes résultant d'une telle sensibilisation, on se réfère au chapitre couvrant le système, l'appareil ou l'organe qui est atteint.

4) Bilatéralité

Le principe de la bilatéralité s'applique tel que prévu au chapitre utilisé pour évaluer les séquelles.

C) SENSIBILISATION PULMONAIRE

On se réfère au chapitre XVII sur l'asthme bronchique.

PROCÉDURE D'ÉVALUATION DU DÉFICIT

PREMIÈRE ÉTAPE

DÉTERMINATION DES ÉLÉMENTS SERVANT À
FIXER LE POURCENTAGE DE DAP

La première étape consiste à déterminer les trois éléments suivants:

- COEFFICIENT D'ATTEINTE ANATOMO-PHYSIOLOGIQUE
- AIRE ANATOMIQUE
- POURCENTAGE MAXIMAL DE DRAP PRÉVU POUR LE SEGMENT ATTEINT

a) COEFFICIENT D'ATTEINTE ANATOMO-PHYSIOLOGIQUE

Le coefficient d'atteinte anatomo-physiologique comprend les trois éléments suivants:

- PERTE DE SOUPLESSE CUTANÉE, incluant la limitation fonctionnelle
- ÉPAISSISSEMENT (lichénification, kératinisation)
- DÉSHYDRATATION (sécheresse, fissure)

Chacun de ces trois éléments est apprécié, pour chaque côté du corps (hémi-corps), selon l'échelle suivante graduée de 0 à 1.

Échelle d'évaluation pour chaque élément

0,0	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	1,0
NORMAL	ATTEINTE	ATTEINTE								
MODÉRÉ	SÉVÈRE									

Le coefficient d'atteinte anatomo-physiologique est déterminé par la moyenne des trois éléments de la façon suivante:

Perte de
souplesse

Épaissi-
ssement

Déshy-
dratation
d'atteinte
anatomo-
physiologique
Côté
droit

Coefficient

+

+

=

3

3

=

Côté

gauche

+

+

=

3

3

=

b) AIRE ANATOMIQUE

L'étendue de l'aire cutanée atteinte est d'abord située à l'intérieur d'un segment, représenté sur le schéma 9, et évaluée selon l'échelle ci-dessous.

Échelle d'évaluation de l'aire anatomique

0,0	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	1,0
NORMAL			50% DE	100% DE						
		L'AIRE	L'AIRE							
		TOTALE	TOTALE							
		ATTEINTE	ATTEINTE							

SCHÉMA 9

SEGMENTS CORPORELS ET POURCENTAGES
 MAXIMUM DE
 DÉFICIT ANATOMO-PHYSIOLOGIQUE (DAP)
 POUR CHAQUE SEGMENT

Les pourcentages de DAP inscrits sur ce schéma, représentent pour chacun des segments corporels identifiés, une atteinte maximale.

DAP							
maximum							
%							
Aire							
anatomique		Coefficient					
d'atteinte							
physiologique							
Région métacarpienne	5	x	1	x	1		5%
Pouce	3	x	1	x	1	=	3%
Quatre doigts	(4x3)	x	1	x	1	=	12%
TOTAL:				=	20%		

c) POURCENTAGE MAXIMAL DE DAP PRÉVU
POUR LE SEGMENT ATTEINT

Le pourcentage maximal pour un segment atteint est fixé sur le schéma 9.

DEUXIÈME ÉTAPE

FIXATION DU DAP

À l'aide des éléments déterminés dans la première étape, on fixe le pourcentage de DAP de la façon suivante:

Coefficient
d'atteinte
physiologique

Aire
anatomique
de DAP
maximal pour
un segment

Pourcentage

DAP
%
Côté
droit

x

x

=

Côté
gauche

x

x

=

EXEMPLE DE DÉTERMINATION DES DOMMAGES
CORPORELS POUR UNE DERMATOSE

Il s'agit d'une dermatose affectant partiellement les deux mains.

À la main droite, il y a une atteinte partielle de la région métacarpienne, du pouce, de l'index, du majeur, de l'annulaire et de l'auriculaire.

À la main gauche, il y a une atteinte partielle de la région métacarpienne, de l'index et du majeur.

PREMIÈRE ÉTAPE

DÉTERMINATION DU POURCENTAGE
MAXIMUM DE DAP, DE L'AIRE ANATOMIQUE
ATTEINTE ET DU COEFFICIENT D'ATTEINTE
ANATOMO-PHYSIOLOGIQUE

Pourcentage maximum de DAP

Pour chaque segment atteint, le pourcentage maximum a été fixé à partir du schéma 9.

Ces pourcentages sont inscrits dans la colonne (a), des résultats (1).

Pourcentage de l'aire anatomique atteinte

Pour chaque segment atteint, le pourcentage de la valeur représentant l'aire anatomique atteinte, a été déterminé à partir de l'échelle d'évaluation de l'aire anatomique atteinte.

Ces valeurs sont inscrites dans la colonne (b), des résultats (1).

Coefficient d'atteinte anatomo-physiologique

Pour chaque segment atteint, la perte de souplesse, l'épaississement et la déshydratation ont été évalués à partir de l'échelle d'évaluation de l'atteinte anatomo-physiologique.

En additionnant ces trois paramètres, on établit le coefficient d'atteinte anatomo-physiologique.

Le calcul de ce coefficient est effectué pour chaque segment atteint et les chiffres inscrits dans la colonne (c) résultent de ce calcul, cf. résultats (1).

