

As of 27 Sept. 2023, this is the most current version available. It is current for the period set out in the footer below.

Last amendment included: M.R. 61/2015

Le texte figurant ci-dessous constitue la codification la plus récente en date du 27 sept. 2023. Son contenu était à jour pendant la période indiquée en bas de page.

Dernière modification intégrée : R.M. 61/2015

---

THE MANITOBA PUBLIC INSURANCE  
CORPORATION ACT  
(C.C.S.M. c. P215)

**Permanent Impairments (Universal Bodily  
Injury Compensation) Regulation**

---

Regulation 41/94  
Registered February 10, 1994

TABLE OF CONTENTS

Section

- 1 Compensation for permanent impairment based on Schedule  
  
ENHANCEMENT FOR SYMMETRICAL ORGANS
- 2 Evaluation of impairment to symmetrical parts of the body
- 3 Application of section 2
- 4 Percentage fixed for deficit existing before accident  
  
COMPUTATION ON SUCCESSIVE REMAINDERS
- 5 Computation of more than one permanent impairment
- 6 Section 5 not to be applied to percentage based on enhancement factor  
  
APPLICATION OF ENHANCEMENT FACTOR
- 7 Where sections 2 to 5 apply to a victim
- 8 Coming into force

---

LOI SUR LA SOCIÉTÉ D'ASSURANCE PUBLIQUE  
DU MANITOBA  
(c. P215 de la C.P.L.M.)

**Règlement sur les déficiences permanentes  
(indemnisation universelle pour dommages corporels)**

---

Règlement 41/94  
Date d'enregistrement : le 10 février 1994

TABLE DES MATIÈRES

Article

- 1 Indemnité pour déficience permanente  
  
ACCROISSEMENT POUR LES ORGANES SYMÉTRIQUES
- 2 Évaluation des déficiences influant sur des organes symétriques
- 3 Application de l'article 2
- 4 Pourcentages attribués aux déficits préexistants  
  
CALCUL RELATIF AUX RÉSIDUS SUCCESSIFS
- 5 Calcul de plusieurs déficiences permanentes
- 6 Inapplication de l'article 5  
  
APPLICATION DU FACTEUR D'ACCROISSEMENT
- 7 Application des articles 2 à 5
- 8 Entrée en vigueur

## Schedule

- A Schedule of Permanent Impairments
- B Calculation of Successive Remainders

**Compensation for permanent impairment based on Schedule**

**1** Compensation for permanent impairments shall be determined on the basis of Schedule A.

ENHANCEMENT FOR  
SYMMETRICAL ORGANS

**Evaluation of impairment to symmetrical parts of the body**

**2** Subject to sections 3 and 4 and Schedule A, where a permanent anatomicophysiological deficit resulting from an accident impairs symmetrical parts of the body, or impairs a part of the body that is symmetrical to a part of the body that was permanently impaired before the accident, the evaluation of the permanent impairment for the purpose of Part 2 of the Act is determined by multiplying the total percentage of anatomicophysiological deficits impairing the more severely impaired symmetrical part of the body by an enhancement factor of .25 and adding the percentage thus obtained to the percentage attributed to the deficit resulting from the accident.

**Application of section 2**

**3** Section 2 does not apply to an anatomicophysiological deficit that

- (a) affects an internal organ;
- (b) affects an organ controlling vision, balance or hearing;
- (c) results from an injury to the central nervous system; or
- (d) affects teeth.

M.R. 61/2015

## Annexe

- A Annexe des déficiences permanentes
- B Calcul des résidus successifs

**Indemnité pour déficience permanente**

**1** L'indemnité pour déficience permanente est calculée d'après l'annexe A.

ACCROISSEMENT POUR LES  
ORGANES SYMÉTRIQUES

**Évaluation des déficiences influant sur des organes symétriques**

**2** Sous réserve des articles 3 et 4 et de l'annexe A, lorsqu'un déficit anatomophysologique résultant d'un accident influe sur des organes symétriques ou sur un organe symétrique à un autre organe qui était atteint d'une déficience permanente avant l'accident, la déficience permanente s'évalue comme suit pour l'application de la partie 2 de la *Loi* : on multiplie par le facteur d'accroissement de 0,25 la somme des pourcentages des déficits anatomophysologiques de l'organe le plus atteint et on additionne le pourcentage ainsi obtenu aux pourcentages attribués aux déficits résultant de l'accident.

**Application de l'article 2**

**3** L'article 2 ne s'applique pas dans le cas des déficits anatomophysologiques qui :

- a) influent sur les organes internes;
- b) influent sur les organes de contrôle de la vision, de l'équilibre et de l'ouïe;
- c) résultent de dommages corporels au système central nerveux;
- d) influent sur les dents.

R.M. 61/2015

**Percentage fixed for deficit existing before accident**

**4** For the purpose of section 2, the percentage of an anatomicophysiological deficit existing before an accident shall be fixed under Schedule A or, if the anatomicophysiological deficit does not appear in Schedule A, by using Schedule A as a guideline in accordance with subsection 129(2) of the Act.

M.R. 41/2008

**Pourcentages attribués aux déficits préexistants**

**4** Pour l'application de l'article 2, les pourcentages des déficits anatomophysologiques qui existaient avant l'accident sont attribués en conformité avec l'annexe A. Si ces déficits ne figurent pas à l'annexe A, les pourcentages sont attribués d'après les déficits du même genre qui y sont indiqués, conformément au paragraphe 129(2) de la Loi.

R.M. 41/2008

COMPUTATION ON  
SUCCESSIVE REMAINDERS**Computation of more than one permanent impairment**

**5(1)** Where a victim has more than one permanent impairment, the percentage of the most severe impairment is computed on the basis of 100% and the percentages of the other impairments, starting with the highest, are computed on the successive remainders, in accordance with Schedule B.

**5(2)** [Repealed] M.R. 37/2003

M.R. 37/2003

**Section 5 not to be applied to percentage based on enhancement factor**

**6** Section 5 does not apply to the percentage obtained by applying the enhancement factor referred to in section 2.

APPLICATION OF  
ENHANCEMENT FACTOR**Where sections 2 to 5 apply to a victim**

**7** Where sections 2 to 5 apply to a victim, the percentage resulting from the enhancement factor referred to in section 2 is added to the other percentages of deficits after the computation on successive remainders has been made.

CALCUL RELATIF  
AUX RÉSIDUS SUCCESSIFS**Calcul de plusieurs déficiences permanentes**

**5(1)** Lorsqu'une victime subit plus d'une déficience permanente, le pourcentage de la déficience la plus importante se calcule sur 100 % et les pourcentages des autres déficiences, en commençant par le plus élevé, se calculent sur les résidus successifs, conformément à l'annexe B.

**5(2)** [Abrogé] R.M. 37/2003

R.M. 37/2003

**Inapplication de l'article 5**

**6** L'article 5 ne s'applique pas aux pourcentages obtenus par l'application du facteur d'accroissement visé à l'article 2.

APPLICATION DU  
FACTEUR D'ACCROISSEMENT**Application des articles 2 à 5**

**7** Lorsque les articles 2 à 5 s'appliquent à une victime, les pourcentages résultant du facteur d'accroissement prévu à l'article 2 ne s'additionnent aux autres pourcentages qu'après le calcul sur les résidus successifs.

**Coming into force**

**8** This regulation comes into force on  
March 1, 1994.

**Entrée en vigueur**

**8** Le présent règlement entre en vigueur  
le 1<sup>er</sup> mars 1994.

February 3, 1994  
3 février 1994

**Manitoba Public Insurance Corporation/  
Pour la Société d'assurance publique du Manitoba,**

J.W. Bardua, President and General Manager/président et directeur général

SCHEDULE A

**SCHEDULE OF PERMANENT IMPAIRMENTS**

**Table of Contents**

DIVISION 1: MUSCULO-SKELETAL SYSTEM

- Subdivision 1: Upper limb
- Subdivision 2: Lower limb
- Subdivision 3: Spine

DIVISION 2: CENTRAL AND PERIPHERAL NERVOUS SYSTEM

- Subdivision 1: Skull, Brain and Carotid Vessels
- Subdivision 2: Spinal Cord
- Subdivision 3: Cranial Nerves
- Subdivision 4: Peripheral Nervous System

DIVISION 3: MAXILLOFACIAL SYSTEM

- Subdivision 1: TMJ Joints
- Subdivision 2: Fronto-Orbito-Nasal Area
- Subdivision 3: Throat and Related Structures

DIVISION 4: VISION

DIVISION 5: UROGENITAL SYSTEM AND FETUS

DIVISION 6: RESPIRATORY SYSTEM

DIVISION 7: DIGESTIVE TRACT

DIVISION 8: CARDIOVASCULAR SYSTEM

DIVISION 9: ENDOCRINE SYSTEM

- Subdivision 1: Hypothalamus, Pituitary, Thyroid And Parathyroid Glands
- Subdivision 2: Pancreas (Endocrine Function)
- Subdivision 3: Adrenal Glands

DIVISION 10: HEMATOPOIETIC SYSTEM

DIVISION 11: COGNITIVE FUNCTION

DIVISION 12: VESTIBULOCOCHLEAR APPARATUS

DIVISION 13: THE SKIN

- Subdivision 1: Facial Disfigurement
- Subdivision 2: Disfigurement of Other Parts Of The Body
- Subdivision 3: Disfigurement From Partial or Total Amputation

**DIVISION I: THE MUSCULOSKELETAL SYSTEM**

**Subdivision 1: The Upper Limb**

**0.1 Definition**

In this Division, "**non-specified abnormal healing**" means an anatomic abnormality at the end of the expected healing process, which is not specified elsewhere in the Schedule, such as the change in angulation of the fracture fragment, rotational abnormalities or shortening.

**1. Shoulder and arm**

**1.1 Amputations**

- (a) forequarter amputation. . . . . 60%
- (b) shoulder disarticulation . . . . . 56%
- (c) above elbow amputation (proximal third of the humerus) . . . . . 54%
- (d) above elbow amputation (middle & distal third of the humerus). . . . . 52%

**1.2 Fractures**

- (a) fracture of the sternum, clavicle, scapula or humerus with non-specified abnormal healing . . . . . 1%
- (a.1) rib fractures, documented by imaging study (per rib, up to a maximum of 2%) . . . . . 0.5%
- (b) humeral fracture:
  - (i) with angulation of more than 15 degrees . . . . . 5%
  - (ii) with angulation of 5 to 15 degrees . . . . . 2.5%
  - (iii) with shortening of more than 4 cm . . . . . 5%
  - (iv) with shortening of 2 to 4 cm . . . . . 3%
  - (v) with shortening of 1 to 2 cm . . . . . 1.5%
- (c) chronic osteomyelitis of any upper limb bone with active drainage . . . . . 3%

**1.3 Non-bony disruption**

- (a) as a general rule:
  - (i) complete non-bony disruption or avulsion fracture affecting the upper limb . . . . . 2%
  - (ii) partial non-bony disruption or avulsion fracture affecting the upper limb . . . . . 1%

If the disruption is associated with range of motion loss of an adjacent joint, then an additional range of motion loss impairment may be rated in section 1.5 of this subdivision.

(b) exceptions to the general rule in clause (a):

(i) rotator cuff tear:

(A) imaging positive, full thickness:

- I) with no known prior rotator cuff pathology . . . . . 5%
- II) with known prior rotator cuff pathology . . . . . 2%

(B) partial thickness . . . . . 2%

(ii) biceps tendon rupture (distal or proximal):

- (A) with no strength deficit in supination or elbow flexion . . . . . 1%
- (B) with a loss of strength in supination or elbow flexion . . . . . 2%

1.4 Ligamentous and other soft tissue disruptions

(a) acromioclavicular and sternoclavicular joint injuries:

- (i) grade I separation . . . . . 0%
- (ii) grade II separation . . . . . 1%
- (iii) grade III separation . . . . . 2%

(b) glenohumeral instability – traumatic gleno-humeral dislocation (confirmed by plane radiography):

(i) no recurrence of dislocation within one year of motor vehicle collision:

- (A) without prior instability . . . . . 3%
- (B) with prior instability . . . . . 2%

(ii) recurrence of dislocation within one year of motor vehicle collision:

- (A) without prior instability . . . . . 5%
- (B) with prior instability . . . . . 2%
- (C) with Bankhart lesion, Hill Sachs deformity or labral tear, add . . . . . 1%

1.5 Range of motion loss of the shoulder joint complex

(a) flexion-extension (motion in the scapular plane):

Combined range of motion in degrees: Normal total range of motion for this plane is 230 degrees.

- (i) less than 61 . . . . . 9%
- (ii) 61 to 120 . . . . . 5%
- (iii) 121 to 180 . . . . . 2%
- (iv) greater than 180. . . . . 0%

(b) abduction-adduction (motion in the coronal plane):

Combined range of motion in degrees: Normal total range of motion for this plane is 230 degrees.

- (i) less than 61 . . . . . 6%
- (ii) 61 to 120 . . . . . 3%
- (iii) 121 to 180 . . . . . 1%
- (iv) greater than 180. . . . . 0%

(c) internal rotation – external rotation:

Combined gleno-humeral range of motion in degrees: Normal total range of motion for this plane is 180 degrees.

- (i) less than 46 . . . . . 6%
- (ii) 46 to 90 . . . . . 3%
- (iii) 91 to 135 . . . . . 1%
- (iv) greater than 135. . . . . 0%

**2. Elbow and forearm**

2.1 Amputations

- (a) elbow disarticulation (including amputation of the proximal third of the forearm) . . . . . 50%
- (b) below elbow amputation (middle third of the forearm) . . . . . 47%

2.2 Fractures

- (a) fractures of the radius, ulna or humerus, with non-specified abnormal healing . . . . . 1%
- (b) fracture of the radius:
  - (i) with angulation of more than 15 degrees . . . . . 5%
  - (ii) with angulation of 5 to 15 degrees . . . . . 2.5%
  - (iii) with shortening of more than 4 cm . . . . . 5%
  - (iv) with shortening of 2 to 4 cm . . . . . 3%
  - (v) with shortening of 1 to 2 cm . . . . . 1.5%
- (c) fracture of the ulna:
  - (i) with angulation of more than 15 degrees . . . . . 5%
  - (ii) with angulation of 5 to 15 degrees . . . . . 2.5%

- (iii) with shortening of more than 4 cm . . . . . 5%
- (iv) with shortening of 2 to 4 cm . . . . . 3%
- (v) with shortening of 1 to 2 cm . . . . . 1.5%

2.3 Non-bony disruptions

- (a) complete non-bony disruption or avulsion fracture, affecting the elbow or forearm . . . . . 2%
- (b) partial non-bony disruption or avulsion fracture, affecting the elbow or forearm . . . . . 1%

2.4 Ligamentous and other soft tissue disruptions

- (a) ulnar and radial collateral injuries:
  - (i) grade I sprain . . . . . 0%
  - (ii) grade II sprain . . . . . 1%
  - (iii) grade III sprain . . . . . 2%

2.5 Range of motion loss at the elbow

- (a) flexion-extension:
 

Combined range of motion: Normal total range of motion for this plane is 140 degrees.

  - (i) no movement . . . . . 14%
  - (ii) 1 to 40 . . . . . 12%
  - (iii) 41 to 80 . . . . . 7%
  - (iv) 81 to 120 . . . . . 4%
  - (v) 121 to 135. . . . . 1%
  - (vi) greater than 135. . . . . 0%

- (b) pronation-supination:
 

Combined range of motion: Normal total range of motion for this plane is 160 degrees.

  - (i) no movement . . . . . 9%
  - (ii) 1 to 50 . . . . . 4%
  - (iii) 51 to 100 . . . . . 3%
  - (iv) 101 to 140 . . . . . 2%
  - (v) 141 to 150. . . . . 1%
  - (vi) greater than 150. . . . . 0%

**3. Wrist and hand**

**3.1 Amputations**

- (a) wrist disarticulation (including the distal third of the forearm) . . . . . 45%
- (b) transmetacarpal or MCP disarticulation:
  - (i) 1<sup>st</sup> metacarpal . . . . . 22%
  - (ii) 2<sup>nd</sup> or 3<sup>rd</sup> metacarpal (each) . . . . . 11%
  - (iii) 4<sup>th</sup> or 5<sup>th</sup> metacarpal (each) . . . . . 5.5%

If multiple metacarpals are affected, the impairment ratings are *combined*, not *added*.

- (c) trans-digital (proximal phalanx) or PIP disarticulation:
  - (i) thumb . . . . . 11%
  - (ii) index or middle fingers (each) . . . . . 8%
  - (iii) ring or small fingers (each) . . . . . 4%

If multiple digits are affected, the impairment ratings are *combined*, and not *added*.

- (d) trans-digital (middle or distal phalanx) or DIP disarticulation:
  - (i) thumb . . . . . 11%
  - (ii) index or middle fingers (each) . . . . . 5%
  - (iii) ring or small fingers (each) . . . . . 3%

If multiple digits are affected, the impairment ratings are *combined*, and not *added*.

**3.2 Fractures**

- (a) scaphoid fracture . . . . . 0%
- (b) scaphoid fracture with avascular necrosis . . . . . 2%
- (c) scaphoid fracture with non-union or pseudarthrosis . . . . . 2%
- (d) colles fracture with anatomic reduction . . . . . 0%
- (e) colles fracture with greater than 15 degrees of angulation of radius . . . . . 2%
- (f) avascular necrosis of lunate . . . . . 2%
- (g) fracture of a carpal, metacarpal or phalanx with abnormal healing . . . . . 1%

If any of the above are associated with range of motion loss, apply sections 3.5a and 3.5b for further impairment rating.

3.3 Non-bony disruptions

- (a) complete non-bony disruption or avulsion fracture, affecting the wrist or hand . . . . . 2%
- (b) partial non-bony disruption or avulsion fracture, affecting the wrist or hand . . . . . 1%

If the disruption is associated with range of motion loss of an adjacent joint, then an additional range of motion loss impairment may be rated under section 3.5a or 3.5b.

3.4 Soft tissue and ligamentous disruptions

(a) carpal instability: To be rated by report of a health care practitioner. The radiological appearance, including carpal height, carpal translation and degree of joint arthrosis must be used to determine mild, moderate and severe impairment.

- (i) mild . . . . . 4%
- (ii) moderate. . . . . 8%
- (iii) severe. . . . . 12%
- (b) triangular fibrocartilage complex tears. . . . . 2%

(c) carpal tunnel syndrome: Rate according to the neurologic impairment guidelines (see Division 2 Subdivision 4).

3.5a Range of motion loss of the wrist

(a) flexion-extension:

Combined range of motion in degrees: Normal total range of motion for this plane is 120 degrees.

- (i) no movement . . . . . 8%
- (ii) 1 to 30 . . . . . 4%
- (iii) 31 to 60 . . . . . 3%
- (iv) 61 to 90 . . . . . 2%
- (v) 91 to 100. . . . . 1%
- (vi) greater than 100. . . . . 0%

(b) radial deviation – ulnar deviation:

Combined range of motion in degrees: Normal total range of motion for this plane is 50 degrees.

- (i) no movement . . . . . 6%
- (ii) 1 to 25 . . . . . 2%
- (iii) 26 to 40 . . . . . 1%
- (iv) greater than 40. . . . . 0%

3.5b Range of motion loss of the hand

(a) thumb IP flexion-extension:

Combined range of motion: Normal total range of motion for this plane is 80 degrees.

- (i) ankylosis in faulty position . . . . . 4%
- (ii) ankylosis in functional position . . . . . 2%
- (iii) 1 to 40 . . . . . 1%
- (iv) 41 to 70 . . . . . 0.5%
- (v) greater than 70 . . . . . 0%

(b) thumb MCP flexion-extension:

Combined range of motion: Normal total range of motion for this plane is 60 degrees.

- (i) no movement . . . . . 2%
- (ii) 1 to 30 . . . . . 1%
- (iii) 31 to 50 . . . . . 0.5%
- (iv) greater than 50. . . . . 0%

(c) thumb adduction:

This motion is evaluated by measuring the distance in centimeters from the flexor crease of the IP joint of the thumb to the distal palmar crease overlying the MCP joint of the small finger.

- (i) 8 cm. . . . . 4%
- (ii) 6 cm . . . . . 2%
- (iii) 4 cm. . . . . 1%
- (iv) 2 cm . . . . . 0.5%
- (v) less than 2 cm. . . . . 0%

(d) thumb radial abduction:

Combined range of motion: Normal total range of motion for this plane is 50 degrees.

- (i) no movement . . . . . 2%
- (ii) 1 to 25 . . . . . 1%
- (iii) 26 to 40 . . . . . 0.5%
- (iv) greater than 40. . . . . 0%

(e) thumb opposition:

This motion is evaluated by measuring the distance in centimeteres from the flexor crease of the IP joint of the thumb to the distal palmar crease overlying the MCP joint of the middle finger.

- (i) 8 cm. . . . . 4%
- (ii) 6 cm . . . . . 2%
- (iii) 4 cm. . . . . 1%
- (iv) 2 cm . . . . . 0.5%
- (v) less than 2 cm. . . . . 0%

(f) finger DIP flexion-extension:

Combined range of motion: Normal total range of motion for this plane is 70 degrees.

- (i) no movement . . . . . 1%
- (ii) 1 to 35 . . . . . 0.5%
- (iii) 36 to 70 . . . . . 0%

(g) finger PIP flexion-extension:

Combined range of motion: Normal total range of motion for this plane is 130 degrees.

- (i) no movement . . . . . 1%
- (ii) 1 to 65 . . . . . 0.5%
- (iii) 66 to 130 . . . . . 0%

(h) finger MCP flexion-extension:

Combined Range of Motion: Normal total range of motion for this plane is 110 degrees.

- (i) no movement . . . . . 1%
- (ii) 1 to 55 . . . . . 0.5%
- (iii) 56 to 110 . . . . . 0%

**Subdivision 2: Lower Limb**

**1. Pelvis**

1.1 Amputation

(a) hemipelvectomy ..... 50%

1.2 Fractures

(a) undisplaced, non-articular, healed fracture with no other complications ..... 0%

(b) fracture involving the sacroiliac joint ..... 2%

(c) fracture involving the acetabulum (to be rated under section 2.4 – Range of motion loss at the hip)

(d) pelvic fracture with non-specified abnormal healing ..... 1%

1.3 Pelvic range of motion loss

Clinical tests to identify range of motion loss of the sacroiliac joint lack sufficient inter-rater reliability to be considered reliable. Therefore, impairments for pelvic range of motion loss are not rated.

**2. Hip and thigh**

2.1 Amputation

(a) hip disarticulation (including proximal 1/3 of the femur). ..... 45%

(b) above knee amputation:

(i) proximal ..... 45%

(ii) mid-thigh ..... 40%

(iii) distal ..... 35%

2.2 Fractures

(a) injuries to the acetabulum or the head of the femur requiring a prosthetic joint replacement, including any shortening of the lower limb ..... 15%

(b) [repealed] M.R. 61/2015

(c) intra-articular fracture of the femur ..... 2%

Fracture complications:

(d) femoral shaft fractures with angulation:

(i) greater than 20 degrees ..... 4%

(ii) 10 to 20 degrees ..... 2%

(e) femoral shaft fractures with mal-rotation:

- (i) greater than 20 degrees . . . . . 4%
- (ii) 10 to 20 degrees . . . . . 2%

(f) resulting in avascular necrosis:

- (i) leading to hip arthroplasty (see clause (b) of this section)
- (ii) without arthroplasty (to be rated according to range of motion loss in 2.4)

(g) femoral fractures with non-specified abnormal healing . . . . . 1%

2.3 Non-bony disruptions

- (a) complete non-bony disruption or avulsion fracture, affecting the hip or thigh . . . . . 2%
- (b) partial non-bony disruption or avulsion fracture, affecting the hip or thigh . . . . . 1%

If a disruption referred to in clause (a) or (b) is associated with range of motion loss of an adjacent joint, then an additional range of motion loss impairment may be rated under section 2.4 (Range of motion loss at the hip).

(c) [repealed] M.R. 61/2015

2.4 Range of motion loss at the hip

(a) hip joint ankylosis:

- (i) in a position prohibiting gait . . . . . 25%
- (ii) in a position allowing gait . . . . . 20%

(b) range of motion restriction:

(i) flexion-extension:

Combined range of motion in degrees: Normal total range of motion for this plane is 150 degrees.

- (A) 0 to 30 . . . . . 10%
- (B) 31 to 60 . . . . . 7%
- (C) 61 to 90 . . . . . 3%
- (D) 91 to 120 . . . . . 1%
- (E) greater than 120. . . . . 0%

(ii) internal-external rotation:

Combined range of motion in degrees: Normal total range of motion for this plane is 90 degrees.

- (A) 0 to 30 . . . . . 5%
- (B) 31 to 60 . . . . . 3%
- (C) greater than 60 . . . . . 0%

(iii) abduction-adduction:

Combined range of motion in degrees: Normal total range of motion for this plane is 60 degrees.

- (A) 0 to 15 . . . . . 5%
- (B) 15 to 45 . . . . . 3%
- (C) greater than 45 . . . . . 0%

2.5 Thigh muscular atrophy

Thigh muscular atrophy of 2 cm or more, as measured 15 cm above the superior pole of the patella, including any resulting weakness, resulting from non-bony disruption, underlying fracture or objective knee condition . . . . . 2%

**3. Knee and leg**

3.1 Amputations

- (a) knee disarticulation, including proximal below knee amputation, not suitable for a patellar tendon bearing (PTB) prosthesis . . . . . 32%
- (b) below knee amputation suitable for a PTB prosthesis . . . . . 28%

3.2 Fractures

- (a) tibial, fibular or patellar fractures with non-specified abnormal healing . . . . . 1%

Fracture complications:

- (b) patellar fractures resulting in its surgical removal . . . . . 5%
- (c) fracture or dislocation of the patella resulting in quadriceps atrophy . . . . . 2%

(d) leg (tibial or fibular) fractures resulting in single or multi-planar angulation:

- (i) greater than 15 degrees . . . . . 3%
- (ii) 10 to 15 degrees . . . . . 2%

(e) leg (tibial or fibular) fractures resulting in mal-rotation:

- (i) greater than 20 degrees . . . . . 3%
- (ii) 10 to 20 degrees . . . . . 2%

- (f) knee, thigh or leg injuries requiring a knee arthroplasty. . . . . 8%
- (g) intra-articular fracture of the knee . . . . . 2%

These awards include any limb shortening or weakness.

3.3 Non-bony disruptions

- (a) complete non-bony disruption or avulsion fracture, affecting the knee or leg . . . . . 2%
- (b) partial non-bony disruption or avulsion fracture, affecting the knee or leg . . . . . 1%

If a disruption under clause (a) or (b) is associated with range of motion loss of an adjacent joint, then an additional range of motion loss impairment may be rated under section 3.5 (Range of motion loss at the knee).

- (c) [repealed] M.R. 61/2015

3.4 Ligamentous and other soft tissue disruptions

In general, the higher the grade of ligament injury, the greater the impairment and the corresponding impairment rating. Most grade I and II knee joint ligament injuries heal without functional sequelae, and therefore do not warrant an impairment rating.

- (a) cruciate or collateral ligament injuries associated with:
  - (i) occasional instability not interfering with occupational or recreational function. . . . . 2%
  - (ii) regular episodes of instability that interferes with occupational or recreational function . . . 7%
  - (iii) frequent episodes of instability that limits most occupational and recreational function. . . 10%
  - (iv) frequent episodes of instability prohibiting all occupational and recreational function . . . 15%
- (b) meniscal tears (medial or lateral). . . . . 2%
- (c) post-traumatic patellofemoral pain syndrome with objective signs . . . . . 1%
- (d) chondral injury (confirmed by MRI or arthroscopy). . . . . 2%

3.5 Range of motion loss at the knee

- (a) ankylosis:
  - (i) in a faulty position (recurvatum, varus, valgus, malrotation), including any damage to the patella, shortening of the lower limb, or muscular atrophy or weakness . . . . . 20%
  - (ii) in a functional position, including any damage to the patella, shortening by 3 cm or less, altered alignment (recurvatum, varus, valgus, rotation) or muscular atrophy or weakness . . . 15%
- (b) flexion:
  - Active range of motion in degrees:
    - (i) 5 to 60 . . . . . 14%
    - (ii) 61 to 80 . . . . . 8%

(iii) 81 to 110 . . . . .	2%
(iv) greater than 110. . . . .	0%
(c) flexion contracture:	
Active range of motion in degrees away from the neutral position (knee straight position):	
(i) less than 5 . . . . .	0%
(ii) 5 to 9 . . . . .	4%
(iii) 10 to 20 . . . . .	8%
(iv) greater than 20. . . . .	14%

3.6 Leg muscular atrophy

Leg muscular atrophy of 1.5 cm or more, as measured 15 cm below the inferior pole of the patella, including any weakness, resulting from non-bony disruption, underlying fracture or objective knee or ankle condition, not including ankylosis . . . . . 2%

**4. Ankle and foot**

4.1 Amputations

(a) amputation at the ankle (Symes) . . . . .	25%
(b) mid-tarsal amputation (Chopart) . . . . .	18%
(c) tarsometatarsal amputation (Lisfranc) . . . . .	18%
(d) transmetatarsal amputation . . . . .	16%
(e) amputation of all five toes at the MTP joint . . . . .	9%
(f) amputation with loss of the distal end of the first metatarsal . . . . .	5%
(g) bone amputation of the great toe at the MTP joint . . . . .	3%
(h) amputation of the distal end of the fifth metatarsal . . . . .	2%
(i) amputation of the great toe at the IP joint . . . . .	2%
(j) total or partial amputation of the 2nd, 3rd, 4th and 5th toes, (per toe) . . . . .	1%

4.2 Fractures

Fracture complications:

(a) fracture of the tibia or fibula:	
(i) with angulation of more than 15 degrees . . . . .	5%
(ii) with angulation of 5 to 15 degrees . . . . .	2.5%

- (iii) with shortening of more than 4 cm . . . . . 5%
- (iv) with shortening of 2 to 4 cm . . . . . 3%
- (v) with shortening of 1 to 2 cm . . . . . 1.5%
- (b) avascular necrosis of the talus . . . . . 5%
- (c) avascular necrosis of the navicular . . . . . 3%
- (d) chronic osteomyelitis of any lower limb bone with active drainage . . . . . 3%
- (e) post-traumatic tarsal/metatarsal deformity necessitating the use of a custom-fitted shoe or orthosis to accommodate for the condition . . . . . 0.5 %
- (f) fractures of the tibia, fibula, tarsal or metatarsal bones with non-specified abnormal healing. . . 1%

4.3 Non-bony disruptions

- (a) complete non-bony disruption or avulsion fracture, affecting the foot or ankle . . . . . 2%
- (b) partial non-bony disruption or avulsion fracture, affecting the foot or ankle. . . . . 1%

If a disruption referred to in clause (a) or (b) is associated with range of motion loss of an adjacent joint, then an additional range of motion loss impairment may be rated under section 4.5 (Range of motion loss at the foot or ankle).

- (c) achilles tendon rupture . . . . . 3%

4.4 Ligamentous and other soft tissue disruptions

- (a) ligament injury resulting in chronic ankle instability . . . . . 1.5 %

4.5 Range of motion loss at the foot or ankle

- (a) ankylosis of the ankle or foot:
  - (i) subtalar, midtarsal, tibiotalar (panarthrodesis) . . . . . 12%
  - (ii) tibiotalar up to 10° of plantar flexion, with loss of inversion and eversion . . . . . 8%
  - (iii) subtalar and midtarsal (triple arthrodesis). . . . . 4%
  - (iv) subtalar . . . . . 3%
  - (v) tarsal-metatarsal. . . . . 2.5 %
  - (vi) metatarsophalangeal:
    - (A) big toe . . . . . 1.5 %
    - (B) any other toe . . . . . 0.5%

(vii) interphalangeal:	
(A) big toe . . . . .	1 %
(B) any other toe . . . . .	0.5%
(b) range of motion restriction:	
(i) tibiotalar plantar flexion in degrees	
(A) 1 to 10 . . . . .	6%
(B) 11 to 20 . . . . .	3%
(C) greater than 20 . . . . .	0%
(ii) tibiotalar dorsiflexion in degrees:	
(A) 0 to 10 . . . . .	3%
(B) greater than 10 . . . . .	0%
(iii) sub-talar . . . . .	2%
(iv) midtarsal . . . . .	1%
(v) toe	
(A) big toe . . . . .	0%
(B) any other toe . . . . .	0%

**Subdivision 3: The Spine**

In the following sections 1 to 4, a reference to fusion denoted by "\*" includes bony fusion using an internal fixation device or bone graft material.

**1. Cervical spine**

(a) *fusion of the atlanto-occipital joint (C0-C1), including post-traumatic bony alterations . . . . .	6%
(b) *fusion of the atlanto-axial joint (C1 and C2), including post-traumatic bony alterations . . . . .	12%
(c) non-union of the odontoid process following a fracture:	
(i) with evidence of radiographic instability (as per Table 1.1) . . . . .	6%
(ii) without evidence of radiographic instability (as per Table 1.1) . . . . .	3%
(iii) accompanied by myelopathy (see Division 2 Subdivision 3).	
(d) impaired active range of motion of the atlanto-axial joint (C1 and C2), following a fracture or ligamentous injury, as documented by evidence of range of motion restriction in rotation (inclinometer method) . . . . .	2.5%

(e) instability of the atlanto-axial joint (C1 and C2), following a fracture or ligamentous injury, as documented by evidence of excessive motion on flexion extension views:

- (i) forward slippage < 5mm . . . . . 2.5%
- (ii) forward slippage > 5mm . . . . . 5%
- (iii) accompanied by myelopathy: (see Division 2 Subdivision 3)

(f) \*fusion of C3-7 vertebrae, including any post-traumatic bony alterations, (e.g. laminectomy, vertebrectomy, and discectomy), if applicable, per inter-space . . . . . 4%

(g) excessive active range of motion of C3-7 following a ligamentous injury as documented by radiographic instability on flexion extension views (as per Table 1.1), per inter-space . . . . . 2%

(h) vertebral body fracture (non-compression):

- (i) with radiographic instability (as per Table 1.1). . . . . 6%
- (ii) without radiographic instability (as per Table 1.1) . . . . . 3%
- (iii) with associated myelopathy (see Division 2 Subdivision 3).

(i) vertebral body compression fracture with radiographic instability on flexion extension views (as per Table 1.1):

- (i) loss of height, more than 50% . . . . . 6%
- (ii) loss of height, from 25% to 50% . . . . . 4%
- (iii) loss of height, less than 25% . . . . . 2%

(j) vertebral body compression fracture without radiographic instability on flexion extension views (as per Table 1.1), including any range of motion restriction:

- (i) loss of height, more than 50% . . . . . 3%
- (ii) loss of height, from 25% to 50% . . . . . 2%
- (iii) loss of height, less than 25% . . . . . 1%

**2. Thoracic spine**

(a) vertebral body compression fracture with radiographic instability on flexion extension views (as per Table 1.1):

- (i) loss of height, more than 50% . . . . . 6%
- (ii) loss of height, from 25% to 50% . . . . . 4%
- (iii) loss of height, less than 25% . . . . . 2%

(b) vertebral body compression fracture without radiographic instability on flexion extension views (as per Table 1.1), including any range of motion restriction:

- (i) loss of height, more than 50% . . . . . 4%
- (ii) loss of height, from 25% to 50% . . . . . 2%
- (iii) loss of height, less than 25% . . . . . 1%

(c) \*fusion of two or more adjacent thoracic vertebrae, including any post-traumatic bony alterations, (e.g. laminectomy, vertebrectomy, and discectomy), if applicable; per inter-space . . . . . 4%

(d) vertebral body fracture (non-compression):

- (i) with radiographic instability (as per Table 1.1) . . . . . 6%
- (ii) without radiographic instability (as per Table 1.1) . . . . . 3%
- (iii) with associated myelopathy: (see Division 2 Subdivision 3)

(e) excessive active range of motion following a ligamentous injury as documented by radiographic instability on flexion extension views (as per Table 1.1) . . . . . 2%

(f) excessive active range of motion following a costovertebral fracture or dislocation, including any range of motion restriction or radiographic instability, per spinal segment . . . . . 0.5%

**3. Lumbar spine**

(a) vertebral body compression fracture with radiographic instability (as per Table 1.1):

- (i) loss of height, more than 50% . . . . . 6%
- (ii) loss of height, 25% to 50% . . . . . 4%
- (iii) loss of height, less than 25% . . . . . 2%

(b) vertebral body compression fracture without radiographic instability (as per Table 1.1), including any range of motion restriction:

- (i) loss of height, more than 50% . . . . . 3%
- (ii) loss of height, 25% to 50% . . . . . 2%
- (iii) loss of height, less than 25% . . . . . 1%

(c) \*fusion of two or more adjacent lumbar vertebrae, including any post-traumatic bony alterations, (e.g. laminectomy, vertebrectomy, and discectomy), if applicable; per interspace . . . . . 4%

(d) vertebral body fracture (non-compression):

- (i) with radiographic instability (as per Table 1.1) . . . . . 6%
- (ii) without radiographic instability (as per Table 1.1) . . . . . 3%
- (iii) with associated myelopathy: (see Division 2 Subdivision 3)

(e) excessive active range of motion following a ligamentous injury as documented by radiographic instability on flexion extension views (as per Table 1.1) . . . . . 2%

**4. Other spinal impairments**

(a) post-traumatic alteration of an intervertebral disc (e.g. disc herniation, internal disc disruption, disc space infection, discectomy) including any range of motion restriction or radiographic instability, per spinal segment:

- (i) with associated myelopathy: (see Division 2 Subdivision 3)
- (ii) with associated radiculopathy: (see Division 2 Subdivision 4)
- (iii) without associated myelopathy or radiculopathy . . . . . 3%

(b) complete laminectomy including removal of both laminae and spinous processes including any radiographic evidence of range of motion restriction or instability (as per Table 1.1), per spinal segment . . . . . 2%

(c) partial laminectomy, laminotomy or foraminotomy, with preservation of one lamina, per spinal segment . . . . . 1%

(d) post-traumatic alteration of a spinous process, transverse process, lamina or zygapophyseal joint following a fracture, spondylolysis or pseudarthrosis, including any radiographically documented range of motion restriction or instability (as per Table 1.1), per spinal segment . . . . . 0.5%

(e) post-traumatic alteration of the coccyx with or without coccygectomy . . . . . 0.5%

**Table 1.1**

Vertebral Level	Slippage in mm
C1-2	See Above
C3-7	3.5
T1-L4	5
L5-S1	5

**DIVISION 2: CENTRAL AND PERIPHERAL NERVOUS SYSTEM**

**1. Definitions:**

In this Division,

"**autonomic dysreflexia**" means an alteration of autonomic reflexes associated with quadriplegia or paraplegia above the T6 level that can result in sudden and sustained elevation of blood pressure; (« dysr flexie autonome »)

"**paraplegia**" means a neurological injury affecting the trunk and lower limbs (but sparing the upper limbs and head) that manifests with alterations in motor power and control and sensory loss below the level of injury. This condition is associated with certain types of spinal cord injuries. It may be complete or incomplete; (« paraplégie »)

"**quadriplegia**" means a neurological injury affecting both upper and lower limbs, that manifests with alterations in motor power and control and sensory loss below the level of injury. This condition is associated with certain types of spinal cord injuries. It may be complete or in ````complete. (« quadriplégie

**Subdivision 1: Skull, Brain And Carotid Vessels**

**1. Alteration of brain tissue**

1.1 Cerebral concussion or contusion

- (a) minor (post-traumatic amnesia (PTA) < 30 min or loss of consciousness (LOC) < 5 min) . . . . 0.5%
- (b) moderate (PTA > 30 min < 24 hrs or LOC > 5 min < 1 hr.) . . . . . 2%
- (c) severe (> 24 hrs of (PTA) or > 1 hr (LOC)). . . . . 5%
- (d) post concussion syndrome: (see sections 4.6, 4.7 and 4.9 of this subdivision)

1.2 Post-traumatic alteration of tissue

- (a) with laceration or intracerebral hematoma . . . . . 2%
- (b) with epidural hematoma. . . . . 2%
- (c) with subdural hematoma . . . . . 2%
- (d) with subarachnoid hemorrhage . . . . . 5%
- (e) with leakage of cerebrospinal fluid (CSF) via one of the paranasal sinuses or via the external auditory meatus, including any elevation, craniotomy, craniectomy and plasty . . . . . 5%
- (f) evidence of encephalomalacia or shear/axonal injury . . . . . 5%

**2. Alteration of the skull**

2.1 Post-traumatic bony alteration

- (a) following a linear skull fracture of the base . . . . . 2%
- (b) following a linear skull fracture of the calvarium . . . . . 1%

- (c) following a craniotomy or a craniectomy. . . . . 2%
- (d) following trephination, per incision . . . . . 0.5%

## 2.2 Bony deformity following a depressed fracture of the calvarium

- (a) without dural laceration:
  - (i) requiring a craniectomy and cranioplasty, including elevation . . . . . 4%
  - (ii) requiring elevation . . . . . 2%
  - (iii) not requiring elevation. . . . . 1%
- (b) with dural laceration:
  - (i) with associated hemorrhage: (see section 2.1 of this subdivision)
  - (ii) with associated vascular injury: (see section 3.1 of this subdivision)

## 3. Alteration of cerebrovascular supply

### 3.1 Internal carotid artery occlusion

- (a) internal carotid artery occlusion. . . . . 10%
- (b) associated with hemiplegia: (see subdivision 2)

### 3.2 Internal carotid artery stenosis

- (a) more than 70% . . . . . 8%
- (b) 50 to 70% . . . . . 5%
- (c) less than 50% . . . . . 2%
- (d) associated with hemiplegia: (see subdivision 2)

### 3.3 Hydrocephalus

- (a) not requiring a cerebrospinal fluid shunt. . . . . 5%
- (b) requiring a cerebrospinal fluid shunt. . . . . 15%

## 4. Functional alteration of the brain

### 4.1 Upper limb function

- (a) inability to use both upper limbs for self care with evidence of both proximal and distal upper limb neurological dysfunction . . . . . 80%
- (b) inability to use one upper limb for self care with evidence of both proximal and distal upper limb neurological dysfunction . . . . . 60%
- (c) difficulty in using both upper limbs for self care with evidence of either proximal or distal upper limb neurological dysfunction bilaterally. . . . . 50%

- (d) difficulty in using one upper limb for self care with evidence of either proximal or distal upper limb neurological dysfunction . . . . . 40%
- (e) difficulty manipulating objects with impaired prehension confined to only one of the upper limbs, allowing independence in self-care . . . . . 30%
- (f) difficulty manipulating objects with no impairment in prehension in either upper limb, allowing independence in self-care . . . . . 20%
- (g) upper limb clumsiness (e.g. tremor, dysmetria, dysdiadochokinesis) with impaired prehension confined to only one of the upper limbs, allowing independence in self-care. . . . . 15%
- (h) upper limb clumsiness (e.g. tremor, dysmetria, dysdiadochokinesis) with no impairment in prehension in either upper limb, allowing independence in self-care . . . . . 10%

4.2 Station and gait assessment

- (a) inability to stand or walk . . . . . 50%
- (b) ability to stand, but great difficulty or inability to walk . . . . . 40%
- (c) moderate difficulty in walking on irregular surfaces, stairways or uneven terrain . . . . . 15%
- (d) slight difficulty in walking. . . . . 5%

4.3 Bladder function

- (a) incontinence or urinary retention:
  - (i) complete loss of sphincter control. . . . . 20%
  - (ii) partial loss of sphincter control . . . . . 10%
  - (iii) dysfunction in the form of frequency or hesitancy. . . . . 3%
- (b) alteration of the bladder with enterocystoplasty. . . . . 10%
- (c) alteration of the bladder without enterocystoplasty . . . . . 3%
- (d) Class 1, 2 or 3 renal functional impairment (See Division 5 — section 2).

4.4 Anorectal Function

- (a) complete loss of control . . . . . 10%
- (b) limited control . . . . . 5%

4.5 Sexual dysfunction

- (a) Class 1: sexual functioning is possible with difficulty of erection or ejaculation in men or lack of awareness, excitement, or lubrication in either sex . . . . . 5%
- (b) Class 2: reflex sexual functioning is possible but there is no awareness . . . . . 10%
- (c) Class 3: infertility or total absence of sexual functioning, or both . . . . . 15%

4.6 Communication disorders (dysphasia, aphasia, alexia, agraphia, acalculia and other communication disorders)

- (a) a communication disorder that results in the person's complete inability to understand and use language . . . . . 95%
- (b) a communication disorder that does not affect the person's ability to understand linguistic symbols, but severely impairs his or her ability to use sufficient or appropriate language . . . . . 70%
- (c) a communication disorder that does not affect the person's ability to understand linguistic symbols, but moderately impairs his or her ability to use sufficient or appropriate language . . . . . 40%
- (d) a communication disorder that results in minor communication difficulties . . . . . 10%

4.7 Alterations of consciousness (posttraumatic epilepsy, syncope, cataplexy, narcolepsy, and other neurological disorders and alterations of consciousness)

- (a) an alteration of consciousness, such as stupor, coma or another disorder or disturbance, including adverse effects of medication, that prevents the person from performing the activities of daily living to such an extent that he or she requires continuous supervision in an institutional or confined setting . . . . . 100%
- (b) an alteration of consciousness, including adverse effects of medication, that impairs the person's ability to perform the activities of daily living to such an extent that he or she requires periodic supervision in an institutional or confined setting for 50% or more of the time . . . . . 70%
- (c) an alteration of consciousness, including adverse effects of medication, that impairs the person's ability to perform the activities of daily living to such an extent that he or she requires periodic supervision in an institutional or confined setting for less than 50% of the time . . . . . 35%
- (d) an alteration of consciousness, including adverse effects of medication, that impairs the person's ability to perform the activities of daily living to such an extent that he or she requires supervision but not in an institutional or confined setting . . . . . 15%
- (e) an alteration of consciousness, including adverse effects of medication, that impairs the person's ability to perform the activities of daily living but not to such an extent that he or she requires supervision. . . . . 10%

4.8 Disturbances of vision

To be rated according to Division 4.

4.9 Alterations of the higher cognitive or integrative mental functions (organic cerebral syndrome, dementia and neurologic deficiencies)

- (a) an alteration of the higher cognitive or integrative mental functions, including adverse effects of medication, that prevents the person from performing the activities of daily living to such an extent that he or she requires continuous supervision in an institutional or confined setting . . . . . 100%
- (b) an alteration of the higher cognitive or integrative mental functions, including adverse effects of medication, that impairs the person's ability to perform the activities of daily living to such an extent that he or she requires periodic supervision in an institutional or confined setting for 50% or more of the time. . . . . 80%

(c) an alteration of the higher cognitive or integrative mental functions, including adverse effects of medication, that impairs the person's ability to perform the activities of daily living to such an extent that he or she requires periodic supervision in an institutional or confined setting for less than 50% of the time. . . . . 45%

(d) an alteration of the higher cognitive or integrative mental functions, including adverse effects of medication, that impairs the person's ability to perform the activities of daily living to such an extent that he or she requires supervision but not in an institutional or confined setting . . . . . 15%

(e) an alteration of the higher cognitive or integrative mental functions, including adverse effects of medication, that impairs the person's ability to perform the activities of daily living but not to such an extent that he or she requires supervision . . . . . 5%

4.10 Endocrine dysfunction

To be rated according to Division 9.

**Subdivision 2: Spinal Cord**

Spinal cord injuries must be classified according to the American Spinal Injury Association (ASIA) scale as follows:

(a) ASIA Grade A = Complete: No sensory or motor function is preserved below the neurological level of the lesion (including the sacral segments).

(b) ASIA Grade B = Sensory Incomplete: Sensory but not motor function is preserved below the neurological level and includes the sacral segments S4-S5 (light touch, pin prick at S4-S5: or deep anal pressure (DAP), AND no motor function is preserved more than three levels below the motor level on either side of the body.

(c) ASIA Grade C = Incomplete: There is preservation of some motor function below the neurological level of the lesion, and the majority of key muscles below the neurological level have a muscle grade less than 3.

(d) ASIA Grade D = Incomplete: There is preservation of some motor function below the neurological level of the lesion, and the majority of key muscles below the neurological level have a muscle grade greater than or equal to 3.

(e) ASIA Grade E = Normal: Motor and sensory function is normal.

The motor index score provides a numerical scoring system to document changes in motor function. Each of the key muscles is graded according to the motor grading scale (grade 1 to 5). A normal score is as follows:

Right	Key Muscle	Left
5	C5	5
5	C6	5
5	C7	5
5	C8	5
5	T1	5
5	L2	5
5	L3	5
5	L4	5
5	L5	5
5	S1	5
50		50

Total Score = 100 (Maximum Score Possible)

The following information is required in order to determine the impairment rating for a spinal cord injury:

- (a) spinal level of injury (e.g. the site of fracture or dislocation if any);
- (b) neurological level of injury (the motor and sensory level of injury as determined by physical exam for both the right and left side of the body);
- (c) whether the lesion is complete or incomplete;
- (d) the ASIA Grade; and
- (e) the motor index score.

**1. Complete quadriplegia or paraplegia (ASIA Grade A)**

1.1 Quadriplegia, including all anatomical and physiological deficits inherent in this condition as well as any vertebral spinal impairments and grafting, if applicable:

- (a) C5 level or higher . . . . . 100%
- (b) C6 level . . . . . 95%
- (c) C7 level . . . . . 90%
- (d) C8 or T1 level . . . . . 85%

1.2 Paraplegia, including all anatomical and physiological deficits inherent in this condition as well as any vertebral spinal impairments and grafting, if applicable:

- (a) T2 to T7 level . . . . . 80%
- (b) below T7 . . . . . 75%

(c) conus and cauda equina lesions . . . . . 70%

**2. Incomplete Quadriplegia Or Paraplegia with Complete or Partial Preservation of Sensation Only and No Motor Preservation (ASIA Grade B)**

2.1 Quadriplegia, including all anatomical and physiological deficits inherent in this condition as well as any vertebrospinal impairments and grafting, if applicable:

- (a) C5 level or higher . . . . . 95%
- (b) C6 level . . . . . 90%
- (c) C7 level . . . . . 85%
- (d) C8 or T1 level . . . . . 80%

2.2 Paraplegia, including all anatomical and physiological deficits inherent in this condition as well as any vertebrospinal impairments and grafting, if applicable:

- (a) T2 to T7 level . . . . . 75%
- (b) below T7 . . . . . 70%
- (c) conus and cauda equina lesions . . . . . 65%

**3. Incomplete quadriplegia or paraplegia with partial preservation of motor power, with or without sensory preservation (ASIA Grades C and D)**

3.1 Upper limb function

- (a) inability to use both upper limbs for self care with evidence of both proximal and distal upper limb neurological dysfunction . . . . . 80%
- (b) inability to use one upper limb for self care with evidence of both proximal and distal upper limb neurological dysfunction . . . . . 60%
- (c) difficulty in using both upper limbs for self care with evidence of either proximal or distal upper limb neurological dysfunction bilaterally . . . . . 50%
- (d) difficulty in using one upper limb for self care with evidence of either proximal or distal upper limb neurological dysfunction . . . . . 40%
- (e) difficulty manipulating objects with impaired prehension confined to only one of the upper limbs, allowing independence in self-care . . . . . 30%
- (f) difficulty manipulating objects with no impairment in prehension in either upper limb, allowing independence in self-care . . . . . 20%
- (g) upper limb clumsiness (e.g. tremor, dysmetria, dysdiadochokinesis) with impaired prehension confined to only one of the upper limbs, allowing independence in self-care . . . . . 15%
- (h) upper limb clumsiness (e.g. tremor, dysmetria, dysdiadochokinesis) with no impairment in prehension in either upper limb, allowing independence in self-care . . . . . 10%

3.2 Station and gait assessment

- (a) inability to stand or walk . . . . . 50%
- (b) ability to stand, but great difficulty or inability to walk . . . . . 40%
- (c) moderate difficulty in walking on irregular surfaces, stairways or uneven terrain . . . . . 15%
- (d) slight difficulty in walking . . . . . 5%

3.3 Bladder function

- (a) incontinence or urinary retention:
  - (i) complete loss of sphincter control. . . . . 20%
  - (ii) partial loss of sphincter control . . . . . 10%
  - (iii) dysfunction in the form of frequency or hesitancy. . . . . 3%
- (b) alteration of the bladder with enterocystoplasty. . . . . 10%
- (c) alteration of the bladder without enterocystoplasty . . . . . 3%
- (d) Class 1, 2 or 3 renal functional impairment (See Division 5 — section 2).

3.4 Anorectal Function

- (a) complete loss of control . . . . . 10%
- (b) limited control . . . . . 5%

3.5 Sexual dysfunction

- (a) Class 1: sexual functioning is possible with difficulty of erection or ejaculation in men or lack of awareness, excitement, or lubrication in either sex . . . . . 5%
- (b) Class 2: reflex sexual functioning is possible but there is no awareness . . . . . 10%
- (c) Class 3: infertility or total absence of sexual functioning, or both . . . . . 15%

3.6 Autonomic dysreflexia:

- (a) controlled by medication. . . . . 5%
- (b) frequent occurrences with medication . . . . . 15%

3.7 Class 1, 2, 3 or 4 respiratory functional impairment (See Division 6 — section 2).

**Subdivision 3: Cranial Nerves**

**1. Olfactory nerves (Right and Left)**

- (a) total loss (R/O functional anosmia with ammonia test) . . . . . 2%
- (b) distortion of smell (if present add to above %):
  - (i) unpleasant but not interfering with ADL (e.g. eating) . . . . . 0%
  - (ii) unpleasant and occasionally interfering with ADL (e.g. eating) . . . . . 2%
  - (iii) unpleasant and constantly interfering with ADL (e.g. eating) . . . . . 4%

**2. Optic nerve and visual pathways: (see Division 3 Subdivision 5)**

**3. Oculomotor (left and right) and eye parasympathetic input**

- (a) ptosis:
  - (i) droop but pupil not covered . . . . . 0.5%
  - (ii) lid partially covers pupil interfering with vision. . . . . 2%
  - (iii) complete ptosis . . . . . 4%
  - (iv) if complete and bilateral . . . . . 25%
  - (v) if uncorrectable with surgery/bracing, rate as if blind.
- (b) pupil dilation:
  - (i) If symptomatic (i.e. photophobia/visual blurring) . . . . . 1%
- (c) diplopia:
  - (i) In gaze off midline – correctable with prisms . . . . . 2%
  - (ii) In gaze off midline – not correctable with prisms. . . . . 6%
  - (iii) In primary gaze – correctable with prisms . . . . . 4%
  - (iv) In primary gaze – not correctable with prisms . . . . . 8%

**4. Trochlear, and Abducens**

- (a) diplopia: See Division 4 (Vision)

NOTE: Combinations of dysfunction of these three nerves (regarding diplopia) are not additive, even if bilateral (the impairment is the inability to maintain conjugate gaze).

**5. Trigeminal**

Add impairment ratings to arrive at a total. If bilateral, add impairment ratings for each side to arrive at a total impairment rating.

(a) motor (unilateral or bilateral):

- (i) detectable weakness but no functional impairment . . . . . 1%
- (ii) weakness with resulting difficulty chewing. . . . . 2%
- (iii) weakness with resulting difficulty swallowing. . . . . 5%
- (iv) weakness with resulting difficulty speaking. . . . . 3%
- (v) weakness with malalignment resulting in pain. . . . . 5%
- (vi) dystonic or other involuntary movement of jaw:
  - (A) mild or no treatment needed . . . . . 2%
  - (B) moderate controllable with treatment . . . . . 5%
  - (C) severe uncontrollable, with pain . . . . . 10%

(b) sensory - rate according to the following table:

	<b>Class 1 No impairment</b>	<b>Class 2 hypoesthesia</b>	<b>Class 3 complete loss</b>
V1 (includes EYE)	0%	2%	5%
V2	0%	1%	3%
V3	0%	1%	3%

(c) with associated pain (Painful dysesthesia or typical neuralgia):

- (i) controlled by medication . . . . . 2%
- (ii) partially controlled by medication, or not functionally limiting. . . . . 3%
- (iii) uncontrolled by medication and functionally limiting. . . . . 10%

**6. Facial Nerve**

(a) motor:

- (i) stapedius weakness:
  - (A) stapedius reflex lost with sonophobia . . . . . 2%
- (ii) facial weakness:
  - (add 2% if weakness results in difficulty eating)
  - (add 2% if weakness results in difficulty speaking)

(A) Class 1: no weakness . . . . .	0%
(B) Class 2: weakness but full eye closure . . . . .	2%
(C) Class 3: weakness with incomplete eye closure . . . . .	4%
(D) Class 4: near complete paralysis . . . . .	6%
(E) Class 5: complete paralysis . . . . .	8%
(iii) facial synkinesia . . . . .	1%
(iv) hemifacial spasms . . . . .	3%

Where facial weakness is associated with alteration in form and symmetry, (see Division 13 – The Skin).

(b) sensory:

(i) loss of sensation in ear canal. . . . .	0%
---	----

(c) lacrimation:

(i) dry eyes(s), no drops needed. . . . .	0.5%
(ii) dry eye(s), needing drops . . . . .	2%
(iii) excessive tearing (crocodile tears). . . . .	1%

(d) salivation:

(i) dysfunction leading to dry mouth . . . . .	1%
--	----

(e) taste:

(i) incomplete loss (very difficult to clinically confirm) . . . . .	0.5%
(ii) total loss (i.e. bilateral lesion) . . . . .	2%
(iii) distortion: (if present add to impairment rating determined under (i) or (ii))	
(A) Unpleasant not distracting. . . . .	1%
(B) Unpleasant and occasionally interfering with ADL (e.g. eating) . . . . .	2%
(C) Unpleasant and constantly interfering with ADL (e.g. eating) . . . . .	4%

**7. Auditory Nerve:**

(a) acoustic (cochlear division): hearing loss and tinnitus (see Division 12 - Vestibulocochlear Apparatus);

(i) hearing loss (see Division 12 – Vestibulocochlear Apparatus);

(ii) tinnitus:

(A) slight (Class 1): Not severe; not constant; only bothers patient in quiet environment. . . . .	0.5%
--	------

(B) moderate (Class 2): Greater than slight, constantly present; worse in quiet environments; bothers the patient when trying to concentrate; disturbs sleep . . . . . 1%

(C) severe (Class 3): Serious complaints from patient; causing difficulties with concentration, sleep and activities of daily living. . . . . 2%

For a Class 2 or Class 3 rating, tinnitus must be present on a constant basis for more than 3 consecutive months.

(b) Vestibular division (see Division 12 – Vestibulocochlear Apparatus).

**8. Glossopharyngeal, Vagal, and Hypoglossal**

(a) dysphagia (swallowing difficulty) (see Division 3 – Maxillofacial System, Throat and Related Structures);

(b) dysphonia, dysarthria (abnormal speech) (see Division 3 – Maxillofacial System, Throat and Related Structures);

(c) neuralgia:

(i) controlled by medication . . . . . 2%

(ii) partially controlled by medication, or not functionally limiting. . . . . 3%

(iii) uncontrolled by medication, and functionally limiting . . . . . 10%

(d) spasmodic dysphonia: rate according to degree of dysphonia described above.

**9. Spinal accessory**

(a) wasted muscles with weakness. . . . . 2%

(b) cervical dystonia (spasmodic torticollis):

(i) with neck and head deviation:

(A) minimal not functionally limiting, but socially embarrassing . . . . . 5%

(B) moderate: unable to perform certain tasks (e.g. driving). . . . . 10%

(C) severe: interferes with ADL . . . . . 15%

**Subdivision 4: Peripheral Nervous System**

Motor impairment or sensory impairment is determined under Tables 2.1, 2.2 and 2.3 and the following grading systems:

Motor impairment:

- (a) grade 5: no loss of motor function and absence of weakness;
- (b) grade 4: weakness against strong resistance, including any muscular atrophy;
- (c) grade 3: weakness against minor resistance, with full range of motion against gravity, including any muscular atrophy;
- (d) grade 2: weakness with full range of motion with gravity eliminated, including any muscular atrophy;
- (e) grade 1: weakness with less than full range of motion, even with gravity eliminated, including muscular atrophy;
- (f) grade 0: complete paralysis, including muscular atrophy.

Sensory impairment:

- (a) grade 1: no sensory impairment;
- (b) grade 2: hypesthesia including dysesthesia, paresthesia and hyperesthesia (altered sensation);
- (c) grade 3: anesthesia including pain (loss of sensation).

**1. Brachial plexus**

- (a) all 3 trunks, with complete motor and sensory impairment . . . . . 60%
- (b) upper trunk (Erb-Duchesne syndrome) with complete motor and sensory impairment . . . . . 49%
- (c) middle trunk with complete motor and sensory impairment . . . . . 23%
- (d) lower trunk (Klumpke-Dejerine syndrome) with complete motor and sensory impairment . . . 46%

NOTE: Maximum for upper limb neurological impairment is 60%.