DEUXIÈME ÉTAPE

FIXATION DU DAP ET APPLICATION DU PRINCIPE DE LA BILATÉRALITÉ

Fixation du pourcentage de DAP

On fixe le pourcentage de DAP en multipliant le pourcentage maximum de DAP (a) par la valeur représentant l'aire anatomique (b) par le coefficient d'atteinte anatomo-physiologique (c).

Ce calcul a été effectué pour chacun des segments atteints, cf. résultats (2).

RÉSULTATS (1)

CALCUL DU COEFFICIENT D'ATTEINTE ANATOMO-PHYSIOLOGIQUE

Segments corporels (a)

DAP

%

Max (b)

Aire anatomo-physiologique

Moyen

Perte

de

souplesse

Épaississement

Dés-hydratation (c)

Coefficient

d'atteinte

anatomo-physiologique

DROIT

région métacarpienne

5

0,3

0,3

+

0,2

+

ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES — DOMMAGES CORPORELS

0,2
 =
 0,7
³
 3
 =
 0,23
 pouce 3 0,2 0,3 + 0,3 + 0,2 = 0,8 ³ 3 = 0,27
 index 3 0,4 0,4 + 0,4 + 0,3 = 1,1 ³ 3 = 0,37
 majeur 3 0,3 0,3 + 0,2 + 0,3 = 0,8 ³ 3 = 0,27
 annulaire 3 0,3 0,2 + 0,2 + 0,3 = 0,7 ³ 3 = 0,23
 auriculaire 3 0,2 0,2 + 0,2 + 0,3 = 0,7 ³ 3 =
 0,23

GAUCHE

région métacarpienne

5

0,1

0,2

+

0,2

+

0,2

=

0,6

³

3

=

0,2

index 3 0,2 0,1 + 0,1 + 0,2 = 0,4 ³ 3 = 0,13

majeur 3 0,1 0,1 + 0,1 + 0,1 = 0,3 ³ 3 = 0,1

RÉSULTATS (2)

CALCUL DES DOMMAGES CORPORELS

DROIT			GAUCHE					
(a)	(b)	(c)	(a)	(b)	(c)			
Segments corporels								
région métacarpienne	5	x	0,3	x	0,23	=	0,35	5 x 0,1 x
0,2	=	0,1						
pouce	3	x	0,2	x	0,27	=	0,16	
index	3	x	0,4	x	0,37	=	0,44	3 x 0,2 x 0,13 =
0,08								
majeur	3	x	0,3	x	0,27	=	0,24	3 x 0,1 x 0,1 =
0,03								
annulaire	3	x	0,3	x	0,23	=	0,21	
auriculaire	3	x	0,2	x	0,23	=	0,14	
TOTAL			=	1,54		TOTAL = 0,21		

Pourcentage total de DAP: 1,54 + 0,21 = 1,75

Pourcentage pour bilatéralité: 0,21

Pourcentage pour DPJV: 0,1

Pourcentage de PE: 0

TOTAL : 1,75 + 0,21 + 0,1 = 2,06%

Le pourcentage des dommages corporels est de 2,06%

CHAPITRE XV

SYSTÈME PSYCHIQUE

RÈGLES PARTICULIÈRES

1) Dans ce chapitre, le principe de la bilatéralité ne s'applique pas.

2) Il n'y a pas de préjudice esthétique (PE) attribué pour les séquelles permanentes au système psychique.

Les fonctions psychiques (c'est-à-dire mentales, psycho-affectives, adaptatives, comportementales) de certains travailleurs peuvent être affectées de façon permanente.

A) MÉCANISMES GÉNÉRAUX DE PRODUCTION DES DÉFICITS

De tels déficits sont parfois la conséquence directe d'une lésion anatomo-physiologique du système nerveux central; ils font alors l'objet d'une évaluation psychiatrique ou neurologique, complétée, s'il y a lieu, par une évaluation psychologique qui déborde le déficit neurologique. Dans d'autres cas, le déficit reflète une dysfonction psycho-affective permanente exprimant une mésadaptation psychologique chronique à un traumatisme ayant affecté de façon transitoire ou permanente une autre partie de l'intégrité corporelle. Parfois, les déficits de cette nature peuvent résulter de l'interaction des deux mécanismes de production.

B) CRITÈRES GÉNÉRAUX D'ÉVALUATION

Le déficit s'évalue par l'examen clinique psychiatrique complété par des tests psychologiques, le cas échéant. La connaissance adéquate de la personnalité antérieure, des antécédents et du style adaptatif habituel du travailleur est nécessaire à une évaluation clinique. Il faut tenir compte du niveau prémorbide d'adaptation personnelle du travailleur pour établir son degré d'altération fonctionnelle dû à une atteinte psychique permanente résultant d'une lésion professionnelle. ^

L'examen mental objectif détaillé est indispensable; la symptomatologie doit se regrouper dans un syndrome tout à fait vraisemblable, complet et cohérent. Le déficit des fonctions psychiques doit se manifester par des modifications des activités quotidiennes et des relations interpersonnelles du sujet et s'accompagner, dans certains cas, de signes physiopathologiques. La présence des symptômes pendant un temps suffisamment long est nécessaire et elle doit d'ordinaire s'accompagner de la

poursuite assidue et de l'insuccès des méthodes thérapeutiques habituelles. L'état mental anormal est habituellement l'objet d'une documentation ou information objective supplémentaire provenant de l'entourage du sujet et des soignants; un syndrome purement subjectif et peu contrôlable est rarement indicatif d'un déficit anatomo-physiologique de grande importance.

L'évaluation clinique peut parfois être complétée par une évaluation sociale ou psychométrique. Les circonstances sociales défavorables peuvent influencer sur la réadaptation et le pronostic global d'un bénéficiaire, mais elles ne constituent pas en elles-mêmes le déficit des fonctions psychiques. L'évaluation doit tenir compte de l'aspect motivationnel du sujet. Enfin, le déficit faisant l'objet d'une telle évaluation psychiatrique et complétée par des tests psychologiques, le cas échéant, est différent dans sa nature même de la perte de jouissance de la vie ou de celle de l'organe mutilé.

C) CATÉGORIES ET GROUPES DE DÉFICITS

Les déficits permanents des fonctions psychiques de l'accidenté peuvent résulter de:

- syndromes cérébraux,
- psychoses,
- névroses,
- troubles de la personnalité.

L'histoire des séquelles psychiatriques ou psychopathologiques, le contenu spécifique de l'examen mental et les examens complémentaires permettent habituellement d'arriver à une seule catégorie nosologique. Cependant, les syndromes cérébraux organiques peuvent en particulier s'accompagner et donc inclure dans leur tableau clinique et leur évaluation des manifestations psychotiques, névrotiques ou de détérioration de la personnalité.

L'intensité symptomatique s'accompagne des répercussions qui dépassent le seul vécu du travailleur pour modifier les activités ordinaires de la vie quotidienne, le rendement personnel ou social nécessitent une surveillance ou une thérapeutique continue, une assistance ou un milieu particulier, parfois même une prise en charge complète pour répondre aux besoins essentiels.

Selon les effets objectifs du syndrome évalué et en appliquant dans chaque cas les critères généraux d'évaluation, on doit préciser le diagnostic quant au degré d'intensité du déficit affectant la personne entière en référant à quatre ordres de grandeur.

- GROUPE 1

déficit mineur

- GROUPE 2
déficit modéré
- GROUPE 3
déficit grave
- GROUPE 4
déficit très grave

La quantification précisée à l'intérieur d'un groupe peut être difficile d'où la nécessité de comparer avec des cas similaires dont l'évaluateur a connu l'évolution. Il peut être nécessaire d'attendre quelque temps avant l'évaluation finale du déficit.

Il peut arriver que l'évaluation clinique psychiatrique complétée par une évaluation psychologique, s'il y a lieu, n'établisse pas de déficit supplémentaire et ne soit utile qu'à l'évaluation de la motivation d'un sujet affecté d'un déficit d'un autre système, ou que les possibilités de réadaptation plus complète d'un sujet méritent d'être scrutées davantage avant d'établir le taux de cet autre déficit.

Dans ce cas, il est préférable d'attendre deux (2) ans avant l'évaluation du déficit psychiatrique.

a) LES SYNDROMES CÉRÉBRAUX
CHRONIQUES

DAP
%

Pour l'évaluation de ces syndromes, on se réfère au chapitre III sur le système nerveux central.

dap

b) LES PSYCHOSES

La psychose désigne un trouble mental profond susceptible d'entraîner un déficit plus ou moins grand, selon sa nature, son intensité, les antécédents du sujet, sa durée, ses répercussions et sa réponse aux mesures thérapeutiques. Il est souvent préférable d'attendre deux ans avant l'évaluation définitive d'un tel déficit.

Le tableau clinique peut alors se stabiliser et laisser des signes permanents. Parfois, le déficit de base peut n'être constitué que du potentiel plus ou moins sérieux de récurrences futures.

Le syndrome se caractérise essentiellement par des troubles de l'affect, de la perception, de la pensée (processus, forme, contenu), du comportement et par

des anomalies du contrôle émotionnel. Il est habituellement accompagné d'un manque d'autocritique et il inclut souvent des conduites anormales perceptibles par l'entourage.

Groupe 1 (mineur)

Un déficit de cette catégorie se manifeste par des anomalies mineures et discrètes de la perception, de la pensée, du contrôle émotionnel ou du comportement, mais il a peu de répercussion sur le fonctionnement du sujet comparativement à son adaptation antérieure à l'accident. Les sujets bien contrôlés par une médication psychotrope leur évitant de nouveaux séjours hospitaliers entrent dans ce groupe. 5

Groupe 2 (modéré)

Le syndrome psychotique est manifeste à l'examen mental, facilement observé par l'entourage et se répercute dans un fonctionnement social difficile, une conduite bizarre, une réduction plus ou moins marquée du rendement social et personnel. Les troubles du comportement sont cependant assez réduits, permettant au sujet d'être toléré dans son milieu. 15

Groupe 3 (grave)

La collaboration du sujet est variable et inconstante, le risque d'une hospitalisation intermittente est probable et le syndrome est mal contrôlé par la médication. Le sujet peut requérir une surveillance occasionnelle et des directives dans sa vie quotidienne. 45

Groupe 4 (très grave)

Le syndrome psychotique demeure d'une telle intensité que le sujet montre des troubles de la perception de la pensée et une incapacité de contrôle émotionnel le conduisant à un comportement intolérable pour l'entourage ou dangereux pour lui-même. Le sujet requiert toujours une surveillance au moins partielle et des directives dans sa vie quotidienne. Dans les cas les plus graves, il pourra nécessiter un milieu protégé ou des soins constants en institution, avec des hospitalisations répétées. 100

c) LES NÉVROSES

Les individus réagissent différemment aux difficultés de la vie et certains travailleurs sont susceptibles de développer une adaptation névrotique au traumatisme et à ses séquelles. Les névroses n'ont pas de base organique démontrable. Le sujet reste lucide et capable de distinguer entre la réalité extérieure et ses expériences subjectives. La personnalité n'est

pas désorganisée, mais le comportement peut être perturbé dans les limites qui sont en général socialement acceptables. Le syndrome est fait d'anxiété excessive, de phobies, de symptômes hystériques, obsessionnels et compulsifs, dépressifs et parfois d'une composante psychosomatique.