**2. Lumbosacral plexus**

- (a) complete motor and sensory impairment . . . . . 28%

**3. Sensory Loss**

Permanent, post-traumatic alteration of the skin sensation in the region of post-traumatic skin impairment, such as a scar or abrasion. (see Table 3.1)

**Table 2.1: Nerve Roots**

Impaired structure	Motor impairment grades						Sensory impairment grades		
	5	4	3	2	1	0	1	2	3
Upper Limb:									
C-5	n/a	4.5%	9%	13.5%	18%	18%	n/a	2%	3%
C-6	n/a	5%	10.5%	16%	21%	21%	n/a	3%	5%
C-7	n/a	6%	11.5%	17%	23%	23%	n/a	2%	3%
C-8	n/a	7%	14.5%	22%	29%	29%	n/a	2%	3%
T-1	n/a	3.5%	7%	10.5%	14%	14%	n/a	2%	3%
Lower Limb:									
L-2	n/a	2%	4%	6%	8%	8%	n/a	1%	2%
L-3	n/a	2%	4%	6%	8%	8%	n/a	1%	2%
L-4	n/a	3.5%	7%	10.5%	14%	14%	n/a	1%	2%
L-5	n/a	4%	7.5%	11%	15%	15%	n/a	1%	2%
S-1	n/a	2%	4%	6%	8%	8%	n/a	1%	2%

**Table 2.2: Peripheral Nerves – Head, Neck and Upper Limbs**

Impaired Structure	Motor impairment grades						Sensory impairment grades		
	5	4	3	2	1	0	1	2	3
Head and neck:									
greater occipital	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	0.5%	1%
lesser occipital	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	0.5%	1%
auricular branch of C2-3	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	0.5%	1%
Upper limbs:									
Axillary	n/a	5%	10.5%	16%	21%	21%	n/a	1.5%	3%
dorsal scapular	n/a	1%	1.5%	2%	3%	3%	n/a	n/a	n/a
long thoracic	n/a	2%	4.5%	7%	9%	9%	n/a	n/a	n/a
medial antebrachial cutaneous	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	3%
medial brachial cutaneous	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	1.5%	3%
median nerve:									
above midforearm	n/a	6.5%	13%	19.5%	26%	26%	n/a	11.5%	23%
anterior interosseous	n/a	2%	4.5%	7%	9%	9%	n/a	n/a	n/a
below midforearm	n/a	2%	3%	4.5%	6%	6%	n/a	11.5%	23%
digital sensory branches:									
radial side of thumb							n/a	2%	4%
ulnar side of thumb							n/a	3.5%	7%
radial side of index finger							n/a	1.5%	3%
ulnar side of index finger							n/a	1%	2%
radial side of middle finger							n/a	1.5%	3%
ulnar side of middle finger							n/a	1%	2%
radial side of ring finger							n/a	0.5%	1%
Musculocutaneous	n/a	4%	7.5%	11%	15%	15%	n/a	1.5%	3%
pectoral (lateral)	n/a	1%	2%	3%	4%	4%	n/a	n/a	n/a
pectoral (medial)	n/a	1%	2%	3%	4%	4%	n/a	n/a	n/a
radial (triceps lost)	n/a	6%	12.5%	19%	25%	25%	n/a	1.5%	3%
radial (triceps spared)	n/a	5%	10.5%	15%	21%	21%	n/a	1.5%	3%
subscapular (lower)	n/a	1%	1.5%	2%	3%	3%	n/a	n/a	n/a
subscapular (upper)	n/a	1%	1.5%	2%	3%	3%	n/a	n/a	n/a
Suprascapular	n/a	2.5%	5%	7.5%	10%	10%	n/a	1.5%	3%
Thoracodorsal	n/a	1.5%	3%	4.5%	6%	6%	n/a	n/a	n/a
ulnar:									
above midforearm	n/a	7%	14%	21%	28%	28%	n/a	2%	4%
below midforearm	n/a	5%	10.5%	16%	21%	21%	n/a	2%	4%
digital branches:									
ulnar side of ring finger							n/a	0.5%	1%
radial side of small finger							n/a	0.5%	1%
ulnar side of small finger							n/a	0.5%	1%

**Table 2.3: Peripheral Nerves – Lower Limbs**

Impaired Structure	Motor impairment grades						Sensory impairment grades		
	5	4	3	2	1	0	1	2	3
Inguinal region									
iliohypogastric nerve	-	-	-	-	-	-	n/a	2%	4%
ilioinguinal nerve	-	-	-	-	-	-	n/a	2%	4%
Thigh, leg and foot									
Femoral	n/a	3.5%	7%	10.5%	14%	14%	n/a	1%	2%
gluteal (inferior)	n/a	2.5%	5%	7.5%	10%	10%	n/a	n/a	n/a
gluteal (superior)	n/a	2%	4%	6%	8%	8%	n/a	n/a	n/a
genitofemoral nerve	-	-	-	-	-	-	n/a	1%	2%
lateral femoral cutaneous	-	-	-	-	-	-	n/a	2%	4%
Obturator	n/a	1%	2%	3%	4%	4%	n/a	n/a	n/a
posterior thigh cutaneous	-	-	-	-	-	-	n/a	1%	2%
Sciatic	n/a	7.5%	15%	22.5%	30%	30%	n/a	5%	10%
Peroneal									
Common	n/a	3.5%	7%	10.5%	14%	14%	n/a	1%	2%
deep (above mid-leg)	n/a	4%	5%	7.5%	10%	10%	n/a	1%	2%
deep (below mid-leg)	n/a	0.5%	1%	1.5%	2%	2%	n/a	0.5%	1%
Superficial	n/a	1%	2%	3%	4%	4%	n/a	1%	2%
Tibial									
above knee	n/a	3.5%	7%	10.5%	14%	14%	n/a	2%	6%
posterior (above midcalf)	n/a	2.5%	5%	7.5%	10%	10%	n/a	2%	6%
posterior (below midcalf)	n/a	1.5%	3%	4.5%	6%	6%	n/a	1%	6%
medial plantar	n/a	0.5%	1%	1.5%	2%	2%	n/a	1%	2%
lateral plantar	n/a	0.5%	1%	1.5%	2%	2%	n/a	1%	2%
Sural	-	-	-	-	-	-	n/a	1%	2%

**Table 3.1: Sensory Loss**

Class	Symptom or Condition	Impairment Rating
Class 1	Altered cutaneous sensation surrounding all or a portion of the residual scar	0%
Class 2	A region of skin alteration that does not conform to the territory of a peripheral nerve	0%
Class 3	A region of skin alteration that conforms to a portion of the territory of an anatomically defined peripheral nerve	50% of the rating listed in Tables 2.2 and 2.3
Class 4	A region of skin alteration that conforms to the typical territory of an anatomically defined peripheral nerve	100% of the rating listed in Tables 2.2 and 2.3

**DIVISION 3: MAXILLOFACIAL SYSTEM**

**Subdivision 1**

**1. Temporomandibular joints (TMJ)**

1.1 Range of motion loss

(a) bilateral TMJ ankylosis:

- (i) prior to growth plate fusion. . . . . 40%
- (ii) after growth plate fusion. . . . . 30%

(b) jaw excursion (as measured between the free edge of the upper and lower incisors):

- (i) current opening less than 6 mm . . . . . 25%
- (ii) current opening 6 to 10 mm. . . . . 17%
- (iii) current opening 10 to 20 mm . . . . . 10%
- (iv) current opening 20 to 30 mm . . . . . 3%
- (v) current opening greater than 30 mm . . . . . 0%

(c) reduction of laterotrusion:

- (i) current laterotrusion less than 5 mm . . . . . 4%
- (ii) current laterotrusion 5 to 8 mm. . . . . 2%
- (iii) current laterotrusion greater than 8 mm . . . . . 0%

(d) reduction of protrusion:

- (i) current protrusion less than 4 mm . . . . . 3%
- (ii) current protrusion 4 to 7 mm . . . . . 1%
- (iii) current protrusion greater than 7 mm . . . . . 0%

1.2 Miscellaneous dysfunction

- (a) deviation in form. . . . . 1%
- (b) disc displacement with reduction. . . . . 1%
- (c) disc displacement without reduction . . . . . 2%
- (d) post-traumatic degenerative change . . . . . 2%
- (e) craniofacial muscle disorder characterized by chronic protective muscle guarding . . . . . 1%

**2. Maxilla**

2.1 Loss of hard palate and dental arch. . . . .	20%
2.2 Loss of hard palate. . . . .	10%
2.3 Loss of soft palate	
(a) with rhinolalia:	
(i) severe. . . . .	10%
(ii) minor . . . . .	3%
(b) with tubal dysfunction . . . . .	3%
(c) without rhinolalia or tubal dysfunction . . . . .	1%
2.4 Loss of dental arch	
(a) loss of edentulous supporting tissues, precluding successful use of a removable prosthesis . . .	10%
(b) allowing a complex prosthesis to be worn . . . . .	4%
(c) allowing a simple prosthesis to be worn. . . . .	3%
2.5 Malalignment of the palate and dental arch	
(a) with serious malocclusion and TMJ dysfunction . . . . .	5%
(b) with obstruction to the nasopharynx and tubal dysfunction . . . . .	3%
(c) with minor malocclusion. . . . .	2%
2.6 Periodontal problems despite adequate consolidation of the palate and dental arch . . . . .	5%
2.7 Non-union or mal-union of the palate and dental arch . . . . .	4%

**3. Mandible**

3.1 Body or ramus	
(a) loss of tissue with non-union . . . . .	10%
(b) mal-union:	
(i) with malocclusion and TMJ dysfunction. . . . .	6.5%
(ii) with malocclusion, but without TMJ dysfunction . . . . .	2%

3.2 Loss of dental arch

- (a) loss of edentulous supporting tissues, precluding successful use of a removable prosthesis . . . 10%
- (b) allowing a complex prosthesis to be worn . . . . . 5%
- (c) allowing a simple prosthesis to be worn . . . . . 4%

3.3 Neck of condyle (See subsection 1.1 above).

**4. Alteration or loss of teeth**

4.1 Previously healthy teeth

- (a) central incisor . . . . . 1%
- (b) lateral incisor . . . . . 1%
- (c) canine . . . . . 2%
- (d) first premolar . . . . . 1%
- (e) second premolar . . . . . 1%
- (f) first molar . . . . . 2%
- (g) second molar . . . . . 2%
- (h) third molar . . . . . 1%

4.2 Previously damaged teeth

- (a) central incisor . . . . . 0.5%
- (b) lateral incisor . . . . . 0.5%
- (c) canine . . . . . 0.5%
- (d) first premolar . . . . . 0.5%
- (e) second premolar . . . . . 0.5%
- (f) first molar . . . . . 0.5%
- (g) second molar . . . . . 0.5%
- (h) third molar . . . . . 0.5%

**Subdivision 2 – Fronto-Orbito-Nasal Area**

**1. The Orbit**

1.1 Impairment of orbital walls causing displacement of the eye

- (a) unilateral:
  - (i) mild . . . . . 1%
  - (ii) moderate. . . . . 2%
  - (iii) severe. . . . . 3%
- (b) bilateral:
  - (i) mild . . . . . 2%
  - (ii) moderate. . . . . 4%
  - (iii) severe. . . . . 6%

Orbital problem may lead to secondary visual impairment (see Division 4).

1.2 Disruption of medial or lateral canthus

- (a) unilateral:
  - (i) minor . . . . . 1%
  - (ii) major . . . . . 2%
- (b) bilateral:
  - (i) minor . . . . . 1.5%
  - (ii) major . . . . . 3%

1.3 Disruption of lacrimal apparatus

- (a) unilateral. . . . . 1%
- (b) bilateral. . . . . 2%

1.4 Malar bone and zygoma: non-specified abnormal healing (per side). . . . . 1%

1.4.1 [Repealed] M.R. 61/2015

1.4.2 [Repealed] M.R. 61/2015

**2. Nasal impairment**

2.1 Airflow obstruction

- (a) unilateral. . . . . 1%
- (b) bilateral. . . . . 2%

2.2 Mucosal dysfunction causing bleeding, crusting and patient discomfort

- (a) unilateral. . . . . 1%
- (b) bilateral. . . . . 2%

2.3 Septal perforation

- (a) less than 2 cm . . . . . 0.5%
- (b) 2 cm or more . . . . . 1%

2.4 Olfactory disruption (see Division 2, Subdivision 3 - Cranial Nerves).

2.5 Alteration in form and symmetry (see Division 13, Subdivision 1 - Facial Disfigurement, Table 13.1)

**3. Paranasal Sinuses**

- 3.1 Alteration of the walls and mucosa of an ethmoid or sphenoid sinus . . . . . 1.5%
- 3.2 Alteration of the walls and mucosa of a frontal or maxillary sinus . . . . . 1%
- 3.3 Alteration of any other craniofacial bony structure . . . . . 1%

**4. Salivary glands**

- 4.1 Hyposalivation: disruption of salivation significant enough to cause problems with patient discomfort, deglutition and articulation . . . . . 1%

**Subdivision 3: Throat and Related Structures**

**Multiple deficits**

In the event of multiple deficits in this subdivision, multiply the total of the impairment ratings for the applicable classes by 0.7.

Example: (Respiration Impairment + Deglutition Impairment + Speech Impairment) × .7

$$(20\% + 10\% + 25\%) \times .7 = 38.5\%$$

**1. Respiration**

Apply the permanent impairment rating for the applicable class of upper airway dysfunction set out in Table 3.1 below. Table 3.1 applies only to respiratory difficulty attributed to upper airway dysfunction. For lower respiratory tract functional impairment, see Division 6 (The Respiratory System).

**Table 3.1: Classes of air passage deficits**

<b>Class 1 – 5%</b>	<b>Class 2 – 10%*</b>	<b>Class 3 – 15%</b>	<b>Class 4 – 20%</b>	<b>Class 5 – 25%</b>
A recognized air passage defect persists.	A recognized air passage defect exists.	A recognized air passage defect exists.	A recognized air passage defect exists.	A recognized air passage defect exists
Dyspnea does not occur at rest.	Dyspnea does not occur at rest.	Dyspnea does not occur at rest.	Dyspnea occurs at rest, although patient is not necessarily bedridden.	Severe dyspnea occurs at rest; spontaneous respiration is inadequate. Respiratory ventilation is required.
Dyspnea is not produced by walking or climbing stairs freely, performance of other usual activities of daily living, stress, prolonged exertion, hurrying, hill climbing, recreation** requiring intensive effort or similar activity.	Dyspnea is not produced by walking freely on the level, climbing at least one flight of ordinary stairs, or the performance of other usual activities of daily living.	Dyspnea is produced by stress, prolonged exertion, hurrying, hill climbing, recreation except sedentary forms, or similar activity.	Dyspnea is produced by walking more than one or two blocks on the level or climbing one flight of ordinary stairs even with periods of rest; performance of other usual activities of daily living, stress, hurrying, hill climbing, recreation, or similar activity.	Dyspnea is aggravated by the performance of any of the usual activities of daily living beyond personal cleansing, dressing, grooming, or its equivalent.
Partial obstruction of oropharynx, upper trachea (to fourth ring), lower trachea, bronchi, or complete obstruction of the nose (bilateral) or nasopharynx.	Partial obstruction of oropharynx, laryngo-pharynx, larynx, upper trachea (to fourth ring), lower tracheal, bronchi, or complete obstruction of the nose (bilateral) or nasopharynx	Partial obstruction of oropharynx, laryngo-pharynx, larynx, upper trachea (to fourth ring), lower trachea, or bronchi	Partial obstruction of oropharynx, laryngo-pharynx, larynx, upper trachea (to fourth ring), lower trachea, or bronchi	Partial obstruction of the oropharynx, laryngopharynx, larynx, upper trachea (to fourth ring), lower trachea, or bronchi

\* Patients with successful permanent tracheostomy or stoma should be rated at 25% impairment of the whole person.

\*\* Prophylactic restriction of activity, such as strenuous competitive sport, does not exclude patient from Class 1.

**2. Mastication and Deglutition**

2.1 Dietary restriction

- (a) Class 1: Diet is limited to semisolid or soft foods . . . . . 5%
- (b) Class 2: Diet is limited to liquid foods . . . . . 10%
- (c) Class 3: Ingestion of food requires tube feeding or gastronomy . . . . . 25%

**3. Taste**

- 3.1 Minor loss of taste . . . . . 0.5%
- 3.2 Major loss of taste . . . . . 1%

**4. Speech Impairment (see Table 3.2)**

**Table 3.2: Speech Impairment**

<b>Class of Impairment</b>	<b>Audibility</b>	<b>Intelligibility</b>	<b>Functional Efficiency</b>	<b>Rating</b>
Class 1	Can produce speech of intensity sufficient for most of the needs of everyday speech communication, although this sometimes may require effort and occasionally may be beyond patient's capacity.	Can perform most of the articulatory acts necessary for everyday speech communication, although listeners occasionally ask the patient to repeat and the patient may find it difficult or impossible to produce a few phonetic units.	Can meet most of the demands of articulation and phonation for everyday speech communication with adequate speed and ease, although occasionally the patient may hesitate or speak slowly.	5%
Class 2	Can produce speech of intensity sufficient for many of the needs of everyday speech communication; is usually heard under average conditions; however, may have difficulty in automobiles, buses, trains, stations, restaurants, etc.	Can perform many of the necessary articulatory acts for everyday speech communication. can speak name, address, etc. and be understood by a stranger, but may have numerous inaccuracies; sometimes appears to have difficulty articulating.	Can perform many of the necessary articulatory acts for everyday speech communication. can speak name, address, etc. and be understood by a stranger, but may have numerous inaccuracies; sometimes appears to have difficulty articulating.	10%

<b>Class of Impairment</b>	<b>Audibility</b>	<b>Intelligibility</b>	<b>Functional Efficiency</b>	<b>Rating</b>
Class 3	Can produce speech of intensity sufficient for some of the needs of everyday speech communication, such as close conversation; however, has considerable difficulty in such noisy places as listed above; the voice tires rapidly and tends to be come inaudible after a few seconds.	Can perform some of the necessary articulatory acts for everyday speech communication; can usually converse with family and friends; however, strangers may find it difficult to understand the patient, who often may be asked to repeat.	Can meet some of the demands of articulation and phonation for everyday speech communication with adequate speed and ease, but often can sustain consecutive speech only for brief periods; may give the impression of being rapidly fatigued.	15%
Class 4	Can produce speech of intensity sufficient for a few of the needs of everyday speech communication; can barely be heard by a close listener or over the telephone, perhaps may be able to whisper audibly but has no louder voice.	Can perform a few of the necessary articulatory acts for everyday speech communication; can produce some phonetic units; may have approximations for a few words such as names of own family members; however, unintelligible out of context.	Can meet a few of the demands of articulation and phonation for everyday speech communication with adequate speed and ease, such as single words or short phrases, but cannot maintain uninterrupted speech flow; speech is labored, rate is impractically slow.	20%
Class 5	Can produce speech of intensity sufficient for none of the needs of everyday speech communication.	Can perform none of the articulatory acts necessary for everyday speech communication.	Can meet none of the demands of articulation and phonation for everyday speech communication with adequate speed and ease.	25%

**DIVISION 4: VISION**

**1. Impairment ratings for vision loss**

1.1 Bilateral loss of vision . . . . . 80%

1.2 Alteration of vision

    (a) homonymous or bitemporal quadrantanopsia or hemianopsia . . . . . 35%

    (b) aphakia . . . . . 12%

    (c) pseudophakia . . . . . 6%

1.3 Unilateral loss of vision with enucleation. . . . . 30%

1.4 Unilateral loss of vision without enucleation . . . . . 25%

1.5 Paralysis of accommodation or loss of near vision . . . . . 3%

1.6 Iridoplegia or fixed mydriasis causing photophobia, disturbance of close-up vision or dizziness . . . . . 1.5%

1.7 Impairment of colour vision . . . . . 0.5%

1.8 Other impairments to vision

The maximum impairment award for injury to a single eye is 30% (equivalent to unilateral loss of vision). Other impairments to vision are evaluated in accordance with the following evaluation process:

"**aphakia**" means absence of the lens of an eye, occurring congenitally or as a result of trauma or surgery; (« aphakie »)

"**pseudophakia**" means replacement of the natural lens with an artificial lens. (« pseudophakie »)

**2. Process for evaluating vision**

2.1 Criteria for evaluating vision

A deficit of the visual system occurs where there is a deviation from normal in one or more functions of the eye.

Visual integrity requires:

- (a) integrity of corrected visual acuity for distance and close up;
- (b) integrity of the field of vision; and
- (c) ocular motility without diplopia.

The evaluation of these three functions is necessary in determining the visual deficit and their coordinated action is essential to optimal sight.

Other ocular functions or problems that affect the coordinated functions of the eye are awarded percentages of deficit in accordance with the scale prescribed for those functions.

## 2.2 Methods for evaluating vision

### (a) Determination of central visual acuity

*Visual acuity test charts:* For distance vision tests, the Snellen test chart with non-serif block letters or numbers, the illiterate E chart, or Landolt's broken-ring chart are acceptable. For near vision, charts with print similar to that of the Snellen chart, with Revised Jaeger Standard print, or with American point-type notation for use at 35cm (14 inches) are acceptable.

The far test distance should simulate infinity at 6m (20 feet) or no less than 4m (13 feet 1 inch). The near test distance should be fixed at 35cm (14 inches), in keeping with the Revised Jaeger Standard. Adequate and comfortable illumination must be diffused onto the test card at a level about three times greater than that of the usual rule of illumination.

Acuity should be measured for near and far, both without correction and with the best spectacle correction, or with contact lens correction if usually worn. If, however, contacts are not usually worn, it is not necessary to fit them to determine the best acuity. Note that certain ocular conditions, particularly corneal disorders, may be better corrected with contact lenses.

**Table 4.1 – Loss (in %) of central vision in a single eye**

Snellen rating for distance in feet	Approximate Snellen rating for near in inches													
	$\frac{14}{14}$	$\frac{14}{18}$	$\frac{14}{21}$	$\frac{14}{24}$	$\frac{14}{28}$	$\frac{14}{35}$	$\frac{14}{40}$	$\frac{14}{45}$	$\frac{14}{60}$	$\frac{14}{70}$	$\frac{14}{80}$	$\frac{14}{88}$	$\frac{14}{112}$	$\frac{14}{140}$
$\frac{20}{15}$	0	0	3	4	5	25	27	30	40	43	44	45	48	49
$\frac{20}{20}$	0	0	3	4	5	25	27	30	40	43	44	46	48	49
$\frac{20}{25}$	3	3	5	6	8	28	30	33	43	45	46	48	50	52
$\frac{20}{30}$	5	5	8	9	10	30	32	35	45	48	49	50	53	54
$\frac{20}{40}$	8	8	10	11	13	33	35	38	48	50	51	53	55	57
$\frac{20}{50}$	13	13	15	16	18	38	40	43	53	55	56	58	60	62
$\frac{20}{60}$	16	16	18	20	22	41	44	46	56	59	60	61	64	65
$\frac{20}{70}$	18	18	21	22	23	43	46	48	58	61	62	63	66	67
$\frac{20}{80}$	20	20	23	24	25	45	47	50	60	63	64	65	68	69
$\frac{20}{100}$	25	25	28	29	30	50	52	55	65	68	69	70	73	74
$\frac{20}{125}$	30	30	33	34	35	55	57	60	70	73	73	75	78	79
$\frac{20}{150}$	34	34	37	38	39	59	61	64	74	77	78	79	82	83
$\frac{20}{200}$	40	40	43	44	45	65	67	70	80	83	84	85	88	89
$\frac{20}{300}$	43	43	45	46	48	68	70	73	83	85	86	88	90	92
$\frac{20}{400}$	45	45	48	49	50	70	72	75	85	88	89	90	93	94
$\frac{20}{800}$	48	48	50	51	53	73	75	78	88	90	91	93	95	97

In Table 4.1 the upper number shows the percentage loss of central vision without allowance for the monocular pseudophakia. The lower number shows the percentage loss of central vision with allowance for monocular aphakia or monocular pseudophakia.

Using Table 4.1, the examiner identifies the Snellen rating for near vision along the top row, and Snellen rating for distance along the first column. Reading down from the former and across from the latter, the examiner locates two impairment values for the loss of central vision where the column and row cross.

Monocular aphakia or monocular pseudophakia is considered to be an additional central vision impairment. If either are present, the remaining central vision is decreased by 50%, as shown in Table 4.1.

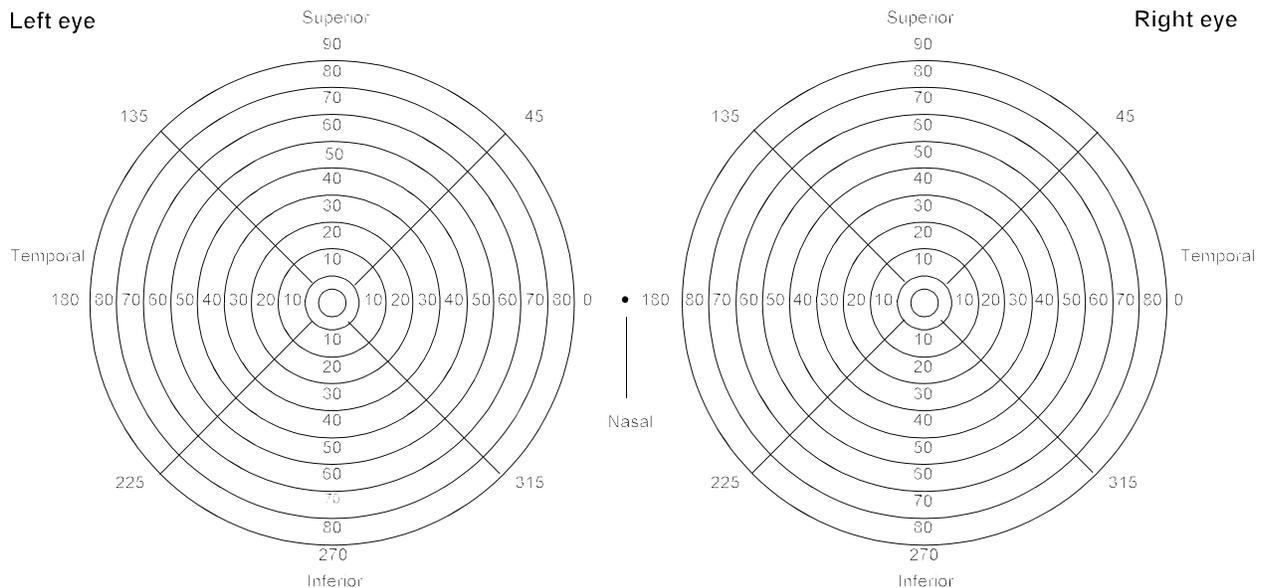
(b) Determination of extent of visual fields

The extent of the visual field is determined by the use of standard perimetry using the values shown in Table 4.2.

**Table 4.2: Stimuli equivalent to the Goldmann Kinetic Stimulus**

	<b>Phakic</b>	<b>Aphakic</b>
Goldman (kinetic)	III – 4e	IV – 4e
ARC perimeter (kinetic)	3 mm white at radius 330 mm	6 mm white at radius 330 mm
Allergan-Humphrey (static, size 3)	10dB	6dB
Octopus (static, size 3)	7dB	3dB

The results may be transferred to the chart shown below.



The extent of the normal visual fields for the eight principal meridians are shown in Table 4.3.

**Table 4.3: Normal Visual Fields for Eight Principal Meridians**

<b>Direction of vision</b>	<b>Degrees of field</b>
Temporally	85
Down temporally	85
Direct down	65
Down nasally	50
Nasally	60
Up nasally	55
Direct up	45
Up temporally	55
<b>Total</b>	<b>500</b>

Any scotomata within the field should be subtracted from the maximum number of degrees for that meridian. An additional 5% should be included for an inferior quadrantic loss, and 10% for an inferior hemianopic loss, as loss of inferior field is of greater functional consequence.

The Esterman 120 binocular field test should be used for any binocular field.

The extent of the field can be defined on the field chart by drawing a line outside the location of the furthest 10 decibel point in each meridian. Assume that if any stimuli 10 decibels or greater are seen within the 20 or 30 degree field, that there will be no field remaining beyond this. But if the 10-decibel stimulus is seen out of the edge of the 30-degree field, then the extent of loss cannot be known unless a larger field is tested.

If an automated central field is normal, it may be accepted the entire field is normal unless the ocular exam or history suggests otherwise, in which case a full field should be tested.

**Table 4.4: Deficit of visual field**

Degrees Lost (total)	Degrees retained (total)	Deficit %	Degrees lost (total)	Degrees retained (total)	Deficit %	Degrees lost (total)	Degrees retained (total)	Deficit %
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			

\* or more

When the central visual field is impaired, the percentage of deficit is that of the concomitant loss of visual acuity. If the visual acuity is normal, the percentage of deficit is calculated on the basis of the degrees lost.

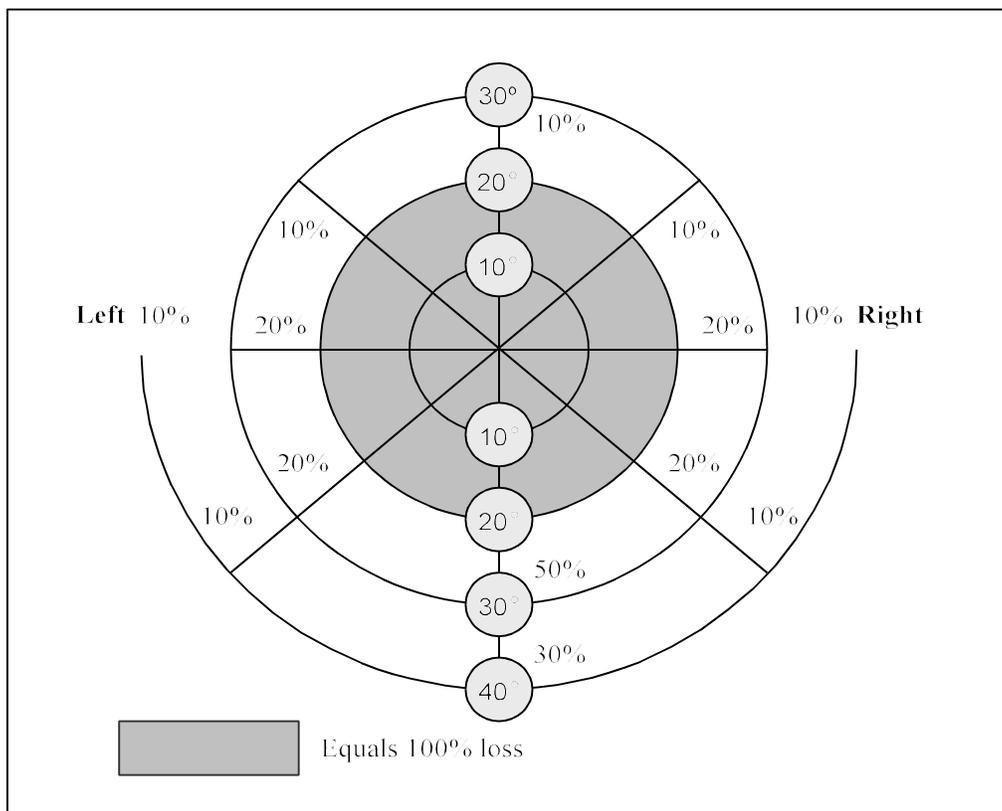
(c) Determination of ocular motility

Abnormal ocular motility and binocular diplopia — Unless a patient has diplopia with 30° of the center of fixation, the diplopia rarely causes significant visual impairment. An exception is diplopia on looking downward. The extent of diplopia in the various directions of gaze is determined on an arc perimeter at 33cm or with a bowl perimeter. A tangent screen also is acceptable for evaluating the central 30°. Examination is made in each of the eight major meridians by using a small test light or the projected light of approximately Goldmann III-4e without adding coloured lenses or correcting prisms. Diplopia within the central 20° is estimated to be a 100% impairment of ocular motility. This is applied to the injured eye only.

To determine the impairment of ocular motility, the patient is seated with both eyes open and the chin resting in the chin rest and centered so that the eyes are equidistant from the sides of the central fixation target.

The presence of diplopia is then plotted along the eight meridians of a suitable visual field chart. The impairment percentage for loss of ocular motility due to diplopia in the meridian of maximum impairment can be determined according to the following chart. When there is diplopia of the same eye along multiple meridians, the corresponding impairment percentages are combined.

Percentage of deficit of ocular motility of an eye in the field of diplopia



## (d) Determination of the visual efficiency of an eye

The methods described in clause (a), (b) and (c) above are used to evaluate:

- (i) visual acuity,
- (ii) the field of vision, and
- (iii) ocular motility.

The percentage of visual efficiency of each eye is determined by the following formula:

$$A \times B \times C = E$$

In this formula:

- A is the percentage of visual acuity retained;
- B is the percentage of visual field retained;
- C is the percentage of ocular motility retained; and
- E is the percentage of visual efficiency of the eye.

## (e) Determination of efficiency of entire visual system

The percentage of efficiency of binocular vision is determined by the following formula

$$3A/4 + B/4 = E$$

In this formula:

- A is the percentage of visual efficiency of the better eye;
- B is the percentage of visual efficiency of the other eye;
- E is the percentage of visual efficiency of binocular vision.

The percentage of deficit for the entire visual system is the difference between the percentage of visual efficiency of binocular vision (the percentage determined for E in the above formula) and 100%.

**DIVISION 5: UROGENITAL SYSTEM AND FETUS**

**1. Urinary tract tissue disruption**

1.1 Kidney impairment

- (a) removal of both kidneys, including renal transplantation . . . . . 40%
- (b) loss of one kidney . . . . . 10%
- (c) reduction or loss of renal function (See section 2 – Renal Functional impairment);
- (d) with associated anemia (See Division 10 – The Hematopoietic System).