Groupe 1 (mineur)

Le syndrome névrotique est surtout subjectif, mais vraisemblable, complet, cohérent et il s'accompagne de modifications mineures et qui ne rendent pas incapable de conduites adaptatives. Il n'y a pas de réduction des activités quotidiennes, ni d'altération du rendement social ou personnel.

5

Groupe 2 (modéré)

L'intensité symptomatique de la névrose, quoi que d'ordinaire variable, oblige le sujet à un recours constant à des mesures thérapeutiques soulageantes, à une modification de ses activités quotidiennes conduisant à une réduction plus ou moins marquée de son rendement social et personnel. Le syndrome peut s'accompagner de désordres psycho-physiologiques fonctionnels nécessitant un traitement symptomatique et occasionnant un arrêt intermittent des activités régulières.

15

Groupe 3 (grave)

Le syndrome névrotique est envahissant et conduit alors à une nette détérioration du rendement social et personnel. Il s'accompagne de modifications sérieuses et constantes des relations interpersonnelles: isolement ou besoin d'être encouragé et réconforté. Les activités quotidiennes sont bouleversées et le sujet a besoin d'une surveillance ou de l'assistance de son entourage. La composante psychosomatique peut s'accompagner de lésions pathologiques tissulaires plus ou moins réversibles.

45

Groupe 4 (très grave)

L'état névrotique s'accompagne d'un état de régression, de détérioration et de dépendance importante. Le sujet requiert une surveillance occasionnelle et des directives dans sa vie quotidienne.

100

d) TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

Il s'agit essentiellement de troubles de caractère accompagnant un manque de maturité émotionnelle traduits par des difficultés interpersonnelles, une faiblesse de contrôle des inhibitions, une réduction de la tolérance à la frustration, un égocentrisme exagéré, une inconstance du rendement, une mésadaptation

sociale plus ou moins grave.

Si les modifications de la personnalité sont dues à un syndrome cérébral organique, elles doivent être évaluées selon le barème établi pour celui-ci.

On se réfère au chapitre III sur le système nerveux central. dap

Groupe 1 (mineur)

Les troubles conduisent à des difficultés légères d'adaptation aux contraintes de la vie quotidienne.

5

Groupe 2 (modéré)

Le niveau adaptatif caractériel préexistant à l'événement est exacerbé de façon constante et conduit à une déficience accentuée du jugement social, une détérioration des relations interpersonnelles, une inconstance accrue du rendement, à des écarts de conduite et à l'incapacité d'éviter d'entrer en conflit avec la société ou encore de se nuire à soi-même. Il y a une sorte d'impuissance à s'adapter aux difficultés de la vie quotidienne.

15

Groupe 3 (grave)

Le syndrome de mésadaptation est tel que l'individu a perdu en majeure partie le contrôle de lui-même, s'avérant incapable de se corriger par l'expérience et nuisant gravement et de façon répétée à son entourage et aussi à lui-même. Le manque de contrôle social a pu l'amener en surveillance légale de diverses formes. Il est rare qu'un déficit psychiatrique isolé pour troubles de la personnalité soit accordé. Il faut voir si une telle détérioration comportementale objective ne fait pas plutôt partie d'un autre type de déficit.

45

Groupe 4 (très grave)

Perte complète d'autonomie, mésadaptation sociale nécessitant un contrôle permanent.

100

CHAPITRE XVI

SYSTÈME RESPIRATOIRE À L'EXCEPTION DE L'ASTHME BRONCHIQUE

RÈGLES PARTICULIÈRES

1) Bilatéralité

Dans ce chapitre, le principe de la bilatéralité s'applique, le cas échéant, aux séquelles anatomiques. Il ne s'applique pas aux autres séquelles.

2) L'évaluation doit tenir compte des séquelles

anatomiques, des séquelles fonctionnelles et, le cas échéant, des facteurs de sévérité tant pour les lésions pulmonaires à caractère irréversible que pour celles à caractère régressif. De plus, elle doit distinguer entre les facteurs professionnels et les facteurs non professionnels, le cas échéant.

3) Les dispositions particulières à l'évaluation des maladies professionnelles pulmonaires sont prévues aux articles 226 à 233 de la loi.

4) Pour les maladies pulmonaires professionnelles à caractère irréversible, un pourcentage de DAP est attribué, dès que le diagnostic de maladie pulmonaire professionnelle à caractère irréversible est confirmé par le comité spécial. Ce pourcentage est le suivant:

DAP
%

Maladie pulmonaire professionnelle à caractère irréversible	5
-------------------------------------------------------------	---

Les pourcentages attribués ultérieurement s'ajoutent à ce pourcentage.