1.2 Ureteric impairment:

- (a) any ureteric diversion . . . . . 10%
- (b) with associated reduction or loss of renal function (See section 2 – Renal Functional impairment)

1.3 Bladder impairment:

- (a) bladder removal, including the resulting loss of control of urination or urinary by-pass . . . . . 35%
- (b) incontinence or urinary retention:
  - (i) complete loss of sphincter control . . . . . 20%
  - (ii) partial loss of sphincter control . . . . . 10%
  - (iii) dysfunction in the form of frequency or hesitancy . . . . . 3%
- (c) alteration of the bladder with enterocystoplasty . . . . . 10%
- (d) alteration of the bladder without enterocystoplasty . . . . . 3%

1.4 Urethral impairment

- (a) surgically uncorrectable fistula . . . . . 7.5%
- (b) stenosis requiring monthly treatments . . . . . 6%
- (c) stenosis requiring quarterly treatments . . . . . 3%

1.5 Alteration of tissue following a posterolumbar incision or a laporotomy . . . . . 2%

**2. Renal functional impairment**

(a) Class 1:

creatinine clearance of 30 to 80 mL/min

OR

intermittent symptoms and signs of upper urinary tract dysfunction are present that do not require continuous treatment or surveillance

Impairment rating . . . . . 15%

(b) Class 2:

creatinine clearance of 10 to 30 mL/min

OR

creatinine clearance is greater than 30 mL/min, but symptoms and signs of upper urinary tract dysfunction are incompletely controlled by continuous treatment or surveillance

Impairment rating . . . . . 50%

(c) Class 3

creatinine clearance is less than 10 mL/min

OR

creatinine clearance is greater than 10 mL/min, but symptoms and signs of upper urinary tract dysfunction persists despite continuous medical or surgical treatment

Impairment rating . . . . . 75%

**3. Reproductive organ tissue disruption**

**3.1 Male genitalia**

(a) loss of penis . . . . . 15%

(b) post-traumatic alteration of penis . . . . . 10%

(c) loss of both testicles (including epididymides and spermatic cords):

(i) before the end of puberty. . . . . 20%

(ii) after puberty. . . . . 10%

(d) loss of a testicle (including epididymus and spermatic cord) . . . . . 5%

(e) alteration of the prostate (including seminal vesicles) . . . . . 5%

(f) loss of the prostate (including seminal vesicles) . . . . . 10%

(g) with associated urinary incontinence from any of above (See 1.3 – Bladder impairment).

3.2 Female genitalia

3.2.1 Internal genitalia:

- (a) loss of both ovaries (including fallopian tubes):
  - (i) before the end of puberty. . . . . 20%
  - (ii) after puberty . . . . . 10%
- (b) loss of a single ovary (including fallopian tube) . . . . . 5%
- (c) loss of the uterus (including cervix):
  - (i) before the end of menopause. . . . . 10%
  - (ii) after menopause . . . . . 5%
  - (iii) alteration of cervix only . . . . . 2%
- (d) loss of an ovary with or without the fallopian tube . . . . . 5%
- (e) \*alteration of tissue following a cesarean section . . . . . 2%

\*Necessitated by the MVA.

3.2.2 External genitalia:

- (a) loss of the clitoris, vulva or vagina . . . . . 5%
- (b) alteration of the clitoris, vulva or vagina. . . . . 2.5%

3.3 Loss of fetus . . . . . 7%

**4. Sexual dysfunction**

- (a) Class 1: sexual functioning is possible with difficulty of erection or ejaculation in men or lack of awareness, excitement, or lubrication in either sex . . . . . 5%
- (b) Class 2: reflex sexual functioning is possible but there is no awareness . . . . . 10%
- (c) Class 3: infertility or total absence of sexual functioning, or both . . . . . 15%

**DIVISION 6: RESPIRATORY SYSTEM**

**1. Respiratory system tissue disruption**

1.1 Loss of a lung . . . . . 20%

1.2 Loss of a pulmonary lobe . . . . . 3%

1.3 Alteration of tissue following

    (a) thoracotomy . . . . . 2%

    (b) thoracostomy or penetrating chest wound (single or multiple) . . . . . 1%

1.4 Phrenic nerve injury . . . . . 2%

    (a) with associated alteration of pulmonary function (see section 2 – Respiratory functional impairment).

1.5 Tracheal stenosis

(According to Table 3.1 – Classes of Air Passage Deficits – in Division 3)

1.6 Alteration of tissue following a tracheotomy or penetrating throat wound:

    (a) tracheotomy . . . . . 2%

    (b) tracheostomy . . . . . 1%

**2. Respiratory functional impairment**

2.1 Interpretation – In section 2.2,

"**D<sub>co</sub>**" means diffusion capacity of carbon monoxide, being a measure of the efficiency of gas transfer across the lung; (« DL<sub>CO</sub> »)

"**FEV<sub>1</sub>**" means forced expiratory volume in 1 second, being the volume of air exhaled in the first second of a forced expiratory maneuver; (« VEMS »)

"**FVC**" means forced vital capacity, being the volume of air one can exhale with a forced expiratory maneuver. (« CVF »)

2.2 Impairment ratings

(a) Class 1 . . . . . 0%

    Both FVC and FEV1 are greater than 80% of predicted

    AND

    FEV<sub>1</sub> /FVC is greater than 70% of predicted;

    AND

    D<sub>co</sub> is greater than 70% of predicted

- (b) Class 2 ..... 15%  
    Either FVC or FEV<sub>1</sub> is between 60% and 80% of predicted;  
    OR  
    D<sub>CO</sub> is between 60% and 80% of predicted.
- (c) Class 3. .... 35%  
    FVC is between 50% and 59% of predicted;  
    OR  
    FEV<sub>1</sub> is between 40% and 59% of predicted  
    OR  
    D<sub>CO</sub> is between 40% and 59% of predicted.
- (d) Class 4 ..... 75%  
    FVC is less than 50% of predicted;  
    OR  
    FEV<sub>1</sub> is less than 40% of predicted  
    OR  
    D<sub>CO</sub> is less than 40% of predicted.

**DIVISION 7: THE DIGESTIVE TRACT**

In this division, the different impairment rating classes consider both tissue disruption and functional loss together.

**1. Impairment rating criteria for the upper GI tract**

(a) Class 1 ..... 2.5%

Either

- (i) symptoms or signs of upper digestive tract disease are present, or
- (ii) there is anatomic loss or alteration of tissue,

and continuous treatment is not required, and weight can be maintained at a desirable level.

(b) Class 2 ..... 7.5%

Either

- (i) symptoms and signs of upper digestive tract disease are present, or
- (ii) there is anatomic loss or alteration of tissue,

and dietary or medical treatments are required for control of symptoms/signs, and weight loss does not exceed 10% below desirable body weight.

(c) Class 3. .... 25%

Either

- (i) symptoms and signs of upper digestive tract disease are present, or
- (ii) there is anatomic loss or alteration of tissue,

and

- (iii) dietary or medical treatments do not completely control symptoms/signs, or
- (iv) weight loss is 10% to 20% below desirable body weight.

(d) Class 4 ..... 40%

Either

- (i) symptoms and signs of upper digestive tract disease are present, or
- (ii) there is anatomic loss or alteration of tissue,

and

- (iii) dietary or medical treatments do not completely control symptoms/signs, or
- (iv) weight loss is more than 20% below desirable body weight.

**2. Impairment rating criteria for the lower GI tract**

2.1 Colon and rectum

(a) Class 1 ..... 2.5%

Either

(i) symptoms or signs of lower digestive tract disease are present, or

(ii) there is anatomic loss or alteration of tissue,

and continuous treatment is not required, and weight can be maintained at a desirable level.

(b) Class 2 ..... 7.5%

Either

(i) symptoms and signs of lower digestive tract disease are present, or

(ii) there is anatomic loss or alteration of tissue,

and dietary or medical treatments are required for control of symptoms/signs, and weight loss does not exceed 10% below desirable body weight.

(c) Class 3. .... 25%

Either

(i) symptoms and signs of lower digestive tract disease are present, or

(ii) there is anatomic loss or alteration of tissue,

and

(iii) dietary or medical treatments do not completely control symptoms/signs, or

(iv) weight loss is 10% to 20% below desirable body weight.

(d) Class 4 ..... 40%

Either

(i) symptoms and signs of lower digestive tract disease are present, or

(ii) there is anatomic loss or alteration of tissue,

and

(iii) dietary or medical treatments do not completely control symptoms/signs, or

(iv) weight loss is more than 20% below desirable body weight.

2.2 Anal Impairment

(a) Class 1 ..... 2.5%

There is either

- (i) evidence of anatomic loss or alteration of tissue, or
- (ii) mild incontinence of stool,

and symptoms can be controlled by treatment.

(b) Class 2 ..... 7.5%

There is evidence of anatomic loss or alteration of tissue and either

- (i) there is moderate incontinence of stool, requiring continual treatment, or
- (ii) symptoms are incompletely controlled by treatment.

(c) Class 3. .... 20%

There is evidence of anatomic loss or alteration of tissue, and either

- (i) complete fecal incontinence is present, or
- (ii) symptoms are unresponsive to treatment.

**3. Impairment rating criteria for the liver and biliary tract**

3.1 Liver tissue disruption

(a) liver trauma not requiring surgery ..... 5%

(b) blunt trauma or laceration requiring surgery ..... 20%

**Residual hepatic functional impairment:**

(a) Class 1 ..... 5%

There is objective evidence of persistent liver disease, there are no symptoms or signs of ascites, jaundice, or other significant hepatic complications, and biochemical studies indicate minimal disturbance in hepatic function.

(b) Class 2 ..... 15%

There is objective evidence of chronic liver disease, there are no symptoms, or signs of ascites, jaundice, or esophageal bleeding, and biochemical studies indicate severe disturbance in hepatic function.

(c) Class 3. .... 40%

There is

- (i) objective evidence of progressive chronic liver disease, or
- (ii) history of jaundice, ascites, or bleeding of upper gastrointestinal varices, or
- (iii) intermittent hepatic encephalopathy.

(d) Class 4 . . . . . 70%

There is

- (i) objective evidence of progressive chronic liver disease, or
  - (ii) persistent jaundice or bleeding, esophageal varices,
- and there are central nervous system manifestations of hepatic insufficiency.

3.2 Biliary tract

(a) Class 1 . . . . . 5%

There is occasional biliary tract dysfunction with documented biliary tract disease.

(b) Class 2 . . . . . 20%

There is recurrent biliary tract dysfunction despite ongoing treatment.

(c) Class 3. . . . . 40%

There is obstruction of the bile tract with recurrent cholangitis.

(d) Class 4 . . . . . 75%

There is persistent jaundice and progressive liver disease due to obstruction of the common bile duct.

**4. Impairment rating criteria for the abdominal wall, inguinal and femoral regions**

4.1 Hernia-related impairments

(a) Class 1 . . . . . 5%

Palpable defect in supporting structures of abdominal wall and slight protrusion at site of defect with increased abdominal pressure where the defect is readily reducible.

(b) Class 2 . . . . . 15%

Palpable defect in the supporting structures of abdominal wall where frequent or persistent protrusion at site of defect may increase with intra-abdominal pressure and is manually reducible.

(c) Class 3. . . . . 25%

Palpable defect in supporting structures of abdominal wall where persistent, irreducible, or irreparable protrusion at the site of the defect has occurred causing limitation in normal activities.

4.2 Post-operative abdominal wall-related impairments

- (a) alteration of tissue following a laparotomy . . . . . 2%
- (b) alteration of tissue following a laparoscopy or penetrating abdominal wound. . . . . 1%

**DIVISION 8: CARDIOVASCULAR SYSTEM**

**1. Cardiac lesions: According to Table 8.1**

**2. Thoracic arterial lesions**

- (a) surgically corrected alteration of the ascending thoracic aorta . . . . . 4%
- (b) surgically corrected alteration of the descending thoracic aorta . . . . . 3%
- (c) functional limitations (See Table 8.1).

**3. Peripheral arterial lesions**

- (a) surgically corrected alteration of the abdominal aorta . . . . . 3%
- (b) surgically corrected alteration of a peripheral artery . . . . . 1%
- (c) functional alteration following a unilateral sympathectomy . . . . . 2%
- (d) alteration of a blood vessel corrected by transluminal angioplasty . . . . . 2%
- (e) functional limitations (See Tables 8.2 and 8.3).

**4. Venous and lymphatic lesions**

- (a) post-traumatic venous insufficiency or lymphatic insufficiency:
  - (i) minor, well controlled by medical treatment. . . . . 3%
  - (ii) moderate, not completely controlled by medical treatment . . . . . 5%
  - (iii) severe, not controlled by medical treatment, with trophic problems, but without recurring ulceration . . . . . 8%
  - (iv) very severe, not controlled by medical treatment, with trophic problems and recurring ulceration . . . . . 12%
- (b) superficial venous insufficiency . . . . . 1%

**Table 8.1 Functional limitations following cardiovascular injury**

<b>Class</b>	<b>Symptoms</b>	<b>Impairment Rating</b>
Class 1 (over 7 mets)	(a) cardiovascular lesion without angina nor shortness of breath with strenuous or rapid or prolonged exertion or when undergoing a maximum stress test	2.5%
	(b) cardiovascular lesion whereby ordinary physical activity does not cause angina such as walking and climbing stairs, however, angina occurs with strenuous or rapid or prolonged exertion or when undergoing a maximum stress test	7.5%
Class 2 (5, 6, 7 mets)	(a) cardiovascular lesion without angina nor shortness of breath when performing physical activity such as walking, climbing stairs or carrying packages	15%
	(b) cardiovascular lesion with minor limitation characterized by angina or shortness of breath: <ul style="list-style-type: none"> <li>– for physical activity such as walking at a brisk pace, walking uphill,</li> <li>– for walking or stair climbing after meals, or in cold, or in wind,</li> <li>– under emotional stress,</li> <li>– in the morning after waking,</li> <li>– when walking more than 2 blocks on a level, and</li> <li>– climbing 1 flight of ordinary stairs at a fast pace or more than 1 flight of ordinary stairs at a normal pace and in normal conditions</li> </ul>	30%
Class 3 (2 to 4 mets)	moderate limitation characterized by angina or shortness of breath for physical activities such as walking 1 to 2 city blocks on level ground or climbing 1 flight of stairs in normal conditions and at a normal pace	45%
Class 4 (under 2 mets)	severe limitation characterized by angina or shortness of breath for physical activities such as walking a few steps or while performing movements needed for personal hygiene; angina or shortness of breath may occur at rest or during sleep	80%

**Table 8.2 Functional Limitations Following A Lower Limb Vascular Lesion**

<b>Symptoms</b>	<b>Impairment Rating</b>
Severe arterial insufficiency, with trophic skin changes and ulceration, with inability to walk	45%
Intermittent claudication, occurring when walking at an ordinary pace over a distance of less than 75 meters	30%
Intermittent claudication, occurring when walking at an ordinary pace over a distance of 75 to 120 meters	20%
Intermittent claudication, occurring when walking at an ordinary pace for a distance of over 120 meters, but less than 300 meters	10%
Slightly inhibiting intermittent claudication, occurring when walking at an ordinary pace over a distance of 300 to 500 meters	5%

**Table 8.3 Functional Limitations Following An Upper Limb Vascular Lesion**

<b>Symptoms</b>	<b>Impairment Rating</b>
Severe arterial insufficiency, with trophic skin changes and ulceration, inhibiting exertion or causing ischemic pain at rest	45%
Arterial insufficiency causing significant intermittent ischemic pain that occurs with light exertion	30%
Arterial insufficiency causing intermittent ischemic pain that occurs with moderate exertion	15%
Arterial insufficiency causing intermittent ischemic pain that occurs with heavy exertion	5%

**DIVISION 9: ENDOCRINE SYSTEM**

**Subdivision 1: Hypothalamus, Pituitary, Thyroid And Parathyroid Glands**

- 1. Total hypopituitarism, including diabetes insipidus . . . . . 60%
- 2. Partial hypopituitarism, excluding diabetes insipidus, requiring replacement of
  - (a) thyroid hormone . . . . . 5%
  - (b) cortisone acetate . . . . . 10%
  - (c) estrogen/testosterone when fertility is not an issue . . . . . 10%
  - (d) loss of fertility . . . . . 20%
  - (e) growth hormone in a child or adolescent . . . . . 20%
  - (f) growth hormone in an adult . . . . . 2%
- 3. Diabetes insipidus . . . . . 10%
- 4. Impairment of the parathyroid glands . . . . . 10%
- 5. Alteration of the thyroid gland not requiring hormone therapy . . . . . 2%
- 6. Alteration or loss of the thyroid gland requiring hormone therapy . . . . . 5%

**Subdivision 2: Pancreas (Endocrine Function)**

For exocrine pancreatic impairments, refer to Section 1 of Division 7: The Gastrointestinal Tract

- 1. \*Diabetes mellitus
  - (a) controlled without the use of insulin or oral medication . . . . . 5%
  - (b) control requiring the use of oral medication . . . . . 10%
  - (c) control requiring insulin therapy . . . . . 30%

\*Diabetes may occur following MVA-related trauma by one of several mechanisms. If the pancreas is traumatised, there may be sufficient tissue injury to impair insulin production resulting in *tertiary diabetes*. Certain drugs, e.g. Prednisone, can induce *secondary diabetes* by altering the hormonal balance. If this drug (or similar drug) is used to treat an MVA-related condition, then the diabetic complication is also considered accident related. Finally a claimant with pre-existing Type 1 or 2 diabetes, or a claimant with borderline diabetes, may have their metabolism altered by prolonged inactivity (e.g. bedrest) associated with the treatment of their MVA-related condition. This alteration in their diabetic status is usually temporary.

**Subdivision 3: Adrenal Glands**

- 1. Loss of one adrenal gland . . . . . 2%
- 2. Loss of both adrenal glands requiring hormone therapy . . . . . 15%

**DIVISION 10: THE HEMATOPOIETIC SYSTEM**

**1. Tissue Disruption**

1.1 Spleen

- (a) injury not requiring surgery . . . . . 0%
- (b) injury requiring splenic repair or partial splenectomy . . . . . 5%
- (c) injury resulting in total splenectomy . . . . . 10%
- (d) injury causing some loss of splenic function (see section 2 – Functional Impairment of the Hematopoietic System).

1.2 Thymus

- (a) injury not requiring surgery . . . . . 0%
- (b) injury requiring partial thymectomy . . . . . 1%
- (c) injury resulting in total thymectomy . . . . . 2%
- (d) injury causing some loss of splenic function (see section 2 – Functional Impairment of the Hematopoietic System).

**2. Functional Impairment of the Hematopoietic System**

2.1 Red blood cells

Symptoms	Hemoglobin Level g/L	Transfusion Requirement	Impairment Rating
None	100-120	None	0%
Minimal	80-100	None	15%
Moderate	50-80*	2-3 Units every 4-6 weeks	40%
Severe	50-80*	2-3 Units every 2 weeks	75%

\*level prior to transfusion

2.2 White blood cells (WBC)

- (a) conditions leading to a decreased WBC count

Symptoms	WBC Level g/L	Transfusion Requirement	Impairment Rating
None	3-10	None	0%
Minimal	1-3	None	15%
Moderate	< 1	Administratin of Growth Factor	40%
Severe	< 0.5	Administratin of Growth Factor	75%

- (b) conditions leading to an increased WBC count . . . . . by report: 0 to 75%

2.3 Platelet and clotting factors

- (a) conditions leading to a permanent alteration in the platelet count . . . . . by report: 0 to 10%

(b) conditions leading to a permanent alteration in clotting factors . . . . . by report: 15 to 50%

**DIVISION 11: PSYCHIATRIC CONDITION, SYNDROME OR PHENOMENON**

<b>Class</b>	<b>Symptom or condition</b>	<b>Impairment rating</b>
Class 1	A psychiatric condition, syndrome or phenomenon that, including adverse effects of medication, impairs the person's ability to perform the activities of daily living, ability to function socially or sense of well-being, to such an extent that he or she requires continuous supervision in an institutional or confined setting.	100%
Class 2	A psychiatric condition, syndrome or phenomenon that, including adverse effects of medication, impairs the person's ability to perform the activities of daily living, ability to function socially or sense of well-being, to such an extent that he or she requires periodic supervision in an institutional or confined setting for 50% or more of the time.	70%
Class 3	A psychiatric condition, syndrome or phenomenon that, including adverse effects of medication, impairs the person's ability to perform the activities of daily living, ability to function socially or sense of well-being, to such an extent that he or she requires periodic supervision in an institutional or confined setting for less than 50% of the time.	35%
Class 4	A psychiatric condition, syndrome or phenomenon that, including adverse effects of medication, impairs the person's ability to perform the activities of daily living, ability to function socially or sense of well-being, to such an extent that he or she requires psychiatric follow-up on a monthly basis.	15%
Class 5	A psychiatric condition, syndrome or phenomenon that, including adverse effects of medication, impairs the person's ability to perform the activities of daily living, ability to function socially or sense of well-being, to such an extent that he or she requires regular medication, psychiatric intervention or both on an occasional basis (less than once per month).	5%

**DIVISION 12: VESTIBULOCOCHLEAR APPARATUS**

**Impairment rating procedure**

In this Division, the whole-person impairment rating is determined by combining the separate impairment ratings for hearing loss, vestibular (labyrinthine) function and tinnitus in accordance with the following formula:

$$(H \times 0.8) + (V \times 0.9) + (T \times 0.8) = I$$

In this formula:

- H is the impairment rating for hearing loss determined determined under section 3;
- V is the impairment rating for vestibular function determined under section 4;
- T is the impairment rating for tinnitus determined under section 5; and
- I is the whole-person impairment rating.

**1. Ear or pinna**

See Table 13.1 – Evaluation of facial disfigurement, in Division 13 – The Skin.

**2. External canal injury (e.g. stenosis)**

(a) unilateral, mild . . . . .	0.5%
(b) unilateral, moderate . . . . .	1%
(c) unilateral, sever. . . . .	2%
(d) bilateral. . . . .	3%

**3. Hearing**

Permanent hearing impairment may be classified as wither unilateral or bilateral.

Unaided:

(a) profound bilateral sensory neural hearing loss (Defined as > 60 ISO according to Table 12.1) . . . . .	30%
(b) unilateral sensory neural hearing loss profound (Defined as > 60 ISO according to Table 12.1) . . . . .	5%
(c) reduction in hearing other than above (see Table 12.1).	

**Table 12.1 Impairment rating for hearing loss**

Reduction of Hearing in Decibels (DB)*	Impairment Rating	
	Most Impaired Ear	Less Impaired Ear
25 ISO or less	0.5%	2.5%
25 - 29 ISO	1.0%	5.0%
30 - 34 ISO	1.5%	7.5%
35 - 39 ISO	2.0%	10.0%
40 - 44 ISO	2.5%	12.5%
45 - 49 ISO	3.0%	16.0%
50 - 54 ISO	3.5%	17.5%
55 - 59 ISO	4.0%	20.0%
60 ISO or more	5.0%	25.0%

\* According to the average obtained by a valid audiogram on frequencies of 500, 1000 and 2,000 cycles.

**Addendum to Table 12.1**

Reduction in speech discrimination score below 80% in affected ear multiplies hearing impairment by a factor of 2. For example, a hearing loss of over 35 to 40 ISO in the most impaired ear = 2% whole-person impairment. However, if the affected ear speech discrimination is < 80%, the final rating is multiplied by 2 resulting in a 4% whole-person impairment. The maximum award for this category is 30% equivalent to the maximum award for profound bilateral hearing loss.

**4. Vestibular function**

4.1 Loss of labyrinth (as determined by clinical examination and/or electronystagmography):

- (a) complete loss of one labyrinth ..... 5%
- (b) complete loss of both labyrinths..... 10%

4.2 Functional criteria of vestibular impairment

Class	Symptom or condition	Impairment Rating
Class 1	Peripheral or central vertigo does not affect the capacity to perform activities of daily living (ADL).	2.5%
Class 2	Peripheral or central vertigo does not affect the capacity to perform most ADL, but certain activities, such as driving an automobile or riding a bicycle, may endanger the safety of the patient or others.	7.5%
Class 3	Peripheral or central vertigo necessitating continuous supervision for the performance of most ADL such as personal hygiene, household chores, or walking.	30%
Class 4	Peripheral or central vertigo requiring continuous supervision for the performance of most ADL and requiring confinement of the patient at home or an institution.	50%

Vestibular injury may be compensated over time and should be rated at both 6 and 12 months after injury to establish whether it has become static.

**5. Tinnitus, unilateral or bilateral**

<b>Class</b>	<b>Symptom or condition</b>	<b>Impairment Rating</b>
Class 1 (mild)	Tinnitus is intermittent and noticeable only in quiet environment.	0.5%
Class 2 (moderate)	Tinnitus is constantly present and bothersome in quiet environments, disturbing concentration and sleep.	1.0%
Class 3 (severe)	Tinnitus is constantly present and bothersome in most environments, disturbing concentration, sleep and activities of daily living.	2.0%

**DIVISION 13: THE SKIN****1. Definitions**

In this Division,

"**alteration in form and symmetry**" means a skin or surface disfigurement that results in a change in tissue bulk, consistency, length or texture. It does not refer to the presence of a scar; (« modification de la forme et de la symétrie »)

"**conspicuous**" means a skin disfigurement that is readily discernable with the unaided eye; (« apparent »)

"**faulty scar**" means a scar that is misaligned, irregular, depressed, deeply adhering, pigmented, scaly, retractile, keloidal or hypertrophic; (« cicatrice vicieuse »)

"**flat scar**" means a scar that is almost linear, at the same level as the adjoining tissue and almost the same colour, causing no contraction or distortion of neighboring structures; (« cicatrice non vicieuse »)

"**inconspicuous**" means a skin disfigurement that is not readily discernable with the unaided eye. (« non apparent »)

**Subdivision 1: Facial Disfigurement****1. Rating facial disfigurement**

For the purpose of rating facial disfigurement, reference must be made to each of the following anatomical elements:

- (a) the forehead;
- (b) the orbits;
- (c) the eyelids;
- (d) the visible part of the ocular globes;
- (e) the cheeks;
- (f) the nose;
- (g) the lips;
- (h) the ears;
- (i) the chin.

**2. Impairment rating procedure for facial disfigurement**

2.1 The degree of facial disfigurement is first classified in terms of its physical appearance, in order to determine the appropriate impairment class.

2.2 For disfigurement classes 1-4, the impairment percentage for disfigurement is fixed with respect to scarring and the alterations in form and symmetry, up to a maximum impairment percentage for disfigurement prescribed for each class (see Table 13.1.)

2.3 Where there is evidence of both scarring and alterations in form and symmetry, both impairments are rated and the percentages for both are added up to the maximum percentage prescribed for that class.

2.4 For classes 5 and 6, scarring and the alterations in form and symmetry are considered jointly and the impairment percentage awarded is the maximum prescribed for the class (see Table 13.2.)

**Table 13.1 Evaluation of facial disfigurement Part 1**

<b>Classification According To Appearance</b>	<b>Alteration in Form and Symmetry</b>	<b>Scarring</b>	<b>Maximum Impairment Rating for the Class</b>
Class 1 No impairment	Inconspicuous change	Inconspicuous	0%
Class 2 Very minor impairment	Inconspicuous change	Conspicuous . . . . . 1% per cm <sup>2</sup>	3%
Class 3 Minor impairment	Conspicuous change that (a) affects one anatomical element . . . . . 3% (b) affects two anatomical elements. . . . . 4% (c) affects more than two anatomical elements. . . . . 7%	Conspicuous and (a) flat scar . . . . . 1% per cm <sup>2</sup> (b) faulty scar . . . . . 2% per cm <sup>2</sup>	7%
Class 4 Moderate impairment	Conspicuous change that holds one's attention and (a) affects one anatomical element . . . . . 10% (b) affects two anatomical elements. . . . . 12% (c) affects more than two anatomical elements. . . . . 15%	Conspicuous and (a) flat scar . . . . . 1% per cm <sup>2</sup> (b) faulty scar . . . . . 3% per cm <sup>2</sup>	15%

**Table 13.2: Evaluation of facial disfigurement Part 2**

<b>Classification According To Appearance</b>	<b>Alteration in Form and Symmetry and Scarring</b>	<b>Impairment Rating Percent</b>
Class 5 Severe impairment	Involving several facial anatomic elements	20%
Class 6 Disfiguration	Involving all facial anatomic elements	30%

## **Subdivision 2: Disfigurement Of Other Parts Of The Body**

### **1. Impairment rating procedure for disfigurement of other parts of the body**

1.1 Where there is impairment only by alteration in form and symmetry, the degree of impairment is calculated and the percentage of disfigurement prescribed for that part of the body is awarded (see Table 13.3).

1.2 Where there is impairment only by scarring, the surface area of the scar is measured and the impairment percentage prescribed per cm<sup>2</sup> is awarded, up to the maximum impairment percentage prescribed for that part of the body (see Table 13.3).

1.3 Where there are both alterations in the form and symmetry and scarring, the higher of the two percentages obtained under either heading is awarded, without exceeding up to the maximum impairment percentage prescribed for that part of the body (see Table 13.3).

1.4 The maximum impairment per region is listed in the last column of Table 13.3. Where a body region has two sides (right/left or front/back) the maximum impairment % listed in the table is to be considered the maximum per side.

1.5 For the purposes of rating disfigurement for other parts of the body, the body regions may be defined as follows:

(a) scalp and skull – Beginning at the hairline in front and following the hairline around the side to the back;

(b) neck – The skin overlying C1-C7 posteriorly and the cricoid cartilage to the sternal notch anteriorly;

(c) arms, shoulders and elbow – Extending from the acromion process and axillary folds to the olecranon process and cubital fossa. The scapulae, supraspinous fossa and supraclavicular fossa are considered as part of the trunk for the purposes of rating of disfigurement;

(d) forearms - Beginning at the distal aspect of the elbow (as defined above) and extending to the wrist crease;

(e) wrists and hands - Beginning at the wrist crease and extending distally to the fingertips;

(f) trunk – This region includes both the suprascapular and supraclavicular fossae. It extends distally to the inguinal ligaments (anteriorly) and the iliac crests (posteriorly);

(g) lower Limbs – Begins at the distal aspect of the trunk (as defined above) and extends distally to the tips of the toes. Note that the buttock is considered to be part of the lower limb and not the trunk.

### **2. Disfigurement due to discoloration**

Permanent, post-traumatic alteration of the skin's natural color (as compared to adjacent unaffected areas), but does not include pigmented scars, pigmented amputation stumps or pigmented skin due to venous or lymphatic insufficiency. (see Table 13.4)

**Table 13.3: Evaluation Of Disfigurement For Other Parts Of The Body**

<b>Body Region</b>	<b>Alteration in Form and Symmetry</b>		<b>Scarring</b>		<b>Maximum Impairment Rating</b>
Scalp and skull	Minor or moderate change	2%	Conspicuous	0.5%/cm <sup>2</sup>	5%
	Severe change	5%			
Neck	Minor or moderate change	3%	Conspicuous	1.0%/cm <sup>2</sup>	8%
	Severe change	8%			
Arms, shoulders and elbows	Minor or moderate change	1%	Conspicuous	0.5%/cm <sup>2</sup>	4%
	Severe change	4%			
Forearms	Minor or moderate change	1%	Conspicuous	1.0%/cm <sup>2</sup>	5%
	Severe change	5%			
Wrists and hands	Minor or moderate change	2%	Conspicuous	1.0%/cm <sup>2</sup>	6%
	Severe change	6%			
Trunk	Minor or moderate change	2%	Conspicuous	0.5%/cm <sup>2</sup>	6%
	Severe change	6%			
Lower limbs	Minor or moderate change	3%	Conspicuous	1.0%/cm <sup>2</sup>	8%
	Severe change	8%			

**Table 13.4: Disfigurement Due to Discoloration**

<b>Class</b>	<b>Discoloration of the Skin</b>	<b>Impairment Rating</b>
Class 1	Conspicuous and affecting a body region other than the face	1%
Class 2	Conspicuous and affecting the face	2%

**Subdivision 3: Disfigurement From Partial Or Total Amputation**

**1. Disfigurement from amputation**

The percentage awarded for a disfigurement due to amputation takes into account the scars inherent in amputation.

**2. Eye**

Enucleation with or without replacement by prosthesis, including impairment inherent in the resulting appearance . . . . . 5%

**3. Upper limb**

- (a) forequarter disarticulation . . . . . 12%
- (b) shoulder disarticulation . . . . . 11%
- (c) above elbow amputation . . . . . 10%
- (d) elbow disarticulation . . . . . 9%
- (e) below elbow amputation . . . . . 8%
- (f) wrist disarticulation . . . . . 8%
- (g) amputation of a thumb, per phalanx . . . . . 1.5%
- (h) amputation of a finger other than the thumb, per phalanx, up to a maximum of 6% . . . . . 0.5%
- (i) amputation of a metacarpal, per metacarpal, up to a maximum of 2%. . . . . 0.5%

**4. Lower limb**

- (a) hemipelvectomy . . . . . 12%
- (b) hip disarticulation . . . . . 10%
- (c) above knee amputation . . . . . 8%
- (d) knee disarticulation . . . . . 7%
- (e) below knee amputation . . . . . 6%
- (f) ankle amputation (Symes) . . . . . 5%
- (g) midtarsal amputation (Chopart) . . . . . 4%
- (h) tarsometatarsal amputation (Lisfranc) . . . . . 3%
- (i) transmetatarsal amputation . . . . . 2%

- (j) amputation of a great toe, per phalanx . . . . . 0.5%
- (k) amputation of a metatarsal, per metatarsal, up to a maximum of 1% . . . . . 0.25%
- (l) amputation of a toe other than the great toe, per phalanx. . . . . 0.1%

M.R. 41/2000; 37/2003; 173/2009; 61/2015

## ANNEXE A

**ANNEXE DES DÉFICIENCES PERMANENTES****Table des matières**

## SECTION 1 : SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE

Sous-section 1 : membre supérieur

Sous-section 2 : membre inférieur

Sous-section 3 : colonne vertébrale

## SECTION 2 : SYSTÈMES NERVEUX CENTRAL ET PÉRIPHÉRIQUE

Sous-section 1 : crâne, cerveau et carotides

Sous-section 2 : moelle épinière

Sous-section 3 : nerfs crâniens

Sous-section 4 : système nerveux périphérique

## SECTION 3 : SYSTÈME MAXILLO-FACIAL

Sous-section 1 : articulation temporo-mandibulaire

Sous-section 2 : région fronto-orbito-nasale

Sous-section 3 : gorge et éléments associés

## SECTION 4 : VISION

## SECTION 5 : SYSTÈME GÉNITO-URINAIRE ET FOETUS

## SECTION 6 : APPAREIL RESPIRATOIRE

## SECTION 7 : SYSTÈME DIGESTIF

## SECTION 8 : SYSTÈME CARDIO-VASCULAIRE

## SECTION 9 : SYSTÈME ENDOCRINIEN

Sous-section 1 : hypothalamus, hypophyse, thyroïde et parathyroïdes

Sous-section 2 : pancréas (fonction endocrinienne)

Sous-section 3 : surrénales

## SECTION 10 : SYSTÈME HÉMATOPOÏÉTIQUE

## SECTION 11 : FONCTIONS COGNITIVES

## SECTION 12 : APPAREIL COCHLÉO-VESTIBULAIRE

## SECTION 13 : PEAU

Sous-section 1 : déficience physionomique

Sous-section 2 : préjudice esthétique aux autres parties du corps

Sous-section 3 : préjudice esthétique consécutif à une amputation partielle ou totale

**SECTION 1 : SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE****Sous-section 1 : membre supérieur****0.1 Définition**

Dans la présente section, « **anomalie de guérison non spécifique** » s'entend d'une anomalie anatomique présente à la fin du processus de guérison qui n'est pas mentionnée ailleurs dans l'annexe, notamment les déviations de fractures, les décalages en rotation et les raccourcissements.

**1. Épaule et bras****1.1 Amputation :**

- a) désarticulation interscapulo-thoracique . . . . . 60 %
- b) désarticulation de l'épaule . . . . . 56 %
- c) amputation au-dessus du coude (tiers proximal de l'humérus) . . . . . 54 %
- d) amputation au-dessus du coude (tiers moyen ou distal de l'humérus) . . . . . 52 %

**1.2 Fracture :**

- a) fracture du sternum, de la clavicule, de l'omoplate ou de l'humérus avec anomalie de guérison non spécifique . . . . . 1 %
- a.1) fracture des côtes révélée par une radiologie (par côte, jusqu'à un maximum de 2 %) . . . . . 0,5 %
- b) fracture de l'humérus :
  - (i) déviation de plus de 15° . . . . . 5 %
  - (ii) déviation de 5° à 15° . . . . . 2,5 %
  - (iii) raccourcissement de plus de 4 cm . . . . . 5 %
  - (iv) raccourcissement de 2 à 4 cm . . . . . 3 %
  - (v) raccourcissement de 1 à 2 cm . . . . . 1,5 %
- c) ostéomyélite chronique à un os du membre supérieur avec excréments . . . . . 3 %

**1.3 Rupture non osseuse :**

- a) règle générale :
  - (i) rupture non osseuse complète ou fracture par arrachement à un membre supérieur . . . . . 2 %
  - (ii) rupture non osseuse partielle ou fracture par arrachement à un membre supérieur . . . . . 1 %

si la rupture est associée à une perte d'amplitude des mouvements d'une articulation adjacente, on ajoute le taux correspondant à la perte d'amplitude des mouvements indiqué à l'article 1.5 de cette sous-section;

## b) exceptions à la règle générale de l'alinéa a) :

## (i) rupture de la coiffe des rotateurs :

## (A) IRM positive, complète :

(I) sans pathologie antérieure connue de la coiffe des rotateurs . . . . . 5 %

(II) avec pathologie antérieure connue de la coiffe des rotateurs . . . . . 2 %

(B) partielle . . . . . 2 %

## (ii) rupture (distale ou proximale) de tendon au biceps :

(A) sans diminution de la force musculaire à la supination ou à la flexion  
du coude . . . . . 1 %

(B) avec perte de la force musculaire à la supination ou à la flexion du coude . . . . . 2 %

## 1.4 Rupture d'un ligament ou d'un autre tissu mou :

## a) lésion acromio-claviculaire ou sterno-claviculaire :

(i) entorse du premier degré . . . . . 0 %

(ii) entorse du deuxième degré . . . . . 1 %

(iii) entorse du troisième degré . . . . . 2 %

## b) instabilité gléno-humérale – luxation traumatique gléno-humérale (confirmée par un cliché radiologique) :

## (i) aucune récurrence dans les 12 mois suivant la collision :

(A) sans instabilité antérieure . . . . . 3 %

(B) avec instabilité antérieure . . . . . 2 %

## (ii) luxation récidivante au cours des 12 mois suivant la collision :

(A) sans instabilité antérieure . . . . . 5 %

(B) avec instabilité antérieure . . . . . 2 %

(C) avec lésion de Bankhart, lésion de Hill-Sachs ou rupture du bourrelet, ajouter  
. . . . . 1 %

## 1.5 Perte d'amplitude des mouvements de l'appareil articulaire de l'épaule :

## a) flexion – extension (par rapport à l'omoplate) :

mesure combinée de l'amplitude du mouvement : l'angle maximal normal de ce mouvement est  
de 230°;

(i) moins de 61° . . . . . 9 %

(ii) de 61° à 120° . . . . .	5 %
(iii) de 121° à 180° . . . . .	2 %
(iv) plus de 180° . . . . .	0 %
b) abduction – adduction (par rapport à la tête de l'humérus) :	
mesure combinée de l'amplitude du mouvement : l'angle maximal normal de ce mouvement est de 230°;	
(i) moins de 61° . . . . .	6 %
(ii) de 61° à 120° . . . . .	3 %
(iii) de 121° à 180° . . . . .	1 %
(iv) plus de 180°	0 %
c) rotation interne – rotation externe :	
mesure combinée de l'amplitude du mouvement gléno-huméral : l'angle maximal normal de ce mouvement est de 180°;	
(i) moins de 46° . . . . .	6 %
(ii) de 46° à 90° . . . . .	3 %
(iii) de 91° à 135° . . . . .	1 %
(iv) plus de 135° . . . . .	0 %

## 2. Coude et avant-bras

### 2.1 Amputations :

a) désarticulation du coude (y compris amputation du tiers proximal de l'avant-bras . . . . .	50 %
b) amputation au-dessous du coude (tiers moyen de l'avant-bras) . . . . .	47 %

### 2.2 Fracture :

a) fracture mal guérie, sans plus de précision, du radius, du cubitus ou de l'humérus . . . . .	1 %
b) fracture du radius :	
(i) avec déviation de plus de 15° . . . . .	5 %
(ii) avec déviation de 5° à 15° . . . . .	2,5 %
(iii) avec raccourcissement de plus de 4 cm . . . . .	5 %
(iv) avec raccourcissement de 2 à 4 cm . . . . .	3 %
(v) avec raccourcissement de 1 à 2 cm . . . . .	1,5 %

c) fracture du cubitus :

(i) avec déviation de plus de 15° . . . . .	5 %
(ii) avec déviation de 5° à 15° . . . . .	2,5 %
(iii) avec raccourcissement de plus de 4 cm. . . . .	5 %
(iv) avec raccourcissement de 2 à 4 cm . . . . .	3 %
(v) avec raccourcissement de 1 à 2 cm. . . . .	1,5 %

2.3 Rupture non osseuse :

a) rupture non osseuse complète ou fracture par arrachement au coude ou à l'avant-bras. . . . .	2 %
b) rupture non osseuse partielle avec fracture par arrachement au coude ou à l'avant-bras. . . . .	1 %

2.4 Rupture d'un ligament ou d'un autre tissu mou :

a) lésions collatérales du cubitus et du radius :	
(i) entorse du premier degré . . . . .	0 %
(ii) entorse du deuxième degré. . . . .	1 %
(iii) entorse du troisième degré . . . . .	2 %

2.5 Perte d'amplitude des mouvements du coude :

a) flexion – extension :

mesure combinée de l'amplitude du mouvement : l'angle maximal normal de ce mouvement est de 140°;

(i) aucun mouvement . . . . .	14 %
(ii) de 1° à 40° . . . . .	12 %
(iii) de 41° à 80° . . . . .	7 %
(iv) de 81° à 120° . . . . .	4 %
(v) de 121° à 135° . . . . .	1 %
(vi) plus de 135° . . . . .	0 %

b) pronation – supination :

mesure combinée de l'amplitude du mouvement : l'angle maximal normal de ce mouvement est de 160°;

(i) aucun mouvement . . . . .	9 %
(ii) de 1° à 50° . . . . .	4 %

(iii) de 51° à 100° . . . . .	3 %
(iv) de 101° à 140° . . . . .	2 %
(v) de 141° à 150° . . . . .	1 %
(vi) plus de 150° . . . . .	0 %

### 3. Poignet et main

#### 3.1 Amputation :

a) désarticulation du poignet (y compris amputation du tiers distal de l'avant-bras) . . . . .	45 %
b) amputation ou désarticulation des métacarpiens :	
(i) 1 <sup>er</sup> métacarpien . . . . .	22 %
(ii) 2 <sup>e</sup> ou 3 <sup>e</sup> métacarpien (chacun) . . . . .	11 %
(iii) 4 <sup>e</sup> ou 5 <sup>e</sup> métacarpien (chacun) . . . . .	5,5 %

si plusieurs métacarpes ont été touchés, les taux sont *combinés* et non *additionnés*;

#### c) amputation (phalange proximale) ou désarticulation interphalangienne proximale :

(i) pouce . . . . .	11 %
(ii) index ou majeur (chacun) . . . . .	8 %
(iii) annulaire ou auriculaire (chacun) . . . . .	4 %

si plusieurs doigts ont été touchés, les taux sont *combinés* et non *additionnés*;

#### d) amputation (phalange moyenne ou distale) ou désarticulation interphalangienne distale :

(i) pouce . . . . .	11 %
(ii) index ou majeur (chacun) . . . . .	5 %
(iii) annulaire ou auriculaire (chacun) . . . . .	3 %

si plusieurs doigts ont été touchés, les taux sont *combinés* et non *additionnés*.

#### 3.2 Fracture :

a) fracture du scaphoïde . . . . .	0 %
b) fracture du scaphoïde avec nécrose avasculaire . . . . .	2 %
c) fracture du scaphoïde avec pseudarthrose ou absence de soudure de l'os fracturé . . . . .	2 %
d) fracture de Colles avec réduction anatomique . . . . .	0 %
e) fracture de Colles avec déviation du radius de plus de 15° . . . . .	2 %

- f) nécrose avasculaire du semi-lunaire . . . . . 2 %
  - g) fracture mal guérie d'un carpe, d'un métacarpe ou d'une phalange . . . . . 1 %
- si l'une ou l'autre des fractures susmentionnées est associée à une perte d'amplitude des mouvements, consulter les alinéas 3.5 a) et 3.5 b) pour calculer les taux.

3.3 Rupture non osseuse :

- a) rupture non osseuse complète ou fracture par arrachement au poignet ou à la main . . . . . 2 %
  - b) rupture non osseuse partielle ou fracture par arrachement au poignet ou à la main . . . . . 1 %
- si la rupture est associée à une perte d'amplitude des mouvements d'une articulation adjacente, on ajoute le taux correspondant à la perte d'amplitude des mouvements indiqué à l'alinéa 3.5 a) ou 3.5 b).

3.4 Rupture d'un ligament ou d'un autre tissu mou :

- a) instabilité carpienne : taux établi en fonction du rapport d'un praticien des soins de santé. C'est l'aspect du cliché radiologique, y compris la taille et le déplacement du carpe, et la gravité de l'arthrose articulaire qui permettent de déterminer si la déficience est légère, modérée ou grave :
  - (i) déficience légère . . . . . 4 %
  - (ii) déficience modérée . . . . . 8 %
  - (iii) déficience grave . . . . . 12 %
- b) rupture du fibrocartilage triangulaire . . . . . 2 %
- c) syndrome du tunnel carpien : taux établi selon les lignes directrices relatives aux déficiences neurologiques (voir la sous-section 4 de la section 2).

3.5a Perte d'amplitude des mouvements au poignet :

- a) flexion – extension :
  - mesure combinée de l'amplitude du mouvement : l'angle maximal normal de ce mouvement est de 120°;
    - (i) aucun mouvement . . . . . 8 %
    - (ii) de 1° à 30° . . . . . 4 %
    - (iii) de 31° à 60° . . . . . 3 %
    - (iv) de 61° à 90° . . . . . 2 %
    - (v) de 91° à 100° . . . . . 1 %
    - (vi) plus de 100° . . . . . 0 %

## b) déviation radiale – déviation cubitale :

mesure combinée de l'amplitude du mouvement : l'angle maximal normal de ce mouvement est de 50°;

(i) aucun mouvement . . . . .	6 %
(ii) de 1° à 25° . . . . .	2 %
(iii) de 26° à 40° . . . . .	1 %
(iv) plus de 40° . . . . .	0 %

## 3.5b Perte d'amplitude des mouvements à la main :

## a) flexion interphalangienne – extension interphalangienne du pouce :

mesure combinée de l'amplitude du mouvement : l'angle maximal normal de ce mouvement est de 80°;

(i) ankylose en position vicieuse . . . . .	4 %
(ii) ankylose en position fonctionnelle . . . . .	2 %
(iii) de 1° à 40° . . . . .	1 %
(iv) de 41° à 70° . . . . .	0,5 %
(v) plus de 70° . . . . .	0 %

## b) flexion métacarpo-phalangienne – extension métacarpo-phalangienne du pouce :

mesure combinée de l'amplitude du mouvement : l'angle maximal normal de ce mouvement est de 60°;

(i) aucun mouvement . . . . .	2 %
(ii) de 1° à 30° . . . . .	1 %
(iii) de 31° à 50° . . . . .	0,5 %
(iv) plus de 50° . . . . .	0 %

## c) adduction du pouce :

on évalue l'amplitude de ce mouvement en mesurant, en centimètres, la distance entre le pli de flexion à l'articulation interphalangienne du pouce et le pli palmaire distal à l'articulation métacarpo-phalangienne de l'auriculaire;

(i) 8 cm . . . . .	4 %
(ii) 6 cm . . . . .	2 %
(iii) 4 cm . . . . .	1 %

- (iv) 2 cm . . . . . 0,5 %
- (v) moins de 2 cm . . . . . 0 %

d) abduction radiale du pouce :

mesure combinée de l'amplitude du mouvement : l'angle maximal normal de ce mouvement est de 50°;

- (i) aucun mouvement . . . . . 2 %
- (ii) de 1° à 25° . . . . . 1 %
- (iii) de 26° à 40° . . . . . 0,5 %
- (iv) plus de 40° . . . . . 0 %

e) opposition du pouce :

on évalue l'amplitude de ce mouvement en mesurant, en centimètres, la distance entre le pli de flexion à l'articulation interphalangienne du pouce et le pli palmaire distal à l'articulation métacarpo-phalangienne du majeur;

- (i) 8 cm . . . . . 4 %
- (ii) 6 cm . . . . . 2 %
- (iii) 4 cm . . . . . 1 %
- (iv) 2 cm . . . . . 0,5 %
- (v) moins de 2 cm . . . . . 0 %

f) flexion interphalangienne distale – extension interphalangienne distale :

mesure combinée de l'amplitude du mouvement : l'angle maximal normal de ce mouvement est de 70°;

- (i) aucun mouvement . . . . . 1 %
- (ii) de 1° à 35° . . . . . 0,5 %
- (iii) de 36° à 70° . . . . . 0 %

g) flexion interphalangienne proximale – extension interphalangienne proximale :

mesure combinée de l'amplitude du mouvement : l'angle maximal normal de ce mouvement est de 130°;

- (i) aucun mouvement . . . . . 1 %
- (ii) de 1° à 65° . . . . . 0,5 %
- (iii) de 66° à 130° . . . . . 0 %

h) flexion métacarpo-phalangienne – extension métacarpo-phalangienne :

mesure combinée de l'amplitude du mouvement : l'angle maximal normal de ce mouvement est de 110°;

- (i) aucun mouvement . . . . . 1 %
- (ii) de 1° à 55° . . . . . 0,5 %
- (iii) de 56° à 110° . . . . . 0 %

**Sous-section 2 : membre inférieur****1. Bassin**

## 1.1 Amputation :

a) Hémipelvectomie ..... 50 %

## 1.2 Fracture :

a) fracture non articulaire guérie, sans déplacement ni autres complications ..... 0 %

b) fracture influant sur l'articulation sacro-iliaque ..... 2 %

c) fracture influant sur l'acétabulum : pourcentage indiqué à l'article 2.4 (Perte d'amplitude des mouvements à la hanche)

d) fracture du bassin avec anomalie de guérison non spécifique. .... 1 %

## 1.3 Perte d'amplitude des mouvements au bassin :

aucun taux n'est attribué à la perte d'amplitude des mouvements du bassin, car les examens cliniques servant à mesurer une perte d'amplitude de l'articulation sacro-iliaque ne fournissent pas de renseignements objectifs auxquels on puisse se fier.

**2. Hanche et cuisse**

## 2.1 Amputation :

a) désarticulation de la hanche (y compris le tiers proximal du fémur) ..... 45 %

## b) amputation au-dessus du genou :

(i) tiers proximal ..... 45 %

(ii) tiers moyen ..... 40 %

(iii) tiers distal ..... 35 %

## 2.2 Fracture :

a) lésion à l'acétabulum ou à la tête du fémur avec prothèse de remplacement de l'articulation, et raccourcissement du membre inférieur ..... 15 %

b) [abrogé] R.M. 61/2015

c) fracture intra-articulaire du fémur ..... 2 %

complications :

## d) fracture du corps du fémur avec déviation :

(i) de plus de 20° ..... 4 %

(ii) de 10° à 20° ..... 2 %

## e) fracture du corps du fémur avec vice de rotation :

(i) de plus de 20° . . . . . 4 %

(ii) de 10° à 20° . . . . . 2 %

## f) nécrose avasculaire :

(i) nécessitant une arthroplastie de la hanche (voir l'alinéa b) de cet article),

(ii) sans arthroplastie (taux correspondant à une perte d'amplitude des mouvements indiqué à l'article 2.4);

g) fracture du fémur mal guérie, sans plus de précision . . . . . 1 %

## 2.3 Rupture non osseuse :

a) rupture non osseuse complète ou fracture par arrachement à la hanche ou à la cuisse . . . . . 2 %

b) rupture non osseuse partielle ou fracture par arrachement à la hanche ou à la cuisse . . . . . 1 %

si la rupture mentionnée aux alinéas a) ou b) est associée à une perte d'amplitude des mouvements d'une articulation adjacente, on ajoute le taux correspondant à la perte d'amplitude des mouvements indiqué à l'article 2.4 (Perte d'amplitude des mouvements à la hanche);

c) [abrogé] R.M. 61/2015

## 2.4 Perte d'amplitude des mouvements à la hanche :

## a) ankylose de l'articulation de la hanche :

(i) dans une position ne permettant pas la marche . . . . . 25 %

(ii) dans une position permettant la marche . . . . . 20 %

## b) restriction de l'amplitude des mouvements :

## (i) flexion – extension :

mesure combinée de l'amplitude du mouvement : l'angle maximal normal de ce mouvement est de 150°;

(A) de 0° à 30° . . . . . 10 %

(B) de 31° à 60° . . . . . 7 %

(C) de 61° à 90° . . . . . 3 %

(D) de 91° à 120° . . . . . 1 %

(E) plus de 120° . . . . . 0 %

(ii) rotation interne – rotation externe :

mesure combinée de l'amplitude du mouvement : l'angle maximal normal de ce mouvement est de 90°;

- (A) de 0° à 30° ..... 5 %
- (B) de 31° à 60° ..... 3 %
- (C) plus de 60° ..... 0 %

(iii) abduction – adduction :

mesure combinée de l'amplitude du mouvement : l'angle maximal normal de ce mouvement est de 60°;

- (A) de 0° à 15° ..... 5 %
- (B) de 15° à 45° ..... 3 %
- (C) plus de 45° ..... 0 %

2.5 Atrophie musculaire de la cuisse

Atrophie musculaire de la cuisse de 2 cm ou plus, mesurée 15 cm au-dessus du pôle supérieur de la rotule, y compris toute faiblesse résultant d'une rupture d'origine non osseuse, d'une fracture sous-jacente ou d'une affection objective du genou ..... 2 %

**3. Genou et jambe**

3.1 Amputation :

- a) désarticulation du genou, y compris amputation proximale au-dessous du genou, ne permettant pas le port d'une prothèse avec appui rotulien ..... 32 %
- b) amputation au-dessous du genou, permettant le port d'une prothèse avec appui rotulien ..... 28 %

3.2 Fracture :

- a) tibia, péroné ou rotule, mal guérie, sans plus de précision ..... 1 %
- complications :
- b) fracture de la rotule nécessitant son ablation chirurgicale ..... 5 %
- c) fracture ou luxation de la rotule entraînant l'atrophie du quadriceps ..... 2 %
- d) fracture à la jambe (tibia ou péroné) avec déviation uniaxiale ou multiaxiale résiduelle :
  - (i) de plus de 15° ..... 3 %
  - (ii) de 10° à 15° ..... 2 %
- e) fracture à la jambe (tibia ou péroné) avec vice de rotation résiduel :
  - (i) de plus de 20° ..... 3 %
  - (ii) de 10° à 20° ..... 2 %

- f) lésion au genou, à la cuisse ou à la jambe nécessitant une arthroplastie du genou . . . . . 8 %
- g) fracture intra-articulaire du genou . . . . . 2 %

ces taux visent le raccourcissement ou la faiblesse d'un membre.

### 3.3 Rupture non osseuse

- a) Rupture non osseuse complète ou fracture par arrachement au genou ou à la jambe. . . . . 2 %
- b) rupture non osseuse partielle ou fracture par arrachement au genou ou à la jambe. . . . . 1 %

si la rupture mentionnée à l'alinéa a) ou b) est associée à une perte d'amplitude des mouvements d'une articulation adjacente, on ajoute le taux correspondant à la perte d'amplitude des mouvements indiqué à l'article 3.5 (Perte d'amplitude des mouvements du genou);

- c) [abrogé] R.M. 61/2015

### 3.4 Rupture d'un ligament ou d'un autre tissu mou

Règle générale, plus la lésion ligamentaire est grave, plus la déficience est prononcée et plus le taux est élevé. La plupart des lésions ligamentaires à l'articulation du genou du premier et du deuxième degré guérissent sans laisser de séquelle fonctionnelle et, par conséquent, aucun taux ne leur est attribué.

- a) Lésion ligamentaire collatérale ou cruciforme associée à :

(i) une instabilité occasionnelle sans limitation fonctionnelle en regard des activités professionnelles ou récréatives . . . . . 2 %

(ii) une instabilité épisodique avec limitation fonctionnelle en regard des activités professionnelles ou récréatives . . . . . 7 %

(iii) une instabilité épisodique fréquente avec limitation fonctionnelle en regard de la plupart des activités professionnelles ou récréatives . . . . . 10 %

(iv) une instabilité épisodique fréquente avec restriction fonctionnelle empêchant d'accomplir toute activité professionnelle ou récréative . . . . . 15 %

- b) rupture du ménisque (médian ou latéral) . . . . . 2 %

- c) syndrome rotulien ou fémoro-patellaire post-traumatique avec manifestations objectives . . . . . 1 %

- d) lésion chondrale (confirmée par une IRM ou une arthroscopie) . . . . . 2 %

### 3.5 Perte d'amplitude des mouvements du genou

- a) Ankylose :

(i) en position vicieuse (recurvatum, varus, valgus, vice de rotation) y compris toute lésion à la rotule, tout raccourcissement du membre inférieur, toute atrophie et toute faiblesse musculaire . . . . . 20 %

(ii) en position fonctionnelle, y compris toute lésion à la rotule et tout raccourcissement de 3 cm ou moins, toute altération de l'alignement (recurvatum, varus, valgus, rotation), toute atrophie et toute faiblesse musculaire . . . . . 15 %

b) flexion :

amplitude des mouvements actifs :

(i) de 5° à 60° . . . . .	14 %
(ii) de 61° à 80° . . . . .	8 %
(iii) de 81° à 110 . . . . .	2 %
(iv) plus de 110° . . . . .	0 %

c) contracture en flexion :

amplitude des mouvements actifs à partir du point neutre (genou droit) :

(i) de moins de 5° . . . . .	0 %
(ii) de 5° à 9° . . . . .	4 %
(iii) de 10° à 20° . . . . .	8 %
(iv) plus de 20° . . . . .	14 %

3.6 Atrophie musculaire à la jambe

Atrophie musculaire à la jambe de 1,5 cm ou plus, mesurée 15 cm au-dessous du pôle inférieur de la rotule, y compris toute faiblesse résultant d'une rupture d'origine non osseuse, d'une fracture sous-jacente ou d'une affection objective du genou ou de la cheville, exclusion faite d'une ankylose . . . . . 2 %

**4. Cheville et pied**

4.1 Amputation :

a) amputation de la cheville (Symes) . . . . .	25 %
b) amputation médiotarsienne (Chopart). . . . .	18 %
c) amputation tarso-métatarsienne (Lisfranc) . . . . .	18 %
d) amputation trans-métatarsienne . . . . .	16 %
e) amputation des cinq orteils à l'articulation métacarpo-phalangienne . . . . .	9 %
f) amputation avec perte de l'extrémité distale du premier métatarse . . . . .	5 %
g) amputation de l'os du gros orteil à l'articulation métacarpo-phalangienne . . . . .	3 %
h) amputation de l'extrémité distale du cinquième métatarse . . . . .	2 %
i) amputation de gros orteil à l'articulation interphalangienne . . . . .	2 %
j) amputation partielle ou totale du 2 <sup>e</sup> , du 3 <sup>e</sup> , du 4 <sup>e</sup> et du 5 <sup>e</sup> orteil (par orteil) . . . . .	1 %

## 4.2 Fracture :

complications :

## a) fracture du tibia ou du péroné :

- (i) avec déviation de plus de 15° . . . . . 5 %
- (ii) avec déviation de 5° à 15° . . . . . 2,5 %
- (iii) avec raccourcissement de plus de 4 cm. . . . . 5 %
- (iv) avec raccourcissement de 2 à 4 cm . . . . . 3 %
- (v) avec raccourcissement de 1 à 2 cm. . . . . 1,5 %

b) nécrose avasculaire de l'astragale . . . . . 5 %

c) nécrose avasculaire du naviculaire. . . . . 3 %

d) ostéomyélite chronique d'un os quelconque du membre inférieur avec excrétions . . . . . 3 %

e) déformation post-traumatique du tarse ou du métatarse nécessitant le port d'une orthèse ou d'une chaussure spéciale . . . . . 0,5 %

f) fracture du tibia, du péroné, du tarse ou du métatarse mal guérie, sans plus de précision. . . . . 1 %

## 4.3 Rupture non osseuse :

a) rupture non osseuse complète ou fracture par arrachement au pied ou à la cheville . . . . . 2 %

b) rupture non osseuse partielle ou fracture par arrachement au pied ou à la cheville . . . . . 1 %

si la rupture mentionnée à l'alinéa a) ou b) est associée à une perte d'amplitude des mouvements d'une articulation adjacente, on ajoute le taux correspondant à la perte d'amplitude des mouvements indiqué à l'article 4.5 (Perte d'amplitude des mouvements au pied ou à la cheville);

c) rupture du tendon d'Achille . . . . . 3 %

## 4.4 Rupture d'un ligament ou d'un autre tissu mou :

a) lésion ligamentaire entraînant une instabilité chronique de la cheville . . . . . 1,5 %

## 4.5 Perte d'amplitude des mouvements au pied ou à la cheville :

## a) ankylose de la cheville ou du pied :

(i) astragalo-calcanéenne, médiotarsienne et tibio-astragaliene (pan arthrodèse) . . . . . 12 %

(ii) tibio-astragaliene jusqu'à 10° de flexion plantaire avec perte de l'inversion et de l'éversion . . . . . 8 %

(iii) astragalo-calcanéenne et médiotarsienne (triple arthrodèse) . . . . . 4 %

(iv) astragalo-calcanéenne . . . . . 3 %

(v) tarso-métatarsienne . . . . .	2,5 %
(vi) métatarso-phalangienne :	
(A) au gros orteil . . . . .	1,5 %
(B) à un autre orteil . . . . .	0,5 %
(vii) interphalangienne :	
(A) au gros orteil . . . . .	1 %
(B) à un autre orteil . . . . .	0,5 %
b) restriction de l'amplitude des mouvements :	
(i) flexion plantaire tibio-astragaliennne :	
(A) de 1° à 10° . . . . .	6 %
(B) de 11° à 20° . . . . .	3 %
(C) plus de 20° . . . . .	0 %
(ii) dorsiflexion tibio-astragaliennne :	
(A) de 0° à 10° . . . . .	3 %
(B) plus de 10° . . . . .	0 %
(iii) astragalo-calcaneenne . . . . .	2 %
(iv) médiotarsienne . . . . .	1 %
(v) orteil :	
(A) gros orteil . . . . .	0 %
(B) autre orteil . . . . .	0 %

### Sous-section 3 : colonne vertébrale

Dans les articles 1 à 4 suivants, une référence à la soudure indiquée par un « \* » comprend la soudure osseuse au moyen d'un appareil de fixation interne ou des matériaux de greffe osseuse.