SÉQUELLES ANATOMIQUES

Lobectomie simple	3
Bilobectomie	6
Pneumonectomie	20

De plus, s'ajoutent le pourcentage de DAP prévu pour la thoracotomie, cf. chapitre I sur le système musculosquelettique ainsi que ceux prévus pour les séquelles fonctionnelles dap

SÉQUELLES FONCTIONNELLES

L'évaluation du déficit fonctionnel permet de classer les séquelles à l'intérieur d'une échelle comprenant cinq classes. Cette échelle se retrouve au tableau 32 de l'évaluation fonctionnelle pulmonaire.

L'utilisation des classes ne doit pas tenir compte uniquement des valeurs inscrites à l'intérieur de chacune d'entre elles, mais aussi d'une perte fonctionnelle réelle équivalente.

Pour appartenir à une classe, il n'est pas nécessaire que tous les paramètres contenus à l'intérieur de la classe soient présents.

Le cas échéant, s'ajoutent les pourcentages prévus pour facteur(s) additionnel(s) de sévérité.

FACTEURS ADDITIONNELS DE SÉVÉRITÉ

Ces facteurs additionnels sont établis par rapport à une classe donnée, fixée d'après le tableau 32 de l'évaluation fonctionnelle pulmonaire.

Importance des symptômes, des signes cliniques et des besoins en médication

anomalies discrètes	5
anomalies importantes	10

Sévérité des anomalies radiographiques

anomalies discrètes	5
anomalies importantes	10

Intolérance à l'effort

anomalies discrètes	5
anomalies importantes	10

Modifications constatées sur certains autres tests de la fonction respiratoire

anomalies discrètes	5
anomalies importantes	10

TABLEAU 32
ÉVALUATION FONCTIONNELLE
PULMONAIRE

CLASSES

TEST*

C.V. (1)

% TEST*

V.E.M.S. ou

V.E.M.S. (2)

C.V.

%

TEST*

D.L.C.O. (3)

%

DAP

%

1	80 à 120	plus de 85	80 à 120	0
2	plus de 75	70 à 85	plus de 70	20
3	60 à 75	55 à 70	60 à 70	40

4	50 à 60	moins de 55	50 à 60	60
5	moins de 50	moins de 55	moins de 50	100

Les valeurs obtenues par la mesure du Vo₂ MAX (consommation maximale de l'oxygène à l'effort) sont utilisées pour l'évaluation des limitations fonctionnelles.

- (1) C.V. Capacité vitale
- (2) V.E.M.S. Volume expiratoire maximal/seconde
- (3) D.L.C.O. Capacité de diffusion de l'oxyde de carbone

* Valeur réelle déjà connue ou, en l'absence de celle-ci, pourcentage de valeur prédite.

CHAPITRE XVII
ASTHME BRONCHIQUE

RÈGLES PARTICULIÈRES

1) Bilatéralité

Dans ce chapitre, le principe de la bilatéralité ne s'applique pas.

2) Un pourcentage de DAP est attribué pour la sensibilisation, dès que le diagnostic d'asthme bronchique est confirmé par le comité spécial. Ce pourcentage est le suivant:

DAP
%

Sensibilisation 3

Les pourcentages attribués ultérieurement s'ajoutent à ce pourcentage.

3) Les dispositions particulières à l'évaluation des maladies professionnelles pulmonaires sont prévues aux articles 226 à 233 de la loi.

4) L'évaluation doit distinguer entre les facteurs professionnels et les facteurs non professionnels, le cas échéant.

CRITÈRES D'ÉVALUATION DU DÉFICIT

L'évaluation médicale est faite lorsque la maladie est en période de stabilité clinique sans modification récente et significative de la médication en cours.

Elle repose sur l'estimation du besoin réel en médication, sur l'évaluation du degré d'obstruction bronchique mis en évidence lors des tests de la fonction respiratoire et sur le niveau d'hyperexcitabilité bronchique non allergénique tel que précisé par le test de provocation à l'histamine ou à la méthacholine.

Cette évaluation permet de classer les séquelles à l'intérieur d'une échelle comprenant six classes. Ces classes ainsi que les pourcentages de DAP sont déterminés au tableau 33 de l'évaluation fonctionnelle pulmonaire- asthme professionnel, selon les résultats des tests fonctionnels et certains critères particuliers à ce genre d'évaluation.

Le cas échéant, s'ajoute un pourcentage pour facteurs additionnels de sévérité, qui reposent sur l'importance de la dyspnée, des symptômes et des signes respiratoires traduisant une hyperexcitabilité bronchique non allergénique.

FACTEURS ADDITIONNELS DE SÉVÉRITÉ

Hyperexcitabilité bronchique non allergénique

À l'effort physique important, ou au froid	2
À la marche par beau temps, ou lorsque le travailleur est exposé à des irritants tels que la fumée et les odeurs fortes	4
Aux activités normales à domicile	6
De façon continue, incluant la nuit	10