#### 1. Colonne cervicale

a) *Soudure de l'articulation atlanto-occipitale (C0 et C1), y compris les altérations osseuses post-traumatiques . . . . .	6 %
b) *soudure de l'articulation atlanto-axoïdienne (C1 et C2), y compris les altérations osseuses post-traumatiques . . . . .	12 %

- c) absence d'ossification de l'apophyse odontoïde à la suite d'une fracture :
- (i) avec indices radiologiques d'instabilité (voir la table 1.1) . . . . . 6 %
  - (ii) sans indices radiologiques d'instabilité (voir la table 1.1) . . . . . 3 %
  - (iii) avec myélopathie (voir la sous-section 3 de la section 2);
- d) atteinte de l'amplitude des mouvements de l'articulation atlanto-axoïdienne (C1 et C2) à la suite d'une fracture ou d'une lésion ligamentaire, révélée par des indices de restriction de l'amplitude des mouvements à la rotation (méthode de l'inclinomètre) . . . . . 2,5 %
- e) instabilité de l'articulation atlanto-axoïdienne (C1 et C2), à la suite d'une fracture ou d'une lésion ligamentaire, avec indices radiologiques de mouvement excessif en flexion et en extension :
- (i) déplacement vers l'avant de < 5 mm . . . . . 2,5 %
  - (ii) déplacement vers l'avant de > 5 mm . . . . . 5 %
  - (iii) avec myélopathie (voir la sous-section 3 de la section 2);
- f) \*fusion des vertèbres C3 à C7, y compris les altérations osseuses post-raumatiques (laminectomie, vertébrotomie, discectomie) le cas échéant, par espace . . . . . 4 %
- g) excès d'amplitude des mouvements aux vertèbres C3 à C7, à la suite d'une lésion ligamentaire, avec indices radiologiques d'instabilité à la flexion et à l'extension (voir la table 1.1), par espace . . . . . 2 %
- h) fracture d'un corps vertébral (sans compression) :
- (i) avec indices radiologiques d'instabilité (voir la table 1.1) . . . . . 6 %
  - (ii) sans indices radiologiques d'instabilité (voir la table 1.1) . . . . . 3 %
  - (iii) avec myélopathie (voir la sous-section 3 de la section 2);
- i) fracture-compression d'un corps vertébral avec indices radiologiques d'instabilité à la flexion et à l'extension (voir la table 1.1) :
- (i) diminution de la hauteur de plus de 50 % . . . . . 6 %
  - (ii) diminution de la hauteur de 25 % à 50 % . . . . . 4 %
  - (iii) diminution de la hauteur de moins de 25 % . . . . . 2 %
- j) fracture-compression d'un corps vertébral sans indices radiologiques d'instabilité à la flexion et à l'extension (voir la table 1.1), y compris toute restriction d'amplitude des mouvements :
- (i) diminution de la hauteur de plus de 50 % . . . . . 3 %
  - (ii) diminution de la hauteur de 25 % à 50 % . . . . . 2 %
  - (iii) diminution de la hauteur de moins de 25 % . . . . . 1 %

**2. Colonne dorsale**

a) Fracture-compression d'un corps vertébral avec indices radiologiques d'instabilité à la flexion et à l'extension (voir la table 1.1) :

- (i) diminution de la hauteur de plus de 50 % . . . . . 6 %
- (ii) diminution de la hauteur de 25 % à 50 % . . . . . 4 %
- (iii) diminution de la hauteur de moins de 25 % . . . . . 2 %

b) fracture-compression d'un corps vertébral sans indices radiologiques d'instabilité à la flexion et à l'extension (voir la table 1.1), y compris toute restriction d'amplitude des mouvements :

- (i) diminution de la hauteur de plus de 50 % . . . . . 4 %
- (ii) diminution de la hauteur de 25 % à 50 % . . . . . 2 %
- (iii) diminution de la hauteur de moins de 25 % . . . . . 1 %

c) \* fusion de deux vertèbres dorsales adjacentes, ou plus, y compris les altérations osseuses post-traumatiques (laminectomie, vertèbrectomie, discectomie) le cas échéant, par espace. . . . . 4 %

d) fracture d'un corps vertébral (sans compression) :

- (i) avec indices radiologiques d'instabilité (voir la table 1.1) . . . . . 6 %
- (ii) sans indices radiologiques d'instabilité (voir la table 1.1) . . . . . 3 %
- (iii) avec myélopathie (voir la sous-section 3 de la section 2);

e) excès d'amplitude des mouvements à la suite d'une lésion ligamentaire, avec indices radiologiques d'instabilité à la flexion et à l'extension (voir la table 1.1), par espace. . . . . 2 %

f) excès d'amplitude des mouvements à la suite d'une fracture ou d'une luxation costo-vertébrale, y compris toute restriction d'amplitude des mouvements ou indices radiologiques d'instabilité, par segment médullaire . . . . . 0,5 %

**3. Colonne lombaire**

a) fracture-compression d'un corps vertébral avec indices radiologiques d'instabilité à la flexion et à l'extension (voir la table 1.1) :

- (i) diminution de la hauteur de plus de 50 % . . . . . 6 %
- (ii) diminution de la hauteur de 25 % à 50 % . . . . . 4 %
- (iii) diminution de la hauteur de moins de 25 % . . . . . 2 %

b) fracture-compression d'un corps vertébral sans indices radiologiques d'instabilité à la flexion et à l'extension (voir la table 1.1), y compris toute restriction d'amplitude des mouvements :

- (i) diminution de la hauteur de plus de 50 % . . . . . 3 %
- (ii) diminution de la hauteur de 25 % à 50 % . . . . . 2 %
- (iii) diminution de la hauteur de moins de 25 % . . . . . 1 %

- c) \*fusion de deux vertèbres lombaires adjacentes, ou plus, y compris les altérations osseuses post-traumatiques (laminectomie, vertébroectomie, discectomie) le cas échéant, par espace. . . . . 4 %
- d) fracture d'un corps vertébral (sans compression) :
  - (i) avec indices radiologiques d'instabilité (voir la table 1.1) . . . . . 6 %
  - (ii) sans indices radiologiques d'instabilité (voir la table 1.1) . . . . . 3 %
  - (iii) avec myélopathie (voir la sous-section 3 de la section 2);
- e) excès d'amplitude des mouvements à la suite d'une lésion ligamentaire, avec indices radiologiques d'instabilité à la flexion et à l'extension (voir la table 1.1), par espace . . . . . 2 %

**4. Autres déficiences de la colonne vertébrale**

- a) Altération post-traumatique d'un disque intervertébral (hernie discale, dislocation discale interne, infection de l'espace intersomatique vertébral, discectomie), y compris toute restriction de l'amplitude des mouvements et les indices radiologiques d'instabilité, par segment médullaire :
  - (i) avec myélopathie (voir la sous-section 3 de la section 2),
  - (ii) avec radiculopathie (voir la sous-section 4 de la section 2),
  - (iii) sans myélopathie ni radiculopathie. . . . . 3 %
- b) laminectomie totale, y compris perte des lames vertébrales et des apophyses épineuses, avec indices radiologiques d'instabilité ou de restriction de l'amplitude des mouvements (voir la table 1.1), par segment médullaire . . . . . 2 %
- c) laminectomie partielle, laminotomie ou foraminotomie, avec préservation d'une lame vertébrale, par segment médullaire . . . . . 1 %
- d) altération post-traumatique d'une apophyse épineuse, d'une apophyse transverse, d'une lame ou d'une articulation zygapophysaire, à la suite d'une fracture, d'une spondylolyse ou d'une pseudarthrose, y compris tout indice radiologique d'instabilité ou de restriction de l'amplitude des mouvements (voir la table 1.1), par segment médullaire. . . . . 0,5 %
- e) altération post-traumatique du coccyx avec ou sans coccygectomie . . . . . 0,5 %

**Table 1.1**

Vertèbres	Déplacement en mm
C1 et C2	voir ci-dessus
De C3 à C7	3,5
De T1 à L4	5
de L5 à S1	5

**SECTION 2 : SYSTÈMES NERVEUX CENTRAL ET PÉRIPHÉRIQUE**

**1. Définitions**

Les définitions qui suivent s'appliquent à la présente section.

« **dysréflexie autonome** » Trouble des réflexes du système nerveux autonome associé à la quadriplégie ou à la paraplégie attribuable à une lésion au-dessus de la vertèbre T6, et qui peut entraîner une élévation soudaine et prolongée de la tension artérielle. ("autonomic dysreflexia")

« **paraplégie** » Lésion neurologique touchant le tronc et les membres inférieurs (mais non les membres supérieurs et la tête), et qui se manifeste par une perte sensorielle et un trouble moteur (force et commande) au-dessous du niveau neurologique de la lésion. Cette affection est associée à certains types de lésions de la moelle épinière. La paraplégie peut être totale ou partielle. ("paraplegia")

« **quadriplégie** » Lésion neurologique touchant les membres supérieurs et les membres inférieurs, et qui se manifeste par une perte sensorielle et un trouble moteur (force et commande) au-dessous du niveau neurologique de la lésion. Cette affection est associée à certains types de lésions de la moelle épinière. La quadriplégie peut être totale ou partielle. ("quadriplegia")

**Sous-section 1 : Crâne, cerveau et carotides**

**1. Altération du tissu cérébral**

1.1 Contusion ou commotion cérébrale :

- a) mineure (amnésie post-traumatique [APT] < 30 min ou perte de conscience [PDC] < 5 min) . 0,5 %
- b) modérée (APT > 30 min et < 24 h ou PDC > 5 min et < 1 h) . . . . . 2 %
- c) majeure (APT > 24 h ou PDC > 1 h) . . . . . 5 %
- d) syndrome post-commotionnel (voir les articles 4.6, 4.7 et 4.9 de cette sous-section).

1.2 Altération tissulaire post-traumatique :

- a) avec lacération ou hématome cérébral . . . . . 2 %
- b) avec hématome épidural . . . . . 2 %
- c) avec hématome sous-dural . . . . . 2 %
- d) avec hémorragie sous arachnoïdienne . . . . . 5 %
- e) avec fuite de liquide céphalo-rachidien (LCR) par un sinus de la face ou un conduit auditif externe, y compris toute élévation, craniotomie, craniectomie ou plastie . . . . . 5 %
- f) avec indices d'encéphalomalacie ou de lésions axonales ou de cisaillement . . . . . 5 %

**2. Altération du crâne**

2.1 Altération osseuse post-traumatique :

- a) à la suite d'une fracture linéaire à la base du crâne . . . . . 2 %
- b) à la suite d'une fracture linéaire à la voûte du crâne . . . . . 1 %

c) à la suite d'une craniotomie ou d'une craniectomie . . . . . 2 %

d) à la suite d'une trépanation, par incision . . . . . 0,5 %

## 2.2 Déformation osseuse consécutive à une fracture de la voûte crânienne avec enfoncement :

a) sans déchirure de la dure-mère :

(i) nécessitant une craniectomie et une cranioplastie, y compris  
l'élévation . . . . . 4 %

(ii) nécessitant l'élévation . . . . . 2 %

(iii) ne nécessitant aucune élévation. . . . . 1 %

b) avec déchirure de la dure-mère :

(i) avec hémorragie (voir l'article 2.1 de cette sous-section)

(ii) avec lésion vasculaire (voir l'article 3.1 de cette sous-section)

## 3. Altération de l'apport sanguin au cerveau

### 3.1 Occlusion de la carotide interne :

a) occlusion de la carotide interne . . . . . 10 %

b) avec hémiplégie (voir la sous-section 2).

### 3.2 Sténose de la carotide interne :

a) plus de 70 % . . . . . 8 %

b) de 50 % à 70 % . . . . . 5 %

c) moins de 50 % . . . . . 2 %

d) avec hémiplégie (voir la sous-section 2).

### 3.3 Hydrocéphalie :

a) ne nécessitant pas de dérivation du liquide céphalo-rachidien . . . . . 5 %

b) nécessitant une dérivation du liquide céphalo-rachidien . . . . . 15 %

## 4. Altération fonctionnelle du cerveau

### 4.1 Fonction du membre supérieur :

a) incapacité de se servir des deux membres supérieurs pour les soins personnels avec indices de  
dysfonctionnement neurologique distal et proximal des deux membres supérieurs . . . . . 80 %

b) incapacité de se servir d'un membre supérieur pour les soins personnels avec indices de  
dysfonctionnement neurologique distal et proximal du membre supérieur . . . . . 60 %

- c) difficulté à se servir des deux membres supérieurs pour les soins personnels avec indices de dysfonctionnement neurologique distal et proximal des deux membres supérieurs . . . . . 50 %
- d) difficulté à se servir d'un membre supérieur pour les soins personnels avec indices de dysfonctionnement neurologique distal et proximal du membre supérieur. . . . . 40 %
- e) difficulté à manipuler des objets; trouble de la préhension de seulement un membre supérieur, sans que l'autonomie en regard des soins personnels soit compromise . . . . . 30 %
- f) difficulté à manipuler des objets; aucun trouble de la préhension de l'un ou l'autre membre supérieur; l'autonomie en regard des soins personnels n'est pas compromise . . . . . 20 %
- g) maladresse du membre supérieur (tremblement, dysmétrie, dysdiadococinésie); trouble de la préhension de seulement un membre supérieur; l'autonomie en regard des soins personnels n'est pas compromise . . . . . 15 %
- h) maladresse du membre supérieur (tremblement, dysmétrie, dysdiadococinésie); aucun trouble de la préhension de l'un ou l'autre membre supérieur; l'autonomie en regard des soins personnels n'est pas compromise . . . . . 10 %

#### 4.2 Évaluation de la station debout et de la démarche :

- a) incapacité à se tenir debout ou à marcher . . . . . 50 %
- b) capacité à se tenir debout, mais démarche difficile ou incapacité à marcher . . . . . 40 %
- c) difficulté modérée à monter et à descendre les escaliers, ou à marcher sur des surfaces inégales ou accidentées . . . . . 15 %
- d) légère difficulté à marcher . . . . . 5 %

#### 4.3 Fonction vésicale :

- a) incontinence ou rétention urinaires :
  - (i) perte totale de maîtrise des sphincters . . . . . 20 %
  - (ii) perte partielle de maîtrise des sphincters . . . . . 10 %
  - (iii) fréquence des mictions, retard à la miction . . . . . 3 %
- b) altération de la vessie avec entéro-cystoplastie . . . . . 10 %
- c) altération de la vessie sans entéro-cystoplastie . . . . . 3 %
- d) déficience de la fonction rénale de classe 1, 2 ou 3 (voir l'article 2 de la section 5).

## 4.4 Fonction ano-rectale :

- a) perte de contrôle totale. . . . . 10 %
- b) contrôle restreint . . . . . 5 %

## 4.5 Dysfonction sexuelle

- a) classe 1 – fonction sexuelle possible; difficulté au niveau de l'érection ou de l'éjaculation chez l'homme ou prise de conscience, excitation ou lubrification insuffisante chez l'homme ou chez la femme . . . . . 5 %
- b) classe 2 – fonction sexuelle réflexe possible; aucune prise de conscience . . . . . 10 %
- c) classe 3 – infertilité et absence totale de fonction sexuelle ou l'un de ces troubles . . . . . 15 %

## 4.6 Troubles de la communication (notamment la dysphasie, l'aphasie, l'alexie, l'agraphie ou l'acalculie) :

- a) trouble de la communication causant une incapacité totale à comprendre et à s'exprimer. . . . . 95 %
- b) trouble de la communication n'ayant aucune conséquence sur la capacité à comprendre les symboles linguistiques, mais interférant considérablement avec la capacité de s'exprimer de façon appropriée ou suffisante. . . . . 70 %
- c) trouble de la communication n'ayant aucune conséquence sur la capacité à comprendre les symboles linguistiques, mais interférant modérément avec la capacité de s'exprimer de façon appropriée ou suffisante . . . . . 40 %
- d) trouble de la communication entraînant des difficultés mineures. . . . . 10 %

## 4.7 Altérations de l'état de conscience (épilepsie post-traumatique, syncope, cataplexie, narcolepsie et autres troubles neurologiques et altérations de l'état de conscience) :

- a) altération de l'état de conscience (stupeur, coma ou autres troubles et perturbations, y compris les effets indésirables des médicaments) qui empêche l'accomplissement des activités de la vie quotidienne au point de nécessiter une surveillance constante en établissement ou en milieu clos . . . . . 100 %
- b) altération de l'état de conscience, y compris les effets indésirables des médicaments, qui interfère avec l'accomplissement des activités de la vie quotidienne au point de nécessiter une surveillance périodique en établissement ou en milieu clos (au moins 50 % du temps) . . . . . 70 %
- c) altération de l'état de conscience, y compris les effets indésirables des médicaments, qui interfère avec l'accomplissement des activités de la vie quotidienne au point de nécessiter une surveillance périodique en établissement ou en milieu clos (moins de 50 % du temps) . . . . . 35 %
- d) altération de l'état de conscience, y compris les effets indésirables des médicaments, qui interfère avec l'accomplissement des activités de la vie quotidienne au point de nécessiter une surveillance mais non le placement en établissement ou en milieu clos. . . . . 15 %
- e) altération de l'état de conscience, y compris les effets indésirables des médicaments, qui interfère avec l'accomplissement des activités de la vie quotidienne mais qui ne nécessite pas une surveillance . . . . . 10 %

4.8 Trouble de la vision :

taux selon la section 4.

4.9 Altérations des fonctions cognitives supérieures ou des fonctions intégratives du cerveau (syndrome cérébral organique, démence et déficiences neurologiques) :

- a) altération des fonctions cognitives supérieures ou des fonctions intégratives du cerveau, y compris les effets indésirables des médicaments, qui empêche l'accomplissement des activités de la vie quotidienne au point de nécessiter une surveillance constante en établissement ou en milieu clos . . . . . 100 %
- b) altération des fonctions cognitives supérieures ou des fonctions intégratives du cerveau, y compris les effets indésirables des médicaments, qui interfère avec l'accomplissement des activités de la vie quotidienne au point de nécessiter une surveillance périodique en établissement ou en milieu clos (au moins 50 % du temps) . . . . . 80 %
- c) altération des fonctions cognitives supérieures ou des fonctions intégratives du cerveau, y compris les effets indésirables des médicaments, qui interfère avec l'accomplissement des activités de la vie quotidienne au point de nécessiter une surveillance périodique en établissement ou en milieu clos (moins de 50 % du temps) . . . . . 45 %
- d) altération des fonctions cognitives supérieures ou des fonctions intégratives du cerveau, y compris les effets indésirables des médicaments, qui interfère avec l'accomplissement des activités de la vie quotidienne au point de nécessiter une surveillance mais non le placement en établissement ou en milieu clos . . . . . 15 %
- e) altération des fonctions cognitives supérieures ou des fonctions intégratives du cerveau, y compris les effets indésirables des médicaments, qui interfère avec l'accomplissement des activités de la vie quotidienne mais qui ne nécessite pas une surveillance . . . . . 5 %

4.10 Affection du système endocrinien :

taux selon la section 9.

**Sous-section 2 : moelle épinière**

Les lésions médullaires se classifient selon l'échelle de l'American Spinal Injury Association (ASIA) comme suit :

- a) classe A de l'ASIA – perte fonctionnelle totale : perte totale de la sensibilité et de la fonction motrice au-dessous du niveau neurologique de la lésion (y compris les segments de la région sacrée);
- b) classe B de l'ASIA – perte partielle de la sensibilité : perte de la fonction motrice avec maintien de la sensibilité au-dessous du niveau neurologique, y compris les segments sacrés S4-S5 (sensibilité au tact ou à la piqûre dans les segments S4-S5 ou sensation anale profonde) et perte totale de la fonction motrice au moins trois niveaux au-dessous du niveau de la fonction motrice d'un côté du corps.
- c) classe C de l'ASIA – perte fonctionnelle partielle : perte partielle de la fonction motrice au-dessous du niveau neurologique de la lésion, la déficience de la plupart des muscles clés étant à un degré inférieur à 3;
- d) classe D de l'ASIA – perte fonctionnelle partielle : perte partielle de la fonction motrice au-dessous du niveau neurologique de la lésion, la déficience de la plupart des muscles clés étant de 3 ou plus;
- e) classe E de l'ASIA – normal : aucune perte sensorielle ni motrice.

La table des indices de la fonction motrice constitue un système de pointage permettant d'évaluer une déficience de la fonction motrice. Il s'agit d'attribuer à chaque muscle clé un nombre de 1 à 5 selon la fonction motrice résiduelle, le nombre 5 correspondant à la fonction normale du muscle.

<b>Droit</b>	<b>Muscle clé</b>	<b>Gauche</b>
5	C5	5
5	C6	5
5	C7	5
5	C8	5
5	T1	5
5	L2	5
5	L3	5
5	L4	5
5	L5	5
5	S1	5
50		50

Pointage total = 100 (pointage maximal)

Les renseignements qui suivent sont essentiels pour fixer le taux attribuable à une déficience consécutive à une lésion médullaire :

- a) le niveau segmentaire de la lésion médullaire (c'est-à-dire l'endroit où il y a eu fracture ou luxation le cas échéant);
- b) le niveau neurologique de la lésion (correspondant aux déficiences motrices et sensitives révélées par l'examen physique des deux côtés du corps);
- c) la question de savoir si la lésion entraîne une perte totale ou partielle;
- d) la classe de l'ASIA;

e) l'indice de déficience motrice.

### 1. Quadriplégie totale ou paraplégie (classe A de l'ASIA)

1.1 Quadriplégie, y compris toute déficience anatomique et physiologique propre à cette affection, ainsi que toute déficience vertébro-médullaire et toute greffe, le cas échéant :

- a) niveau C5 ou plus haut . . . . . 100 %
- b) niveau C6 . . . . . 95 %
- c) niveau C7 . . . . . 90 %
- d) niveau C8 ou T1 . . . . . 85 %

1.2 Paraplégie, y compris toute déficience anatomique et physiologique propre à cette affection, ainsi que toute déficience vertébro-médullaire et toute greffe, le cas échéant :

- a) niveau T2 à T7 . . . . . 80 %
- b) au-dessous de T7 . . . . . 75 %
- c) niveau du cône médullaire et de la queue de cheval. . . . . 70 %

### 2. Quadriplégie partielle ou paraplégie avec perte partielle ou sans perte de la sensibilité, et perte totale de la fonction motrice (classe B de l'ASIA)

2.1 Quadriplégie, y compris toute déficience anatomique et physiologique propre à cette affection, ainsi que toute déficience vertébro-médullaire et toute greffe, le cas échéant :

- a) niveau C5 ou plus haut . . . . . 95 %
- b) niveau C6 . . . . . 90 %
- c) niveau C7 . . . . . 85 %
- d) niveau C8 ou T1 . . . . . 80 %

2.2 Paraplégie, y compris toute déficience anatomique et physiologique propre à cette affection, ainsi que toute déficience vertébro-médullaire et toute greffe, le cas échéant :

- a) niveau T2 à T7 . . . . . 75 %
- b) au-dessous de T7 . . . . . 70 %
- c) niveau du cône médullaire et de la queue de cheval. . . . . 65 %

### 3. Quadriplégie partielle ou paraplégie avec perte partielle de la fonction motrice, et avec ou sans perte de la sensibilité (classe C et D de l'ASIA)

3.1 Fonction du membre supérieur :

- a) incapacité de se servir des deux membres supérieurs pour les soins personnels avec indices de dysfonctionnement neurologique distal et proximal des deux membres supérieurs . . . . . 80 %

- b) incapacité de se servir d'un membre supérieur pour les soins personnels avec indices de dysfonctionnement neurologique distal et proximal du membre supérieur . . . . . 60 %
- c) difficulté à se servir des deux membres supérieurs pour les soins personnels avec indices de dysfonctionnement neurologique distal ou proximal des deux membres supérieurs . . . . . 50 %
- d) difficulté à se servir d'un membre supérieur pour les soins personnels avec indices de dysfonctionnement neurologique distal ou proximal du membre supérieur . . . . . 40 %
- e) difficulté à manipuler des objets; trouble de la préhension de seulement un membre supérieur, sans que soit compromise l'autonomie en regard des soins personnels . . . . . 30 %
- f) difficulté à manipuler des objets; aucun trouble de la préhension de l'un ou l'autre membre supérieur; l'autonomie en regard des soins personnels n'est pas compromise . . . . . 20 %
- g) maladresse du membre supérieur (tremblement, dysmétrie, dysdiadococinésie); trouble de la préhension de seulement un membre supérieur, sans que soit compromise l'autonomie en regard des soins personnels. . . . . 15 %
- h) maladresse du membre supérieur (tremblement, dysmétrie, dysdiadococinésie); aucun trouble de la préhension de l'un ou l'autre membre supérieur; l'autonomie en regard des soins personnels n'est pas compromise . . . . . 10 %

### 3.2 Évaluation de la station debout et de la démarche :

- a) incapacité à se tenir debout ou à marcher . . . . . 50 %
- b) capacité à se tenir debout, mais démarche difficile ou incapacité à marcher . . . . . 40 %
- c) difficulté modérée à monter et à descendre les escaliers, ou à marcher sur des surfaces inégales ou accidentées . . . . . 15 %
- d) légère difficulté à marcher . . . . . 5 %

### 3.3 Fonction vésicale :

- a) incontinence ou rétention urinaires :
  - (i) perte totale de maîtrise des sphincters . . . . . 20 %
  - (ii) perte partielle de maîtrise des sphincters . . . . . 10 %
  - (iii) fréquence des mictions, retard à la miction . . . . . 3 %
- b) altération de la vessie avec entéro-cystoplastie . . . . . 10 %
- c) altération de la vessie sans entéro-cystoplastie . . . . . 3 %
- d) déficience de la fonction rénale de classe 1, 2 ou 3 (voir l'article 2 de la section 5).

3.4 Fonction ano-rectale :

- a) perte de contrôle totale. . . . . 10 %
- b) contrôle restreint . . . . . 5 %

3.5 Dysfonction sexuelle :

- a) classe 1 – fonction sexuelle possible; difficulté au niveau de l'érection ou de l'éjaculation chez l'homme ou prise de conscience, excitation ou lubrification insuffisante chez l'homme ou chez la femme. . . . . 5 %
- b) classe 2 – fonction sexuelle réflexe possible; aucune prise de conscience . . . . . 10 %
- c) classe 3 – infertilité et absence totale de fonction sexuelle ou l'un de ces troubles . . . . . 15 %

3.6 Dysréflexie autonome :

- a) traitement pharmaceutique . . . . . 5 %
- b) survenue fréquente avec traitement pharmaceutique . . . . . 15 %

3.7 Déficience de la fonction respiratoire de classe 1, 2, 3 ou 4 (voir l'article 2 de la section 6).

**Sous-section 3 : nerfs crâniens****1. Nerfs olfactifs (droit et gauche)**

- a) Perte totale (éliminer l'anosmie fonctionnelle par le test à l'ammoniac) . . . . . 2 %
- b) anomalie du sens de l'odorat (dans ce cas, ajouter au pourcentage ci-dessus) :
- (i) désagréable mais sans compromettre l'autonomie en regard des activités de la vie quotidienne (AVQ) (par ex. manger). . . . . 0 %
- (ii) désagréable et compromet parfois l'autonomie en regard des AVQ (par ex. manger) . . . . . 2 %
- (iii) désagréable et compromet sans cesse l'autonomie en regard des AVQ (par ex. manger) . . . 4 %

**2. Nerf optique et voies visuelles (voir la sous-section 5 de la section 3)****3. Nerf moteur oculaire commun (gauche et droit) et innervation parasympathique des yeux**

- a) Ptose :
- (i) chute de la paupière qui ne recouvre pas la pupille . . . . . 0,5 %
- (ii) la paupière recouvre partiellement la pupille, ce qui compromet la vision . . . . . 2 %
- (iii) totale . . . . . 4 %
- (iv) totale et bilatérale . . . . . 25 %
- (v) s'il est impossible de corriger par chirurgie ou appareillage, attribuer un taux équivalent à celui utilisé pour la cécité;
- b) dilatation des pupilles :
- (i) si symptomatique (photophobie, vision trouble). . . . . 1 %
- c) diplopie :
- (i) position du regard dans une direction autre que vers l'avant – traitement possible avec prismes correcteurs . . . . . 2 %
- (ii) position du regard dans une direction autre que vers l'avant – impossible à traiter avec prismes correcteurs . . . . . 6 %
- (iii) position spontanée du regard – traitement possible avec prismes correcteurs . . . . . 4 %
- (iv) position spontanée du regard – impossible à traiter avec prismes correcteurs . . . . . 8 %

**4. Nerf pathétique et nerf moteur oculaire externe**

a) Diplopie (voir la section 4 – Vision)

NOTE : Un dysfonctionnement combiné de ces trois nerfs (relativement à la diplopie) ne justifie pas une addition de pourcentages, même si la diplopie est bilatérale (la déficience étant le défaut de fusion).

**5. Trijumeau**

Obtenir le total en additionnant les taux. Si bilatéral, ajouter un taux pour chaque côté.

a) Moteur (unilatéral ou bilatéral) :

- (i) faiblesse détectable sans déficit fonctionnel . . . . . 1 %
- (ii) faiblesse avec difficulté consécutive à la mastication . . . . . 2 %
- (iii) faiblesse avec difficulté consécutive à la déglutition . . . . . 5 %
- (iv) faiblesse avec trouble d'élocution consécutif . . . . . 3 %
- (v) faiblesse et défaut d'alignement avec douleur consécutive . . . . . 5 %
- (vi) mouvement dystonique de la mâchoire ou autre mouvement involontaire de la mâchoire :
  - (A) léger ou ne nécessitant aucun traitement . . . . . 2 %
  - (B) modéré et possible à traiter . . . . . 5 %
  - (C) grave et impossible à traiter, avec douleur . . . . . 10 %

b) sensitif – établir le taux selon la table suivante :

	<b>Classe 1 Sans déficit</b>	<b>Classe 2 hypoesthésie</b>	<b>Classe 3 perte totale</b>
V1 (y compris L'CEIL)	0 %	2 %	5 %
V2	0 %	1 %	3 %
V3	0 %	1 %	3 %

c) avec douleur associée (dysesthésie douloureuse ou névralgie typique) :

- (i) traitement pharmaceutique . . . . . 2 %
- (ii) traitement pharmaceutique partiellement efficace, ou sans déficit fonctionnel . . . . . 3 %
- (iii) traitement pharmaceutique inefficace et déficit fonctionnel . . . . . 10 %

**6. Nerf facial**

## a) Moteur :

## (i) faiblesse stapédienne :

(A) perte du réflexe stapédien avec sonophobie . . . . . 2 %

## (ii) faiblesse faciale :

(ajouter 2 % si la faiblesse entraîne une difficulté à manger)

(ajouter 2 % si la faiblesse entraîne un trouble d'élocution)

(A) classe 1 : aucune faiblesse . . . . . 0 %

(B) classe 2 : faiblesse avec fermeture complète des yeux . . . . . 2 %

(C) classe 3 : faiblesse avec fermeture incomplète des yeux . . . . . 4 %

(D) classe 4 : paralysie presque totale . . . . . 6 %

(E) classe 5 : paralysie totale . . . . . 8 %

(iii) syncinésie faciale . . . . . 1 %

(iv) spasmes de l'hémiface . . . . . 3 %

si la faiblesse faciale est associée à une modification de la forme et de la symétrie (voir la section 13 – Peau);

## b) sensitif :

(i) perte de sensibilité du conduit auditif externe . . . . . 0 %

## c) larmoiement :

(i) yeux secs, gouttes non nécessaires . . . . . 0,5

(ii) yeux secs, gouttes nécessaires . . . . . 2 %

(iii) larmoiement excessif (larmes de crocodile) . . . . . 1 %

## d) salivation :

(i) dysfonctionnement avec sécheresse de la bouche consécutive . . . . . 1 %

## e) goût :

(i) perte partielle (confirmation clinique très difficile) . . . . . 0,5 %

(ii) perte totale (lésion bilatérale) . . . . . 2 %

(iii) anomalie [dans ce cas, ajouter au taux établi au sous-alinéa (i) ou (ii)] :

(A) désagréable, mais non distrayant. . . . .	1 %
(B) désagréable, et compromettant occasionnellement l'accomplissement des AVQ (par ex. manger) . . . . .	2 %
(C) désagréable, et compromettant constamment l'accomplissement des AVQ (par ex. manger) . . . . .	4 %

## 7. Nerf auditif

a) Acoustique (section cochléaire) : perte du sens de l'audition et tinnitus (voir la section 12 – Appareil cochléo-vestibulaire);

(i) perte du sens de l'audition (voir la section 12 – Appareil cochléo-vestibulaire),

(ii) tinnitus :

(A) léger (classe 1) : bénin; inconstant; uniquement désagréable dans un endroit silencieux . . . . .	0,5 %
(B) modéré (classe 2) : plus que léger; constant; pire dans un endroit silencieux; nuit à la concentration; nuit au sommeil . . . . .	1 %
(C) grave (classe 3) : dérange beaucoup le patient; difficulté à se concentrer, trouble du sommeil, compromet l'accomplissement des AVQ . . . . .	2 %

dans le cas d'un tinnitus de classe 2 ou de classe 3, ce dernier doit être constant pendant plus de 3 mois consécutifs;

b) section vestibulaire (voir la section 12 – Appareil cochléo-vestibulaire).

## 8. Glosso-pharyngien, vagal et hypoglosse

a) Dysphagie (difficulté à la déglutition) (voir la section 3 – Système maxillo-facial, gorge et éléments associés);

b) dysphonie, dysarthrie (trouble de la parole) (voir la section 3 – Système maxillo-facial, gorge et éléments associés);

c) névralgie :

(i) traitement pharmaceutique . . . . .	2 %
(ii) traitement pharmaceutique partiellement efficace, ou sans déficit fonctionnel . . . . .	3 %
(iii) traitement pharmaceutique inefficace, et déficit fonctionnel . . . . .	10 %

d) dysphonie spasmodique : taux établi selon le degré de dysphonie (voir ci-dessus).

**9. Spinal accessoire**

- a) Muscles atrophiés et faiblesse . . . . . 2 %
- b) dystonie cervicale (torticolis spasmodique) :
  - (i) déviation du cou et de la tête :
    - (A) légère : sans déficit fonctionnel, gêne sociale . . . . . 5 %
    - (B) modérée : compromet l'accomplissement de certaines tâches (par ex. conduire) . . . . . 10 %
    - (C) grave : compromet l'accomplissement des AVQ. . . . . 15 %

**Sous-section 4 : système nerveux périphérique**

Les déficiences motrices et sensitives sont évaluées au moyen des tables 2.1, 2.2 et 2.3, en fonction de la classification suivante :

Déficience motrice :

- a) classe 5 : aucune perte de la fonction motrice et aucune faiblesse;
- b) classe 4 : faiblesse contre une forte résistance, y compris toute atrophie musculaire;
- c) classe 3 : faiblesse contre une légère résistance, sans perte d'amplitude des mouvements contre la force de gravité, y compris toute atrophie musculaire;
- d) classe 2 : faiblesse, sans perte d'amplitude des mouvements en éliminant la force de gravité, y compris toute atrophie musculaire;
- e) classe 1 : faiblesse avec perte d'amplitude des mouvements même en éliminant la force de gravité, y compris atrophie musculaire;
- f) classe 0 : paralysie complète, y compris atrophie musculaire.

Déficience sensitive :

- a) classe 1 : aucune déficience sensitive;
- b) classe 2 : hypoesthésie, y compris dysesthésie, paresthésie, hyperesthésie (anomalie sensorielle);
- c) classe 3 : anesthésie, y compris douleur (perte sensorielle).

**1. Plexus brachial**

- a) Troncs supérieur, moyen et inférieur, avec pertes motrice et sensitive totales . . . . . 60 %
- b) tronc supérieur (syndrome de Duchesne-Erb) avec pertes motrice et sensorielle totales . . . . . 49 %
- c) tronc moyen avec pertes motrice et sensorielle totales . . . . . 23 %
- d) tronc inférieur (syndrome de Déjerine-Klumpke) avec pertes motrice et sensorielle totales. . . . . 46 %

NOTE : Le taux maximal pour une déficience neurologique du membre supérieur est de 60 %.

**2. Plexus lombo-sacré**

a) Perte motrice et sensorielle totales ..... 28 %

**3. Perte sensorielle**

Altération permanente post-traumatique de la sensibilité de la peau dans la région de la déficience de la peau post-traumatique, telle une cicatrice ou une éraflure (voir la table 3.1).

**Table 2.1 : Racines nerveuses**

Structure lésée	Déficience motrice					Déficience sensitive			
	5	4	3	2	1	0	1	2	3
Membre supérieur									
C5	s.o.	4,5 %	9 %	13,5 %	18 %	18 %	s.o.	2 %	3 %
C6	s.o.	5 %	10,5 %	16 %	21 %	21 %	s.o.	3 %	5 %
C7	s.o.	6 %	11,5 %	17 %	23 %	23 %	s.o.	2 %	3 %
C8	s.o.	7 %	14,5 %	22 %	29 %	29 %	s.o.	2 %	3 %
T1	s.o.	3,5 %	7 %	10,5 %	14 %	14 %	s.o.	2 %	3 %
Membre inférieur									
L2	s.o.	2 %	4 %	6 %	8 %	8 %	s.o.	1 %	2 %
L3	s.o.	2 %	4 %	6 %	8 %	8 %	s.o.	1 %	2 %
L4	s.o.	3,5 %	7 %	10,5 %	14 %	14 %	s.o.	1 %	2 %
L5	s.o.	4 %	7,5 %	11 %	15 %	15 %	s.o.	1 %	2 %
S1	s.o.	2 %	4 %	6 %	8 %	8 %	s.o.	1 %	2 %

**Table 2.2 : Nerfs périphériques – tête, cou et membres supérieurs**

Structure lésée	Déficience motrice						Déficience sensitive		
	5	4	3	2	1	0	1	2	3
Tête et cou									
Grand occipital	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	0,5 %	1 %
Petit occipital	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	0,5 %	1 %
Branche auriculaire, C2-C3	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	0,5 %	1 %
Membre supérieur									
Axillaire	s.o.	5 %	10,5 %	16 %	21 %	21 %	s.o.	1,5 %	3 %
Omoplate	s.o.	1 %	1,5 %	2 %	3 %	3 %	s.o.	s.o.	s.o.
Thoracique long	s.o.	2 %	4,5 %	7 %	9 %	9 %	s.o.	s.o.	s.o.
Brachial cutané interne	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	1,5 %	3 %
Accessoire du brachial Cutané interne	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	1,5 %	3 %
Médian									
Au-dessus de la portion moyenne de l'avant-bras	s.o.	6,5 %	13 %	19,5 %	26 %	26 %	s.o.	11,5 %	23 %
Interosseux antérieur	s.o.	2 %	4,5 %	7 %	9 %	9 %	s.o.	s.o.	s.o.
Au-dessous de la jonction du tiers moyen et distal de l'avant-bras	s.o.	2 %	3 %	4,5 %	6 %	6 %	s.o.	11,5 %	23 %
Branches digitales Sensorielles									
Côté radial du pouce							s.o.	2 %	4 %
Côté cubital du pouce							s.o.	3,5 %	7 %
Côté radial de l'index							s.o.	1,5 %	3 %
Côté cubital de l'index							s.o.	1 %	2 %
Côté radial du majeur							s.o.	1,5 %	3 %
Côté cubital du majeur							s.o.	1 %	2 %
Côté radial de l'annulaire							s.o.	0,5 %	1 %
Musculo-cutané	s.o.	4 %	7,5 %	11 %	15 %	15 %	s.o.	1,5 %	3 %
Pectoral (latéral)	s.o.	1 %	2 %	3 %	4 %	4 %	s.o.	s.o.	s.o.
Pectoral (médial)	s.o.	1 %	2 %	3 %	4 %	4 %	s.o.	s.o.	s.o.
Radial (triceps perdu)	s.o.	6 %	12,5 %	19 %	25 %	25 %	s.o.	1,5 %	3 %
Radial (triceps épargné)	s.o.	5 %	10,5 %	15 %	21 %	21 %	s.o.	1,5 %	3 %
Sous-scapulaire inférieur	s.o.	1 %	1,5 %	2 %	3 %	3 %	s.o.	s.o.	s.o.
Sous-scapulaire supérieur	s.o.	1 %	1,5 %	2 %	3 %	3 %	s.o.	s.o.	s.o.
Supra-scapulaire	s.o.	2,5 %	5 %	7,5 %	10 %	10 %	s.o.	1,5 %	3 %
Grand dorsal	s.o.	1,5 %	3 %	4,5 %	6 %	6 %	s.o.	s.o.	s.o.
Cubital									
(Au-dessus du tiers moyen et distal)	s.o.	7 %	14 %	21 %	28 %	28 %	s.o.	2 %	4 %
(Au-dessous de la jonction du tiers moyen et distal)	s.o.	5 %	10,5 %	16 %	21 %	21 %	s.o.	2 %	4 %
Branches digitales									
Côté cubital de l'annulaire							s.o.	0,5 %	1 %
Côté radial del'auriculaire							s.o.	0,5 %	1 %
Côté cubital de l'auriculaire							s.o.	0,5 %	1 %

**Table 2.3 : Nerfs périphériques — membres inférieurs**

Structure lésée	Déficience motrice						Déficience sensitive		
	5	4	3	2	1	0	1	2	3
Région inguinale									
Petit abdomino-génital	—	—	—	—	—	—	s.o.	2 %	4 %
Ilio-inguinal	—	—	—	—	—	—	s.o.	2 %	4 %
Cuisse, jambe et pied									
Crural	s.o.	3,5 %	7 %	10,5 %	14 %	14 %	s.o.	1 %	2 %
Fessier inférieur	s.o.	2,5 %	5 %	7,5 %	10 %	10 %	s.o.	s.o.	s.o.
Fessier supérieur	s.o.	2 %	4 %	6 %	8 %	8 %	s.o.	s.o.	s.o.
Génito-fémoral	—	—	—	—	—	—	s.o.	1 %	2 %
Latéral crural cutané	—	—	—	—	—	—	s.o.	2 %	4 %
Obturateur	s.o.	1 %	2 %	3 %	4 %	4 %	s.o.	s.o.	s.o.
Cutané postérieur de la cuisse	—	—	—	—	—	—	s.o.	1 %	2 %
Grand sciatique	s.o.	7,5 %	15 %	22,5 %	30 %	30 %	s.o.	5 %	10 %
Jambe									
Sciatique poplitée externe	s.o.	3,5 %	7 %	10,5 %	14 %	14 %	s.o.	1 %	2 %
Tibial antérieur (au-dessus du milieu de la jambe)	s.o.	4 %	5 %	7,5 %	10 %	10 %	s.o.	1 %	2 %
Tibial antérieur (au-dessous du milieu de la jambe)	s.o.	0,5 %	1 %	1,5 %	2 %	2 %	s.o.	0,5 %	1 %
Musculo-cutané de la jambe	s.o.	1 %	2 %	3 %	4 %	4 %	s.o.	1 %	2 %
Tibial									
Au-dessus du genou	s.o.	3,5 %	7 %	10,5 %	14 %	14 %	s.o.	2 %	6 %
Postérieur (au-dessus du milieu du mollet)	s.o.	2,5 %	5 %	7,5 %	10 %	10 %	s.o.	2 %	6 %
Postérieur (au-dessous du milieu du mollet)	s.o.	1,5 %	3 %	4,5 %	6 %	6 %	s.o.	1 %	6 %
Plantaire interne	s.o.	0,5 %	1 %	1,5 %	2 %	2 %	s.o.	1 %	2 %
Plantaire externe	s.o.	0,5 %	1 %	1,5 %	2 %	2 %	s.o.	1 %	2 %
Saphène externe	—	—	—	—	—	—	s.o.	1 %	2 %

**Table 3.1 : Perte sensorielle**

Classe	Symptôme ou affection	Taux
Classe 1	Anomalie sensorielle cutanée autour de la cicatrice résiduelle ou d'une partie de celle-ci	0 %
Classe 2	Altération d'une région cutanée ne correspondant pas au territoire d'un nerf périphérique	0 %
Classe 3	Altération d'une région cutanée correspondant à une partie du territoire d'un nerf périphérique défini du point de vue de l'anatomie	50 % du taux figurant aux tables 2.2 et 2.3
Classe 4	Altération d'une région cutanée correspondant au territoire typique d'un nerf périphérique défini du point de vue de l'anatomie	100 % du taux figurant aux tables 2.2 et 2.3

**SECTION 3 : SYSTÈME MAXILLO-FACIAL****Sous-section 1****1. Articulation temporo-mandibulaire****1.1 Perte d'amplitude des mouvements :**

## a) ankylose bilatérale de l'articulation temporo-mandibulaire :

(i) avant la fusion du cartilage d'accroissement des os longs ..... 40 %

(ii) après la fusion du cartilage d'accroissement des os longs ..... 30 %

## b) excursion mandibulaire (ouverture mesurée entre le bord libre de l'incisive supérieure et le bord libre de l'incisive inférieure) :

(i) ouverture actuelle de moins de 6 mm ..... 25 %

(ii) ouverture actuelle de 6 à 10 mm ..... 17 %

(iii) ouverture actuelle de 10 à 20 mm ..... 10 %

(iv) ouverture actuelle de 20 à 30 mm ..... 3 %

(v) ouverture actuelle de plus de 30 mm ..... 0 %

## c) réduction de la latéralisation :

(i) latéralisation actuelle de moins de 5 mm ..... 4 %

(ii) latéralisation actuelle de 5 à 8 mm ..... 2 %

(iii) latéralisation actuelle de plus de 8 mm ..... 0 %

## d) réduction de la protrusion :

(i) protrusion actuelle de moins de 4 mm ..... 3 %

(ii) protrusion actuelle de 4 à 7 mm ..... 1 %

(iii) protrusion actuelle de plus de 7 mm ..... 0 %

**1.2 Autres dysfonctions :**

a) altération de la forme ..... 1 %

b) déplacement avec réduction ..... 1 %

c) déplacement sans réduction ..... 2 %

d) transformation dégénérative post-traumatique ..... 2 %

e) trouble musculaire cranio-facial caractérisé par une défense musculaire protectrice ..... 1 %

**2. Maxillaire supérieur**

2.1 Perte du palais dur et de l'arcade dentaire . . . . .	20 %
2.2 Perte du palais dur . . . . .	10 %
2.3 Perte du palais mou :	
a) avec rhinolalie :	
(i) grave . . . . .	10 %
(ii) légère . . . . .	3 %
b) avec dysfonction tubaire . . . . .	3 %
c) sans rhinolalie ni dysfonction tubaire . . . . .	1 %
2.4 Perte de l'arcade dentaire :	
a) perte des tissus de soutien des dents, empêchant le port d'une prothèse amovible . . . . .	10 %
b) permettant le port d'une prothèse complexe . . . . .	4 %
c) permettant le port d'une prothèse simple . . . . .	3 %
2.5 Consolidation vicieuse du palais et de l'arcade dentaire :	
a) avec malocclusion importante et dysfonction temporo-mandibulaire . . . . .	5 %
b) avec obstruction du rinopharynx et dysfonction tubaire . . . . .	3 %
c) avec légère malocclusion . . . . .	2 %
2.6 Troubles périodontiques malgré une consolidation adéquate du palais et de l'arcade dentaire . . . . .	5 %
2.7 Pseudarthrose ou soudure vicieuse du palais et de l'arcade dentaire . . . . .	4 %

**3. Maxillaire inférieur**

3.1 Branche horizontale :	
a) pseudarthrose avec perte de tissus . . . . .	10 %
b) soudure vicieuse :	
(i) avec malocclusion et dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire . . . . .	6,5 %
(ii) avec malocclusion, mais sans dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire . . . . .	2 %

## 3.2 Perte de l'arcade dentaire :

- a) perte des tissus de soutien des dents, empêchant le port d'une prothèse amovible . . . . . 10 %
- b) permettant le port d'une prothèse complexe . . . . . 5 %
- c) permettant le port d'une prothèse simple . . . . . 4 %

## 3.3 Col du condyle (voir la sous-section 1.1 ci-dessus).

**4. Altération ou perte des dents**

## 4.1 Dents préalablement saines :

- a) incisive centrale . . . . . 1 %
- b) incisive latérale . . . . . 1 %
- c) canine . . . . . 2 %
- d) première prémolaire . . . . . 1 %
- e) deuxième prémolaire . . . . . 1 %
- f) première molaire . . . . . 2 %
- g) deuxième molaire . . . . . 2 %
- h) troisième molaire . . . . . 1 %

## 4.2 Dents préalablement non saines :

- a) incisive centrale . . . . . 0,5 %
- b) incisive latérale . . . . . 0,5 %
- c) canine . . . . . 0,5 %
- d) première prémolaire . . . . . 0,5 %
- e) deuxième prémolaire . . . . . 0,5 %
- f) première molaire . . . . . 0,5 %
- g) deuxième molaire . . . . . 0,5 %
- h) troisième molaire . . . . . 0,5 %

**Sous-section 2 : région fronto-orbito-nasale****1. Orbite**

## 1.1 Anomalie de la paroi orbitaire entraînant un déplacement de l'œil :

## a) unilatéral :

(i) léger . . . . .	1 %
(ii) modéré . . . . .	2 %
(iii) grave . . . . .	3 %

## b) bilatéral :

(i) léger . . . . .	2 %
(ii) modéré . . . . .	4 %
(iii)-grave . . . . .	6 %

une affection de l'orbite risque de provoquer un trouble de la vision consécutif (voir la section 4).

## 1.2 Rupture du canthus interne ou externe :

## a) unilatérale :

(i) mineure . . . . .	1 %
(ii) majeure . . . . .	2 %

## b) bilatérale :

(i) mineure . . . . .	1,5 %
(ii) majeure . . . . .	3 %

## 1.3 Rupture de l'appareil lacrymal :

a) unilatérale . . . . . 1 %

b) bilatérale . . . . . 2 %

## 1.4 Os malaire et apophyse zygomatique : anomalie de guérison non spécifique (par côté). . . . . 1 %

1.4.1 [Abrogé] R.M. 61/2015

1.4.2 [Abrogé] R.M. 61/2015

## 2. Déficience nasale

2.1 Obstruction au passage de l'air :

a) unilatérale . . . . . 1 %

b) bilatérale . . . . . 2 %

2.2 Dysfonction de la muqueuse nasale avec saignement, formation de croûtes et malaises consécutifs :

a) unilatérale . . . . . 1 %

b) bilatérale . . . . . 2 %

2.3 Perforation de la cloison :

a) moins de 2 cm . . . . . 0,5 %

b) 2 cm ou plus . . . . . 1 %

2.4 Altération du sens de l'olfaction (voir la sous-section 3 de la section 2 – Nerfs crâniens).

2.5 Modification de la forme et de la symétrie (voir la table 13.1, sous-section 1, section 13 – Déficience physiologique)

## 3. Sinus de la face

3.1 Altération de la paroi et de la muqueuse d'un sinus ethmoïdal ou sphénoïdal . . . . . 1,5 %

3.2 Altération de la paroi et de la muqueuse d'un sinus frontal ou maxillaire . . . . . 1 %

3.3 Altération de tout autre élément cranio-facial osseux . . . . . 1 %

## 4. Glandes salivaires

4.1 Hyposalivation : altération de la salivation suffisante pour entraîner un malaise, une difficulté à la déglutition ou un trouble d'articulation . . . . . 1 %

**Sous-section 3 : gorge et éléments associés****Déficiences multiples**

En cas de déficiences multiples dans cette sous-section, multiplier le total des taux des classes applicables par 0,7.

Exemple : (trouble respiratoire + difficulté à la déglutition + trouble de la parole) X 0,7

$$(20 \% + 10 \% + 25 \%) \times 0,7 = 38,5 \%$$

**1. Respiration**

Attribuer le taux correspondant à la classe de dysfonctionnement des voies respiratoires supérieures appropriée de la table 3.1 ci-dessous. Cette table ne s'applique qu'aux troubles respiratoires causés par un dysfonctionnement des voies respiratoire supérieures. En ce qui a trait à un trouble fonctionnel des *voies respiratoires inférieures* (voir la section 6 – Appareil respiratoire).

**Table 3.1 : Classes des déficiences relatives au passage de l'air**

<b>Classe 1 – 5 %</b>	<b>Classe 2 – 10 %*</b>	<b>Classe 3 – 15 %</b>	<b>Classe 4 – 20 %</b>	<b>Classe 5 – 25 %</b>
Persistance d'une affection confirmée relative au passage de l'air	Existence d'une affection confirmée relative au passage de l'air	Existence d'une affection confirmée relative au passage de l'air	Existence d'une affection confirmée relative au passage de l'air	Existence d'une affection confirmée relative au passage de l'air
Pas de dyspnée au repos	Pas de dyspnée au repos	Pas de dyspnée au repos	Dyspnée au repos bien que le patient ne soit pas nécessairement confiné au lit	Dyspnée importante au repos; respiration spontanée perturbée; Ventilation nécessaire
Pas de dyspnée à la marche ou en montant un escalier; possibilité d'accomplir les autres AVQ, d'affronter le stress, d'effectuer un exercice prolongé, de se hâter, de gravir une colline ou d'effectuer des activités récréatives** exigeant un effort intensif, ou l'équivalent	Pas de dyspnée à la marche sur un terrain plat; en montant au moins une volée de marches ordinaires; ou en accomplissant les autres AVQ	Dyspnée provoquée par le stress ou un exercice prolongé; en se hâtant ou en gravissant une colline; lors d'activités récréatives non sédentaires, ou d'activités équivalentes	Dyspnée à la marche après plus d'un ou de deux pâtés de maisons sur un terrain plat; après avoir monté une volée de marches ordinaires, même avec des arrêts périodiques; à l'accomplissement d'autres AVQ; après un stress, s'être hâté, avoir gravi une colline, ou effectué des activités récréatives ou des activités équivalentes	Dyspnée aggravée par l'accomplissement de toute AVQ autre que de faire sa toilette personnelle et de s'habiller, ou activités équivalentes

<b>Classe 1 – 5 %</b>	<b>Classe 2 – 10 %*</b>	<b>Classe 3 – 15 %</b>	<b>Classe 4 – 20 %</b>	<b>Classe 5 – 25 %</b>
Obstruction partielle de l'oro-pharynx, de la trachée supérieure (au 4 <sup>e</sup> anneau) de la trachée inférieure, des bronches; ou obstruction complète du nez (bilatérale) ou du rhino-pharynx	Obstruction partielle de l'oro-pharynx, du laryngo-pharynx, du larynx, de la trachée supérieure (4 <sup>e</sup> anneau), de la trachée inférieure, des bronches; ou obstruction complète du nez (bilatérale) ou du rhino-pharynx	Obstruction partielle de l'oro-pharynx, du laryngo-pharynx, du larynx, de la trachée supérieure (4 <sup>e</sup> anneau) de la trachée inférieure ou des bronches	Obstruction partielle de l'oro-pharynx, du laryngo-pharynx, du larynx, de la trachée supérieure (4 <sup>e</sup> anneau), de la trachée inférieure, ou des bronches	Obstruction partielle de l'oro-pharynx, du laryngo-pharynx, du larynx, de la trachée supérieure (4 <sup>e</sup> anneau), de la trachée inférieure, ou des bronches

\* Il faut attribuer 25 % au total à un patient avec stomate ou trachéotomie permanente fonctionnelle.

\*\* La restriction prophylactique d'une activité, telle qu'un sport de compétition exigeant, n'exclut pas un patient de la classe 1.

**2. Mastication et déglutition**

2.1 Restriction alimentaire :

- a) classe 1 : diète limitée aux aliments mous ou semi-solides. . . . . 5 %
- b) classe 2 : diète limitée aux aliments liquides. . . . . 10 %
- c) classe 3 : alimentation par gastrotomie ou tube gastrique . . . . . 25 %

**3. Goût**

- 3.1 Perte mineure du goût. . . . . 0,5 %
- 3.2 Perte majeure du goût . . . . . 1 %

**4. Trouble de la parole (voir la table 3.2)**

**Table 3.2 : Trouble de la parole**

<b>Classe du déficit</b>	<b>Audibilité</b>	<b>Intelligibilité</b>	<b>Rendement fonctionnel</b>	<b>Taux</b>
Classe 1	Peut s'exprimer assez fort pour la plupart de ses communications de tous les jours, bien que cela lui demande quelque effort et s'avère parfois impossible.	Peut articuler assez pour la plupart de ses communications de tous les jours bien qu'il arrive qu'on lui demande de répéter; le patient peut trouver difficile ou impossible de produire certains phonèmes.	Articule assez bien et s'exprime assez fort pour ses conversations de tous les jours, avec une vitesse et une facilité d'élocution suffisantes; hésitations ou ralentissements occasionnels.	5 %

<b>Classe du déficit</b>	<b>Audibilité</b>	<b>Intelligibilité</b>	<b>Rendement fonctionnel</b>	<b>Taux</b>
Classe 2	Peut s'exprimer assez fort pour un grand nombre de ses communications de tous les jours; il est généralement possible de l'entendre dans des conditions habituelles, mais risque d'éprouver de la difficulté en voiture, en autobus, dans un train, une gare, un restaurant, etc.	Peut articuler assez bien pour un grand nombre de ses communications de tous les jours; peut dire les noms, les adresses, etc.; peut être compris par des étrangers, mais se trompe fréquemment et a parfois de la difficulté à articuler.	Articule assez et s'exprime assez fort pour ses conversations de tous les jours, avec une vitesse et une facilité d'élocution suffisantes; donne parfois l'impression d'avoir de la difficulté à parler, ou parle de façon discontinuée, interrompue, hésitante ou lente.	10 %
Classe 3	Peut s'exprimer assez fort pour certaines de ses communications de tous les jours telles qu'une conversation rapprochée; éprouve beaucoup de difficulté dans les endroits bruyants mentionnés ci-dessus; la voix se fatigue rapidement et tend à devenir inaudible après quelques secondes	Peut articuler assez pour certaines de ses communications de tous les jours; est habituellement capable de converser avec des membres de sa famille ou des amis; les étrangers peuvent avoir de la difficulté à comprendre le patient à qui on peut souvent demander de répéter.	Articule assez bien et s'exprime assez fort pour certaines de ses conversations de tous les jours, avec une vitesse et une facilité d'élocution suffisantes; ne peut souvent soutenir la conversation que pendant une brève période de temps et peut donner l'impression d'être vite fatigué.	15 %
Classe 4	Peut s'exprimer assez fort pour quelques-unes de ses communications de tous les jours; à peine audible de près ou au téléphone; peut peut-être se faire entendre en chuchotant, mais ne peut parler fort.	Peut articuler assez bien pour quelques-unes de ses communications de tous les jours; peut produire certains phonèmes; peut se rapprocher assez bien de quelques mots comme les noms des membres de sa famille; ces mots restent incompréhensibles hors contexte.	Articule assez bien et s'exprime assez fort pour quelques-unes de ses conversations de tous les jours, avec une vitesse et une facilité d'élocution suffisantes; peut faire de courtes phrases ou exprimer un mot à la fois, mais ne peut maintenir un flot de paroles continu; parle avec difficulté et trop lentement.	20 %
Classe 5	Ne peut s'exprimer assez fort pour être entendu dans ses communications de tous les jours.	Ne peut articuler assez bien pour ses communications de tous les jours.	Ne peut articuler assez ni s'exprimer assez fort pour ses conversations de tous les jours avec une vitesse et une facilité d'élocution suffisantes.	25 %

**SECTION 4 : VISION****1. Perte de vision**

1.1 Perte bilatérale de vision . . . . .	80 %
1.2 Trouble de vision :	
a) quadranopsie ou hémianopsie homonyme ou bitemporale . . . . .	35 %
b) aphakie . . . . .	12 %
c) pseudophakie . . . . .	6 %
1.3 Perte unilatérale de vision avec énucléation . . . . .	30 %
1.4 Perte unilatérale de vision sans énucléation . . . . .	25 %
1.5 Paralysie de l'accommodation ou perte de la vision de près . . . . .	3 %
1.6 Iridoplagie ou mydriase, avec photophobie, trouble de la vision de près ou étourdissements consécutifs . . . . .	1.5 %
1.7 Trouble de la vision des couleurs . . . . .	0,5 %
1.8 Autres troubles de la vision :	

le taux maximal pour une lésion à un seul oeil est de 30 % (soit le taux attribuable pour la perte unilatérale de vision); les autres troubles de la vision sont évalués en fonction de la méthode d'évaluation suivante :

« **aphakie** » Absence du cristallin d'un oeil d'origine congénitale, accidentelle ou chirurgicale. ("aphakia")

« **pseudophakie** » Implant cristallinien en remplacement d'un cristallin malade. ("pseudophakia")

**2. Méthode d'évaluation de la vision****2.1 Critère d'évaluation de la vision :**

il y a déficit de la vision lorsque l'une ou plusieurs des fonctions de l'œil sont atteintes.

L'intégrité de la fonction oculaire suppose :

- a) l'intégrité de l'acuité visuelle à distance et de près, corrigée;
- b) l'intégrité du champ visuel;
- c) l'intégrité de la motilité oculaire sans diplopie.

La détermination d'un déficit visuel exige l'évaluation de ces trois fonctions, leur action coordonnée étant essentielle à une vision optimale.

On attribue un pourcentage de déficit aux autres troubles ou aux fonctions oculaires qui ont un effet sur les fonctions coordonnées de l'œil selon l'échelle prévue pour ces fonctions.

## 2.2 Méthodes d'évaluation de la vision :

### a) Détermination de l'acuité visuelle centrale :

*Planches d'évaluation de l'acuité visuelle* : Pour l'évaluation à distance, la planche de Snellen, comprenant des chiffres et des lettres moulées linéaux, l'échelle de Snellen pour analphabète, ou la planche des anneaux de Landolt pourront convenir. Pour la vision de près, on pourra utiliser des planches avec caractères d'imprimerie semblables à ceux de la planche de Snellen ou de l'optotype de Jaeger (*Revised Jaeger Standard*), ou utiliser l'échelle *American point-type* à une distance de 35 cm (14 po).

L'examen à distance doit simuler l'infini à 6 m (20 pi) ou à au moins 4 m (13 pi 1 po). L'examen de près doit se faire à 35 cm (14 po) conformément à l'optotype de Jaeger. La planche servant à l'examen doit être bien éclairée, avec une lumière agréable à l'œil et trois fois plus forte qu'un éclairage habituel.

On mesure l'acuité visuelle de près et de loin, sans verres correcteurs, et avec les meilleures lunettes ou les meilleures lentilles correctrices si le patient en porte habituellement. Toutefois, si le patient ne porte habituellement pas de verres de contact, il n'est pas nécessaire de lui en ajuster pour vérifier l'acuité visuelle. Veuillez noter que certaines affections de l'œil, en particulier celles de la cornée, se corrigent plus efficacement avec des verres de contact.