TABLEAU 33
ÉVALUATION FONCTIONNELLE PULMONAIRE - ASTHME PROFESSIONNEL

classe obstruction
bronchique*
degré excitabilité
bronchique**
degré besoins en médicaments
(béclométhasone ou
analogues, stéroïdes)

dap

1	0	0	aucun	0	
2	0	1	aucun	5	
	0	1	bronchodilatateurs (bd), au besoin (prn.)***		8
	0	1	bd. sur une base régulière (rég.)****	10	
	0	2	aucun	10	
	0	2	bd. prn. ou rég.	13	
	0	3	bd. prn. ou rég.	15	
3	1	1	bd. prn. ou rég.	18	
	1	2	bd. prn. ou rég.	20	
	1	3	bd. prn. ou rég.	25	
4	2	1-2	bd. prn. ou rég.	28	
	2	3	bd. prn. ou rég.	33	
5	3	1-2	bd. prn. ou rég.	50	
	3	3	bd. prn. ou rég.	60	
6	4	1-2-3	bd. prn. ou rég. avec stéroïdes oraux, avec ou sans stéroïdes inhalés		

100

Le cas échéant, s'ajoutent pour stéroïdes inhalés 3
pour stéroïdes oraux avec ou sans stéroïdes inhalés 10

DEGRÉS D'OBSTRUCTION BRONCHIQUE*DEGRÉS D'EXCITABILITÉ BRONCHIQUE**

0 vems* et/ou vems*/cvf	85%	(%pred)	0 cp 20	>	16 mg/ml
1 vems et/ou vems/cvf =	71%-85%	(%pred)	1 cp 20	=	2-16 mg/ml
2 vems et/ou vems/cvf =	56%-70%	(%pred)	2 cp 20	=	0,25-2 mg/ml
3 vems et/ou vems/cvf =	40%-55%	(%pred)	3 cp 20	<	0,25 mg/ml
4 vems et/ou vems/cvf <	40%	(%pred)			

TABLEAU 33 (explications)

*V.E.M.S., V.E.M.S./C.V.F. (pourcentage exprimé par rapport aux valeurs prédites). Des épreuves de fonction respiratoire plus élaborées telles que les volumes pulmonaires, la diffusion de l'oxyde de carbone, les échanges gazeux au repos et à l'effort, la boucle débit-volume et l'étude de la résistance des voies aériennes pourraient être effectuées, le cas échéant.

** Selon les résultats du test à l'histamine ou à la métacholine. Ce test est fait selon la méthode standardisée de Cockcroft et Coll. Clinical Allergy 1977; 7: p. 235-243).

*** Bronchodilatateurs (bdt) comprend des dérivés Beta-2 adrénergiques, théophyllines et bromure d'iprotropium.

**** Sur une base régulière (rég.) signifie quotidiennement.

CHAPITRE XVIII
PRÉJUDICES ESTHÉTIQUES (PE)

RÈGLES PARTICULIÈRES

1) Dans ce chapitre, le principe de la bilatéralité ne s'applique pas.

2) L'adhérence et la sensibilité d'une atteinte cicatricielle font partie du déficit anatomo-physiologique mais non du préjudice esthétique.

3) Les cicatrices chirurgicales doivent être évaluées au même titre que les autres atteintes cicatricielles.

4) Une déformation au niveau d'une articulation est limitée à la valeur du pourcentage maximum de PE prévu pour le segment du membre en aval de la déformation.

5) L'évaluation du préjudice esthétique est fondée sur les notions de déformation ou de défiguration modifiant la forme, la symétrie, la physionomie ou l'apparence générale.

L'évaluation du préjudice esthétique est aussi fondée sur l'atteinte cicatricielle de la peau considérant sa texture, sa coloration et la configuration de la zone atteinte.

Ainsi, les atteintes cicatricielles ou les déformations doivent d'abord être évaluées par leur impact sur la symétrie, la physionomie ou l'apparence générale plutôt que simplement par leur dimension et leur apparence.

6) Les règles d'évaluation à suivre pour l'utilisation des tableaux 34 et 35 sont indiquées au début de chaque tableau.

7) Pour être indemnisables, les atteintes cicatricielles ou les déformations doivent être apparentes lorsque non revêtues.

8) Les pourcentages de PE sont fixés d'après l'état de l'atteinte si elle est permanente au moment de l'évaluation, ou selon l'amélioration prévue en tenant compte des possibilités médicales ou chirurgicales.

9) Les pourcentages de PE pour télangiectasies cutanées sont inscrits sous le titre: Télangiectasies cutanées.

10) Le pourcentage de PE pour énucléation de l'oeil est inscrit sous le titre: Oeil

11) Les pourcentages relatifs au PE d'amputation partielle ou totale du membre supérieur ou du membre inférieur sont inscrits sous le titre: Préjudice esthétique d'amputation partielle ou totale des membres.

12) Le temps minimum précédant l'évaluation d'une atteinte cicatricielle résultant d'une lésion professionnelle est de six mois.

13) La surface en cm² d'une atteinte cicatricielle est obtenue en multipliant la largeur moyenne par la longueur moyenne. Le pourcentage total de PE pour l'atteinte cicatricielle est fixé en multipliant la surface en cm² par le pourcentage de PE approprié.

DÉFINITIONS

On entend par atteinte cicatricielle, toute modification tant qualitative que quantitative de la peau; cette notion inclut la cicatrice non vicieuse et vicieuse.

Cicatrice non vicieuse (belle)

Cicatrice presque linéaire, au même niveau que le tissu adjacent et presque de la même couleur, ne causant ni contracture, ni distorsion des structures avoisinantes.

Cicatrice vicieuse

Cicatrice qui peut être mal alignée, irrégulière, déprimée,

adhérente au plan profond, pigmentée, en plaque ou rétractile.

Elle est chéloïdienne lorsqu'il existe une prolifération fibreuse anormale située dans le derme, caractérisée par une élévation, un envahissement du tissu sain environnant, une croissance continue bien qu'intermittente, une absence de régression significative et une forte tendance à la récurrence.

Elle est hypertrophique lorsqu'il existe une prolifération fibreuse anormale, située dans le derme, caractérisée par une élévation limitée du tissu lésé, qui se stabilise et régresse avec le temps, avec une possibilité de récurrence.

TABLEAU 34 PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE

RÈGLES D'ÉVALUATION

Pour fin d'évaluation du préjudice esthétique (PE) de la face, on se réfère à chacun des éléments anatomiques suivants:

front

orbite (chaque orbite constitue un élément)

paupière (chaque paupière constitue un élément)

oeil, partie visible du globe oculaire (chaque oeil constitue un élément)

joue (chaque joue constitue un élément)

nez (inclut les narines et la base)

lèvre (chaque lèvre constitue un élément)

oreille (chaque oreille constitue un élément)

menton

L'importance du PE affectant la face doit d'abord être appréciée globalement en fonction de la physionomie, afin de déterminer la classe d'atteinte.

Pour les classes 1 à 4, à l'intérieur de la classe d'atteinte à la physionomie déterminée, on fixe le pourcentage de PE en rapport avec la modification de la forme et de la symétrie ou l'atteinte cicatricielle, en n'excédant pas le pourcentage maximum de PE prévu pour cette classe.

S'il y a à la fois modification de la forme et de la symétrie et atteinte cicatricielle on additionne le pourcentage des deux jusqu'à concurrence du pourcentage maximum prévu pour la classe déterminée.

Pour les classes 5 et 6, on considère la modification de la forme et de la symétrie et l'atteinte cicatricielle comme un tout. Si un travailleur a une atteinte sous un titre ou l'autre, le pourcentage de PE attribué est le pourcentage maximum prévu pour la classe.

Classes			
d'atteinte à			
la physionomie			
Modification de la forme			
et de la symétrie			
Atteinte			
cicatricielle	PE		
max			
%			
Classe 1			
Aucune	Non apparente	Non apparente	0
Classe 2			
Très légère	Très légère	Non vicieuse	
le PE est de 1%/cm ²			
3			
Classe 3			
Légère	Apparente		
Affectant un élément anatomique (exemple: déformation du nez)			
le PE est de 3%			
Affectant deux éléments anatomiques (exemple:			
nez et lèvre supérieure ou nez et une joue)			
le PE est de 4%		Non vicieuse le PE est de 1%	
Affectant plus de deux éléments anatomiques			
le PE est de 7%		Vicieuse le PE est	
le PE est de 2%/cm ²			
7			
Classe 4			
Modérée	Apparente et retient l'attention		
Affectant un élément anatomique			
le PE est de 16%			
Affectant deux éléments anatomiques			
le PE est de 18%		Non vicieuse	
le PE est de 1%			
Affectant plus de deux éléments anatomiques			
le PE est de 20%		Vicieuse le	
PE est de 3%/cm ²			
20			
Classe 5			
Sévère	Affectant plusieurs éléments		30
Classe 6			
Défiguration	Affectant l'ensemble des éléments		50

TABLEAU 35
PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU
CORPS

RÈGLES D'ÉVALUATION

Pour les parties du corps autres que la face, on évalue le

préjudice esthétique (PE) en tenant compte des critères mentionnés sous le titre Modification de la forme et de la symétrie, ou sous le titre Atteinte cicatricielle.

S'il n'y a d'atteinte que sous le titre Modification de la forme et de la symétrie, on détermine le degré d'atteinte et on attribue le pourcentage de PE prévu pour cette partie du corps.

S'il n'y a d'atteinte que sous le titre Atteinte cicatricielle, on détermine le degré d'atteinte, on mesure la surface de l'atteinte cicatricielle et on attribue le pourcentage prévu par cm², en n'excédant pas le pourcentage de PE maximum prévu pour cette partie du corps.

Lorsqu'il y a à la fois modification de la forme et de la symétrie et atteinte cicatricielle, pour attribuer le pourcentage de PE relatif à ces séquelles, on retient le pourcentage le plus élevé obtenu sous un titre ou l'autre, en n'excédant pas le pourcentage maximum prévu pour cette partie du corps.

Modification de la
forme et de la
symétrie

degrés d'atteinte

PE

%

Atteinte
cicatricielle
Cuir chevelu et crâne
Non apparente ou
légère

0 Non apparente ou non vicieuse,
le PE est de 0%

Modérée 4
Vicieuse
le PE est de 0,5%/cm²

Sévère 8
Le pourcentage maximum de PE est de 8%.

Cou
Délimité à l'arrière par la base de l'occiput et les premières côtes et à l'avant par la ligne du menton et l'angle sternal incluant les articulations sterno-claviculaires.

Non apparente ou
légère

0 Non apparente ou non vicieuse,
le PE est de 0%

Modérée 10
Vicieuse
le PE est de 1%/cm²

Sévère 15

Le pourcentage maximum de PE est de 15%.

Bras, épaule et coude

Non apparente ou

légère

0 Non apparente ou non vicieuse,

le PE est de 0%

Modérée 2

Vicieuse

le PE est de 0,5%/cm²

Sévère 4

Le pourcentage maximum de PE pour les deux bras incluant les deux épaules et les deux coudes est de 8%.

Avant-bras et poignet

Non apparente ou

légère

0 Non apparente ou non vicieuse,

le PE est de 0%

Modérée 2

Vicieuse

le PE est de 1%/cm²

Sévère 5

Le pourcentage maximum de PE pour les deux avant-bras incluant les deux poignets est de 10%.

Mains

Non apparente ou

légère

0 Non apparente ou non vicieuse,

le PE est de 0%

Modérée 4

Vicieuse

le PE est de 1%/cm²

Sévère 8

Le pourcentage maximum de PE pour les deux mains est de 16%.

Tronc

Non apparente ou

légère

0 Non apparente ou non vicieuse,

le PE est de 0%

Modérée 3

Vicieuse

le PE est 0,5%/cm²

Sévère 6

Le pourcentage maximum de PE pour le tronc (antérieur et postérieur) est de 12%.

Membres inférieurs

Non apparente ou

légère 0 Non apparente ou non vicieuse,

le PE est de 0%

Modérée 5

Vicieuse

le PE est 1%/cm²

Sévère 10

Le pourcentage maximum de PE pour les deux membres inférieurs est de 20%.

TÉLANGIECTASIES CUTANÉES

ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES — DOMMAGES CORPORELS

Classe 1		
Légère atteinte du tronc	0,5	
Classe 2		
Atteinte modérée du tronc	1	
Classe 3		
Atteinte du tronc et des membres	2	
Classe 4		
Atteinte du tronc, des membres et de la face	3	

OEIL

Énucléation avec ou sans remplacement par prothèse 5

Le cas échéant, se référer au tableau des PE de la face

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE D'AMPUTATION PARTIELLE OU TOTALE DES MEMBRES

Membre supérieur

doigts
par phalange, jusqu'à concurrence d'un maximum de 5% 0,5

pouce
par phalange 1

métacarpiens
par métacarpien, jusqu'à concurrence d'un maximum de 2% 0,2

radio-carpienne et trans-carpienne 10

avant-bras 12

coude 15

bras 17

désarticulation de l'épaule 20

désarticulation inter-scapulo-thoracique 30

Membre inférieur

orteils à l'exception du gros orteil par phalange, jusqu'à concurrence d'un maximum de 1% 0,2

gros orteil
par phalange 0,5

métatarsiens
par métatarsien, jusqu'à concurrence d'un maximum

ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES — DOMMAGES CORPORELS

de 1%	0,2	
trans-métatarsienne		3
tarso-métatarsienne (Lisfranc)		5
médio-tarsienne (Chopart)		5
cheville (Syme)	6	
jambe	8	
genou	10	
cuisse	12	
désarticulation de la hanche		15
hémipelvectomie	20	

CHAPITRE XIX

POURCENTAGES POUR DOULEURS ET PERTE
DE JOUISSANCE DE LA VIE QUI RÉSULTENT
DU DÉFICIT ANATOMO-PHYSIOLOGIQUE OU
DU PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE

TABLE DE DPJV

Somme des pourcentages de DAP ou de PE		DPJV %
0,01	à 0,99	0,01
1	à 1,99	0,1
2	à 2,99	0,2
3	à 3,99	0,3
4	à 4,99	0,4
5	à 5,99	0,75
6	à 6,99	0,9
7	à 7,99	1,05
8	à 8,99	1,2
9	à 9,99	1,35
10	1,5	
10,01	à 11	2,2
11,01	à 12	2,4
12,01	à 13	2,6
13,01	à 14	2,8
14,01	à 15	3
15,01	à 16	3,2
16,01	à 17	3,4
17,01	à 18	3,6
18,01	à 19	3,8
19,01	à 20	4
20,01	à 21	5,25
21,01	à 22	5,50
22,01	à 23	5,75
23,01	à 24	6

ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES — DOMMAGES CORPORELS

24,01 à 25	6,25
25,01 à 26	6,50
26,01 à 27	6,75
27,01 à 28	7
28,01 à 29	7,25
29,01 à 30	7,5
30,01 à 31	9,3
31,01 à 32	9,6
32,01 à 33	9,9
33,01 à 34	10,2
34,01 à 35	10,5
35,01 à 36	10,8
36,01 à 37	11,1
37,01 à 38	11,4
38,01 à 39	11,7
39,01 à 40	12
40,01 à 41	14,35
41,01 à 42	14,7
42,01 à 43	15,05
43,01 à 44	15,4
44,01 à 45	15,75
45,01 à 46	16,1
46,01 à 47	16,45
47,01 à 48	16,8
48,01 à 49	17,15
49,01 à 50	17,5
50,01 à 51	20,4
51,01 à 52	20,8
52,01 à 53	21,2
53,01 à 54	21,6
54,01 à 55	22
55,01 à 56	22,4
56,01 à 57	22,8
57,01 à 58	23,2
58,01 à 59	23,6
59,01 à 60	24
60,01 à 61	27,45
61,01 à 62	27,9
62,01 à 63	28,35
63,01 à 64	28,8
64,01 à 65	29,25
65,01 à 66	29,7
66,01 à 67	30,15
67,01 à 68	30,6
68,01 à 69	31,05
69,01 à 70	31,5
70,01 et plus	50% du pourcentage du DAP ou du PE

D. 1291-87, ann. 1; Erratum, 1998 G.O. 2, 2829 et 3561.

MISES À JOUR

D. 1291-87, 1987 G.O. 2, 5576 et 1998 G.O. 2, 2829 et 3561