**Table 4.1 – Perte (en %) de la vision centrale dans un oeil**

Snellen (vis. à dist. en pieds)	Snellen pour la vision de près en pouces													
	$\frac{14}{14}$	$\frac{14}{18}$	$\frac{14}{21}$	$\frac{14}{24}$	$\frac{14}{28}$	$\frac{14}{35}$	$\frac{14}{40}$	$\frac{14}{45}$	$\frac{14}{60}$	$\frac{14}{70}$	$\frac{14}{80}$	$\frac{14}{88}$	$\frac{14}{112}$	$\frac{14}{140}$
$\frac{20}{15}$	0	0	3	4	5	25	27	30	40	43	44	45	48	49
	50	50	52	52	53	63	64	65	70	72	72	73	74	75
$\frac{20}{20}$	0	0	3	4	5	25	27	30	40	43	44	46	48	49
	50	50	52	52	53	63	64	65	70	72	72	73	74	75
$\frac{20}{25}$	3	3	5	6	8	28	30	33	43	45	46	48	50	52
	52	52	53	53	54	64	65	67	72	73	73	74	75	76
$\frac{20}{30}$	5	5	8	9	10	30	32	35	45	48	49	50	53	54
	53	53	54	54	55	65	66	68	73	74	74	75	76	77
$\frac{20}{40}$	8	8	10	11	13	33	35	38	48	50	51	53	55	57
	54	54	55	56	57	67	68	69	74	75	76	77	78	79
$\frac{20}{50}$	13	13	15	16	18	38	40	43	53	55	56	58	60	62
	57	57	58	58	59	69	70	72	77	78	78	79	80	81
$\frac{20}{60}$	16	16	18	20	22	41	44	46	56	59	60	61	64	65
	58	58	59	60	61	70	72	73	78	79	80	81	82	83
$\frac{20}{70}$	18	18	21	22	23	43	46	48	58	61	62	63	66	67
	59	59	61	61	62	72	73	74	79	81	81	82	83	84
$\frac{20}{80}$	20	20	23	24	25	45	47	50	60	63	64	65	68	69
	60	60	62	62	63	73	74	75	80	82	82	83	84	85
$\frac{20}{100}$	25	25	28	29	30	50	52	55	65	68	69	70	73	74
	63	63	64	64	65	75	76	78	83	84	84	85	87	87
$\frac{20}{125}$	30	30	33	34	35	55	57	60	70	73	73	75	78	79
	65	65	67	67	68	78	79	80	85	87	87	88	89	90
$\frac{20}{150}$	34	34	37	38	39	59	61	64	74	77	78	79	82	83
	67	67	68	69	70	80	81	82	87	88	89	90	91	92
$\frac{20}{200}$	40	40	43	44	45	65	67	70	80	83	84	85	88	89
	70	70	72	72	73	83	84	85	90	91	92	93	94	95
$\frac{20}{300}$	43	43	45	46	48	68	70	73	83	85	86	88	90	92
	72	72	73	73	74	84	85	87	91	93	93	94	95	96
$\frac{20}{400}$	45	45	48	49	50	70	72	75	85	88	89	90	93	94
	73	73	74	74	75	85	86	88	93	94	94	95	97	97
$\frac{20}{800}$	48	48	50	51	53	73	75	78	88	90	91	93	95	97
	74	74	75	76	77	87	88	89	94	95	96	97	98	99

Dans la table 4.1, le chiffre supérieur correspond au pourcentage de perte de vision centrale sans pseudophakie monoculaire. Le chiffre inférieur correspond au pourcentage de perte de vision centrale avec aphakie monoculaire ou pseudophakie monoculaire.

Sur la table 4.1, l'examineur retrouve le résultat selon l'échelle de Snellen de la vision de près (première rangée) et de la vision à distance (première colonne). Les deux valeurs de déficit se trouvent là où la colonne et la rangée correspondant aux résultats se croisent.

La présence d'aphakie monoculaire ou de pseudophakie monoculaire est considérée comme une déficience visuelle centrale additionnelle. Comme le révèle la table 4.1, dans le cas de l'une ou l'autre, la vision centrale résiduelle est diminuée de 50 %.

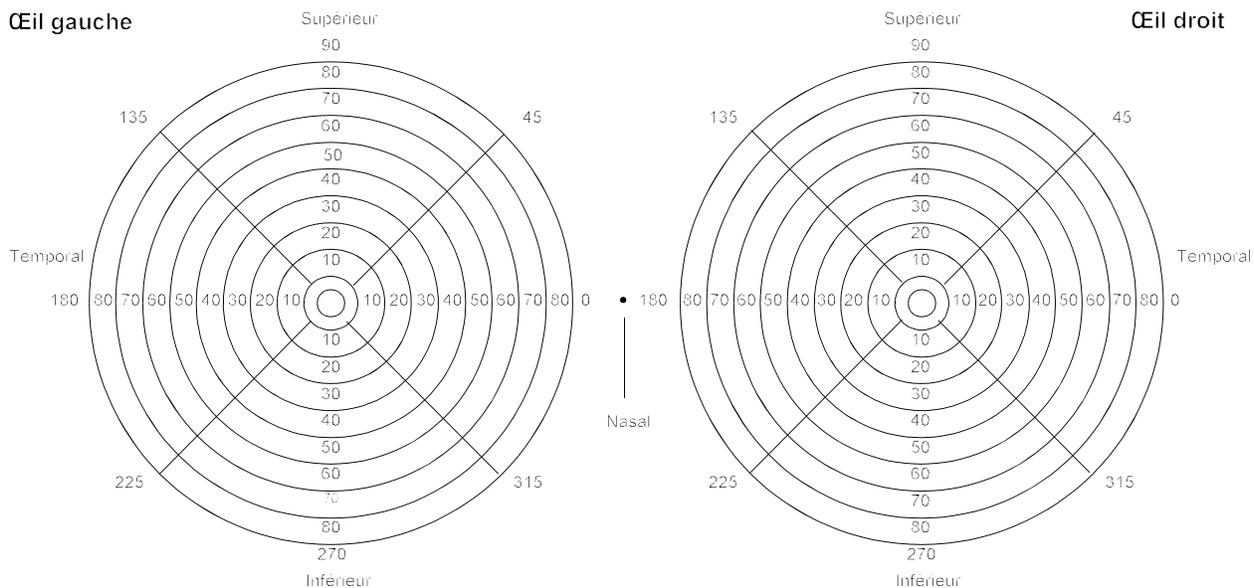
b) Détermination de l'étendue du champ de vision :

Cette évaluation se fait au moyen d'un périmètre type et des valeurs de la table 4.2.

**Table 4.2 Stimuli équivalents au stimulus de Goldmann**

	<b>Phakique</b>	<b>Aphakique</b>
Goldman (cinétique)	III – 4 <sup>e</sup>	IV – 4 <sup>e</sup>
Périmètre à arc (cinétique)	Stimulus blanc de 3 mm à une distance de 330 mm	Stimulus blanc de 6 mm à une distance de 330 mm
Allergan-Humphrey (statique, taille 3)	10 dB	6 dB
Octopus (statique, taille 3)	7 dB	3 dB

On peut inscrire les résultats sur le graphique ci-dessous.



La table 4.3 donne l'étendue normale du champ de vision pour les huit principaux méridiens.

**Table 4.3 : Étendue normale du champ de vision pour les huit principaux méridiens**

<b>Direction du regard</b>	<b>Angle</b>
Temporal	85°
Temporal vers le bas	85°
Vers le bas	65°
Nasal vers le bas	50°
Nasal	60°
Nasal vers le haut	55°
Vers le haut	45°
Temporal vers le haut	55°
Total	500°

Tout scotome doit être soustrait du nombre maximal de degrés pour ce méridien. Ajouter 5 % de plus pour une quadransopsie inférieure, et 10 % de plus pour une hémianopsie inférieure, puisque les conséquences fonctionnelles sont plus graves pour une perte de vision dans les quadrants inférieurs.

Il faut évaluer l'étendue du champ visuel binoculaire au moyen du test d'analyse du champ visuel Esterman 120.

On peut reporter les résultats de l'étendue du champ visuel sur le graphique en dessinant une ligne à l'extérieur de la décimale la plus éloignée pour chaque méridien. Si un stimulus de 10 décibels ou plus est vu dans les limites d'un champ de 20 ou de 30 degrés, on peut déduire qu'il n'existe aucun champ passé ce point. Si un stimulus de 10 décibels est vu à l'extérieur des limites d'un champ de 30 degrés, on ne peut évaluer l'importance de la perte à moins d'utiliser un champ plus grand.

Si la lecture automatisée du champ central est normale, on peut tenir pour acquis que les résultats seront normaux pour l'ensemble du champ à moins que l'examen de l'œil ou l'interrogatoire laissent supposer une anomalie. Dans ce dernier cas, il faudra procéder à un examen complet du champ visuel.

**Table 4.4 : 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

En présence d'un déficit du champ visuel central, le pourcentage de déficience correspond à celui de la perte concomitante d'acuité visuelle. Si l'acuité visuelle est normale, le pourcentage de déficience se calcule en fonction du nombre de degrés perdus.

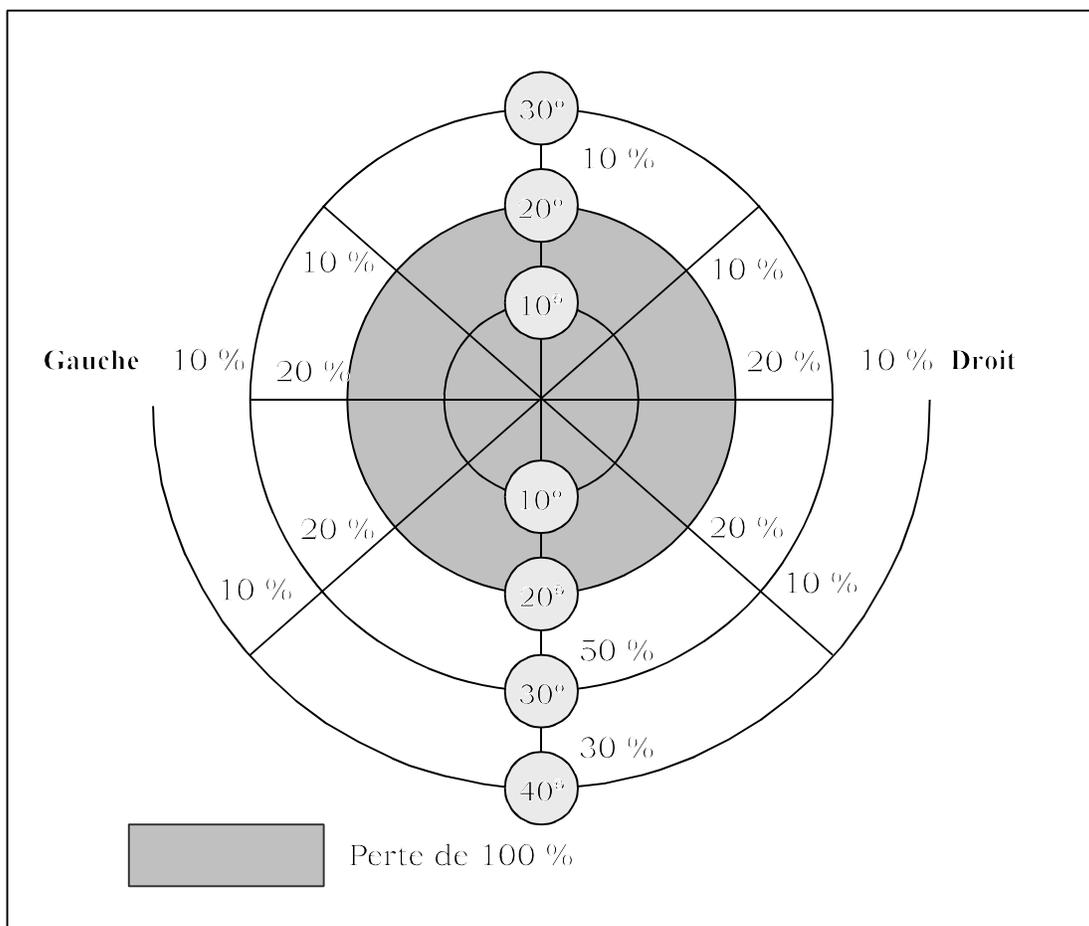
c) Détermination de la motilité oculaire :

Anomalie de la motilité oculaire et diplopie binoculaire – à moins que la diplopie n'atteigne 30° du centre de fixation, elle cause rarement une déficience visuelle importante, sauf si la diplopie est vers le bas. L'étendue de la diplopie dans les diverses directions du regard est déterminée par un périmètre à arc, à 33 cm, ou un périmètre à coupe. On peut également utiliser un écran tangent pour l'évaluation du 30° central. On procède à l'examen pour chacun des huit principaux méridiens à l'aide d'une petite lumière d'examen ou d'une source lumineuse de Goldmann (environ III-4°) sans adjonction de lentilles colorées ni de prismes correcteurs. On attribue 100 % de déficit de la motilité oculaire si la diplopie se situe à l'intérieur du 20° central. Ceci ne s'applique qu'à l'œil blessé.

En vue de déterminer la perte de motilité oculaire, on fait asseoir le patient qui garde les deux yeux ouverts et le menton centré sur une mentonnière de manière à ce que les yeux soient équidistants des limites de la cible de fixation centrale.

On reporte la diplopie sur les huit méridiens d'un graphique approprié. On détermine le pourcentage pour la perte de motilité oculaire consécutive à la diplopie dans le méridien de la déficience maximale à l'aide du graphique suivant. Lorsque, pour un seul œil, la diplopie touche plusieurs méridiens, les pourcentages sont combinés.

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



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

les méthodes décrites aux alinéas a), b) et c) servent à évaluer :

- (i) l'acuité visuelle,
- (ii) le champ de vision,
- (iii) la motilité oculaire.

Le pourcentage d'efficacité visuelle de chaque oeil se calcule au moyen de la formule suivante :

$$A \times B \times C = E$$

Dans cette formule :

- « A » est le pourcentage de l'acuité visuelle résiduelle;
- « B » est le pourcentage du champ visuel résiduel;
- « C » est le pourcentage de la motilité oculaire résiduelle;
- « E » est le pourcentage d'efficacité visuelle de l'œil.

e) Détermination de l'efficacité de l'ensemble du système visuel

Le pourcentage d'efficacité de la vision binoculaire est déterminé au moyen de la formule suivante :

$$3A/4 + B/4 = E$$

Dans cette formule :

- « A » est le pourcentage d'efficacité visuelle du meilleur oeil;
- « B » est le pourcentage d'efficacité visuelle de l'autre oeil;
- « E » est le pourcentage d'efficacité visuelle binoculaire.

Le pourcentage de déficit de l'ensemble du système visuel est la différence entre le pourcentage d'efficacité visuelle binoculaire (E dans la formule précédente) et 100 %.

**SECTION 5 : SYSTÈME GÉNITO-URINAIRE ET FOETUS****1. Rupture tissulaire des voies urinaires**

## 1.1 Déficience des fonctions rénales :

- a) ablation des deux reins, comprenant la transplantation rénale . . . . . 40 %
- b) perte d'un rein . . . . . 10 %
- c) réduction ou perte de la fonction rénale (voir l'article 2 – Déficience de la fonction rénale);
- d) avec anémie associée (voir la section 10 – Système hématopoïétique).

## 1.2 Déficience urétérale :

- a) toute dérivation urétérale. . . . . 10 %
- b) avec réduction ou perte de la fonction rénale associée (voir l'article 2 – Déficience de la fonction rénale).

## 1.3 Déficience vésicale :

- a) ablation de la vessie, y compris perte de contrôle consécutive ou dérivation urinaire . . . . . 35 %
- b) incontinence ou rétention urinaire :
  - (i) perte complète du contrôle des sphincters . . . . . 20 %
  - (ii) perte partielle du contrôle des sphincters . . . . . 10 %
  - (iii) dysfonction sous forme de fréquence des mictions, de retard à la miction . . . . . 3 %
- c) altération de la vessie avec entérocystoplastie . . . . . 10 %
- d) altération de la vessie sans entérocystoplastie . . . . . 3 %

## 1.4 Déficience urétrale :

- a) fistule incurable par traitement chirurgical . . . . . 7,5 %
- b) sténose nécessitant des traitements mensuels . . . . . 6 %
- c) sténose nécessitant des traitements trimestriels . . . . . 3 %

## 1.5 Altération tissulaire à la suite d'une lombotomie ou d'une laparotomie . . . . . 2 %

**2. Déficience de la fonction rénale**

## a) Classe 1 :

clairance de la créatinine de 30 à 80 ml/min

OU

symptômes intermittents et signes d'un dysfonctionnement des voies urinaires supérieures qui ne nécessitent pas un traitement et une surveillance continus.

Taux attribué à la déficience. . . . . 15 %

## b) Classe 2 :

clairance de la créatinine de 10 à 30 ml/min

OU

clairance de la créatinine de plus de 30 ml/min, mais les symptômes et les signes du dysfonctionnement des voies urinaires supérieures sont partiellement maîtrisés par le traitement et la surveillance continus.

Taux attribué à la déficience. . . . . 50 %

## c) Classe 3 :

clairance de la créatinine de moins de 10 ml/min

OU

clairance de la créatinine de plus de 10 ml/min, mais les symptômes et les signes du dysfonctionnement des voies urinaires supérieures persistent malgré un traitement médical continu, ou un traitement chirurgical.

Taux attribué à la déficience. . . . . 75 %

**3. Rupture tissulaire des organes génitaux**

## 3.1 Organes génitaux mâles :

a) perte du pénis . . . . . 15 %

b) altération post-traumatique du pénis . . . . . 10 %

c) perte des deux testicules (y compris épидидymes et cordons spermatiques) :

(i) avant la fin de la puberté . . . . . 20 %

(ii) après la puberté . . . . . 10 %

d) perte d'un testicule (y compris épидидyme et cordon spermatique). . . . . 5 %

e) altération de la prostate (y compris vésicule séminale) . . . . . 5 %

f) perte de la prostate (y compris vésicule séminale) . . . . . 10 %

g) avec incontinence urinaire associée à l'une des affections mentionnées ci-dessus (voir l'article 1.3 ci-dessus).

### 3.2 Organes génitaux femelles :

#### 3.2.1 Organes génitaux internes

a) perte des deux ovaires (y compris les trompes) :

(i) avant la fin de la puberté . . . . . 20 %

(ii) après la puberté . . . . . 10 %

b) perte d'un ovaire (y compris la trompe) . . . . . 5 %

c) perte de l'utérus (y compris le col) :

(i) avant la fin de la ménopause . . . . . 10 %

(ii) après la ménopause . . . . . 5 %

(iii) altération du col seulement . . . . . 2 %

d) perte d'un ovaire avec ou sans la trompe . . . . . 5 %

e) \* altération tissulaire à la suite d'une césarienne . . . . . 2 %

\* rendue nécessaire par suite de l'accident.

#### 3.2.2 Organes génitaux externes :

a) perte du clitoris, de la vulve ou du vagin . . . . . 5 %

b) altération du clitoris, de la vulve ou du vagin . . . . . 2,5 %

3.3 Perte du fœtus . . . . . 7 %

## 4. Dysfonction sexuelle

a) classe 1 – fonction sexuelle possible; difficulté au niveau de l'érection ou de l'éjaculation chez l'homme ou prise de conscience, excitation ou lubrification insuffisante chez l'homme ou chez la femme . . . . . 5 %

b) classe 2 – fonction sexuelle réflexe possible; aucune prise de conscience . . . . . 10 %

c) classe 3 – infertilité et absence totale de fonction sexuelle ou l'un de ces troubles . . . . . 15 %

**SECTION 6 : APPAREIL RESPIRATOIRE****1. Rupture tissulaire de l'appareil respiratoire**

1.1	Perte d'un poumon . . . . .	20 %
1.2	Perte d'un lobe pulmonaire . . . . .	3 %
1.3	Altération tissulaire à la suite :	
	a) d'une thoracotomie. . . . .	2 %
	b) d'une thoracostomie ou d'une blessure par pénétration à la poitrine (une ou plusieurs) . . . . .	1 %
1.4	Lésion du nerf phrénique . . . . .	2 %
	a) avec altération fonctionnelle associée (voir l'article 2 ci-dessous).	
1.5	Sténose de la trachée	
	(voir la table 3.1 de la section 3 – Classes des déficiences relatives au passage de l'air)	
1.6	Altération tissulaire à la suite d'une trachéotomie ou d'une blessure par pénétration à la gorge :	
	a) trachéotomie . . . . .	2 %
	b) trachéostomie . . . . .	1 %

**2. Déficience de la fonction respiratoire**

2.1 Définitions – Les définitions qui suivent s'appliquent à l'article 2.2.

« **CVF** » Capacité vitale forcée, soit le volume d'air exhalé après une expiration forcée. ("FVC")

« **DL<sub>co</sub>** » Capacité de diffusion de l'oxyde de carbone, soit la capacité de transfert pulmonaire pour ce gaz. ("D<sub>co</sub>")

« **VEMS** » Volume expiratoire maximal seconde, soit le volume d'air exhalé durant la première seconde d'une expiration forcée. ("FEV")

2.2 Taux attribué à la déficience :

a) classe 1. . . . . 0 %

La CVF et le VEMS sont supérieurs à 80 % de la valeur attendue.

ET

Le rapport VEMS/CVF est supérieur à 70 % de la valeur attendue.

ET

La DL<sub>co</sub> est supérieure à 70 % de la valeur attendue.

b) classe 2 ..... 15 %

La CVF ou le VEMS se situe entre 60 % et 80 % de la valeur attendue.

OU

La  $DL_{CO}$  se situe entre 60 % et 80 % de la valeur attendue.

c) classe 3. .... 35 %

La CVF se situe entre 50 % et 59 % de la valeur attendue.

OU

Le VEMS se situe entre 40 % et 59 % de la valeur attendue.

OU

La  $DL_{CO}$  se situe entre 40 % et 59 % de la valeur attendue.

d) classe 4 ..... 75 %

La CVF est inférieure à 50 % de la valeur attendue.

OU

Le VEMS est inférieur à 40 % de la valeur attendue.

OU

La  $DL_{CO}$  est inférieure à 40 % de la valeur attendue.

**SECTION 7 : SYSTÈME DIGESTIF**

Dans cette section, les différentes classes de déficiences s'appliquent à la fois aux ruptures tissulaires et aux pertes fonctionnelles.

**1. Critères d'évaluation des déficiences relatives à la partie haute du système digestif**

a) Classe 1 ..... 2,5 %

(i) symptômes ou indices d'une maladie du tube digestif haut

OU

(ii) perte anatomique ou altération tissulaire

et traitement continu non nécessaire; le poids pouvant être maintenu à un niveau acceptable.

b) Classe 2 ..... 7,5 %

(i) symptômes ou indices d'une maladie du tube digestif haut

OU

(ii) perte anatomique ou altération tissulaire

et traitement continu et régime nécessaires afin d'éliminer les symptômes; la perte de poids n'excédant pas 10 % du poids idéal.

c) Classe 3 ..... 25 %

(i) symptômes ou indices d'une maladie du tube digestif haut

OU

(ii) perte anatomique ou altération tissulaire

ET

(iii) le traitement médical ou le régime ne suffisent pas à éliminer les symptômes

OU

(iv) perte de poids de 10 % à 20 % du poids idéal.

d) Classe 4 ..... 40 %

(i) symptômes ou indices d'une maladie du tube digestif haut

OU

(ii) perte anatomique ou altération tissulaire

ET

(iii) le traitement médical ou le régime ne suffisent pas à éliminer les symptômes

OU

(iv) perte de poids de plus de 20 % du poids idéal.

## 2. Critères d'évaluation des déficiences relatives à la partie basse du système digestif

### 2.1 Colon et rectum

a) Classe 1 ..... 2,5 %

(i) symptômes ou indices d'une maladie du tube digestif bas

OU

(ii) perte anatomique ou altération tissulaire

et traitement continu non nécessaire; le poids pouvant être maintenu à un niveau acceptable.

b) Classe 2 ..... 7,5 %

(i) symptômes ou indices d'une maladie du tube digestif bas

OU

(ii) perte anatomique ou altération tissulaire

et traitement continu et régime nécessaires afin d'éliminer les symptômes; la perte de poids n'excédant pas 10 % du poids idéal.

c) Classe 3 ..... 25 %

(i) symptômes ou indices d'une maladie du tube digestif bas

OU

(ii) perte anatomique ou altération tissulaire

ET

(iii) le traitement médical ou le régime ne suffisent pas à éliminer les symptômes

OU

(iv) perte de poids de 10 % à 20 % du poids idéal.

- d) Classe 4 ..... 40 %
  - (i) présence de symptômes ou d'indices d'une maladie du tube digestif bas
  - OU
  - (ii) perte anatomique ou altération tissulaire
  - ET
  - (iii) le traitement médical ou le régime ne suffisent pas à éliminer les symptômes
  - OU
  - (iv) perte de poids de plus de 20 % du poids idéal.

2.2. Anus

- a) Classe 1 ..... 2,5 %
  - (i) perte anatomique ou altération tissulaire
  - OU
  - (ii) légère incontinence anale
 et symptômes pouvant être éliminés par traitement.

- b) Classe 2 ..... 7,5 %
 

Perte anatomique ou altération tissulaire :

  - (i) avec incontinence anale modérée nécessitant un traitement continu
  - OU
  - (ii) des symptômes ne pouvant être complètement éliminés par traitement.

- c) Classe 3 ..... 20 %
 

Perte anatomique ou altération tissulaire :

  - (i) avec incontinence anale totale
  - OU
  - (ii) des symptômes ne pouvant être éliminés par traitement.

**3. Critères d'évaluation des déficiences relatives au foie et à l'appareil biliaire**

## 3.1 Rupture tissulaire du foie :

- a) lésion hépatique ne nécessitant pas d'intervention chirurgicale . . . . . 5 %
- b) lacération ou contusion du foie nécessitant une intervention chirurgicale . . . . . 20 %

**Déficience de la fonction hépatique résiduelle**

- a) Classe 1 . . . . . 5 %

Indices objectifs d'une maladie chronique du foie, sans ascite, ictère ou autre complication hépatique importante. Les analyses biochimiques indiquent une déficience fonctionnelle minimale.

- b) Classe 2 . . . . . 15 %

Indices objectifs d'une maladie chronique du foie, sans ascite, ictère ou saignement de l'oesophage. Les analyses biochimiques indiquent une déficience fonctionnelle grave.

- c) Classe 3 . . . . . 40 %

(i) indices objectifs d'une maladie progressive chronique du foie

OU

(ii) ictère, ascite ou saignement de varices gastro-intestinales hautes

OU

(iii) encéphalopathie hépatique intermittente.

- d) Classe 4 . . . . . 70 %

(i) indices objectifs d'une maladie progressive chronique du foie

OU

(ii) ictère ou saignement persistant, varices oesophagiennes

et manifestations nerveuses (SNC) d'insuffisance hépatique.

## 3.2 Appareil biliaire

- a) Classe 1 . . . . . 5 %

Dysfonctionnement occasionnel de l'appareil biliaire avec maladie connue de l'appareil biliaire.

- b) Classe 2 . . . . . 20 %

Dysfonctionnement récurrent de l'appareil biliaire en dépit d'un traitement continu.

- c) Classe 3 . . . . . 40 %

Obstruction des voies biliaires avec cholangite récurrente.

d) Classe 4 ..... 75 %

Ictère persistant et maladie progressive du foie due à l'obstruction du cholédoque.

**4. Critères d'évaluation des déficiences relatives à la paroi abdominale, et aux régions inguinale et fémorale**

4.1 Hernie

a) Classe 1 ..... 5 %

Anomalie palpable des structures de support de la paroi abdominale et légère protrusion à cet endroit avec augmentation de la tension abdominale. Possibilité de réduire l'anomalie.

b) Classe 2 ..... 15 %

Anomalie palpable des structures de support de la paroi abdominale et protrusion persistante ou fréquente à cet endroit avec augmentation possible de la tension abdominale. Possibilité de réduire l'anomalie manuellement.

c) Classe 3 ..... 25 %

Anomalie palpable des structures de support de la paroi abdominale et protrusion persistante, impossible à réduire à cet endroit, avec limitation des activités habituelles.

4.2 Altérations postopératoires de la paroi abdominale

a) Altération du tissu consécutive à une laparotomie ..... 2 %

b) Altération du tissu consécutive à une laparoscopie ou à une plaie abdominale par pénétration. .... 1 %

**SECTION 8 : SYSTÈME CARDIO-VASCULAIRE****1. Lésions cardiaques (voir la table 8.1)****2. Lésions artérielles thoraciques**

- a) Altération de l'aorte thoracique ascendante corrigée au moyen d'une intervention chirurgicale . . . . . 4 %
- b) altération de l'aorte thoracique descendante corrigée au moyen d'une intervention chirurgicale . . . . . 3 %
- c) limitations fonctionnelles (voir la table 8.1).

**3. Lésions artérielles périphériques**

- a) Altération de l'aorte abdominale corrigée au moyen d'une intervention chirurgicale . . . . . 3 %
- b) altération d'une artère périphérique corrigée au moyen d'une intervention chirurgicale . . . . . 1 %
- c) altération fonctionnelle à la suite d'une sympathectomie unilatérale. . . . . 2 %
- d) altération d'un vaisseau sanguin corrigée au moyen d'une angioplastie transluminale. . . . . 2 %
- e) limitations fonctionnelles (voir la table 8.2 et la table 8.3).

**4. Lésions veineuses et lymphatiques**

- a) Insuffisance veineuse post-phlébitique ou insuffisance lymphatique :
- (i) légère, traitement médical efficace. . . . . 3 %
- (ii) modérée, traitement médical partiellement efficace. . . . . 5 %
- (iii) grave, impossible de traiter médicalement, avec troubles trophiques, mais sans ulcérations récurrentes. . . . . 8 %
- (iv) très grave, impossible de traiter médicalement, avec troubles trophiques, et ulcérations récurrentes. . . . . 12 %
- b) insuffisance veineuse superficielle. . . . . 1 %

**Table 8.1 Limitations fonctionnelles consécutives à une lésion cardiovasculaire**

<b>Classe</b>	<b>Symptômes</b>	<b>Taux</b>
Classe 1 (plus de 7 mets)	a) Lésion cardiovasculaire sans angine ni essoufflement à l'effort, après un exercice prolongé ou rapide, ou pendant une épreuve maximale d'effort;	2,5 %
	b) lésion cardiovasculaire sans angine lors d'activités physiques habituelles (marcher ou monter un escalier); l'angine se manifeste à l'effort, après un exercice prolongé ou rapide, ou pendant une épreuve maximale d'effort.AA	7.5 %
Classe 2 (5, 6, 7 mets)	a) Lésion cardiovasculaire sans angine ni essoufflement pendant des activités comme marcher, monter un escalier ou transporter des colis;	15 %
	b) lésion cardiovasculaire avec légère limitation caractérisée par l'angine ou l'essoufflement lorsque le patient : <ul style="list-style-type: none"> <li>– marche rapidement ou gravit une colline;</li> <li>– marche ou monte un escalier après un repas, par temps venteux ou froid;</li> <li>– subit un stress affectif;</li> <li>– se réveille;</li> <li>– marche plus de deux pâtés de maisons sur terrain plat;</li> <li>– monte une volée de marches ordinaires à grande vitesse, ou plus d'une volée de marches ordinaires à une vitesse et dans des conditions normales.</li> </ul>	30 %
Classe 3 (de 2 à 4 mets)	Limitation modérée caractérisée par l'angine ou l'essoufflement lorsque, par exemple, le patient marche un ou deux pâtés de maison sur terrain plat, ou monte un escalier ordinaire dans des conditions et à une vitesse normales.	45 %
Classe 4 (moins de 2 mets)	Limitation grave caractérisée par l'angine ou l'essoufflement lorsque, par exemple, le patient fait quelques pas ou sa toilette personnelle; il peut y avoir angine ou essoufflement au repos ou durant le sommeil.	80 %

**Table 8.2 Limitations fonctionnelles consécutives à une lésion artérielle à un membre inférieur**

<b>Symptômes</b>	<b>Taux</b>
Insuffisance artérielle grave avec troubles trophiques et ulcérations de la peau, ne permettant pas la marche.	45 %
Claudication intermittente lorsque le patient marche d'un pas régulier sur une distance de moins de 75 mètres.	30 %
Claudication intermittente lorsque le patient marche d'un pas régulier sur une distance de 75 à 120 mètres.	20 %
Claudication intermittente lorsque le patient marche d'un pas régulier sur une distance de plus de 120 mètres mais de moins de 300 mètres.	10 %
Claudication intermittente interférant légèrement avec la marche d'un pas régulier sur une distance de 300 à 500 mètres.	5 %

**Table 8.3 Limitations fonctionnelles consécutives à une lésion artérielle à un membre supérieur**

<b>Symptômes</b>	<b>Taux</b>
Insuffisance artérielle grave avec troubles trophiques et ulcérations de la peau, ne permettant pas d'effort ou causant une douleur ischémique au repos.	45 %
Insuffisance artérielle causant une douleur ischémique intermittente importante à l'occasion d'un effort léger.	30 %
Insuffisance artérielle causant une douleur ischémique intermittente à l'occasion d'un effort modéré.	15 %
Insuffisance artérielle causant une douleur ischémique intermittente à l'occasion d'un effort important.	5 %

**SECTION 9 : SYSTÈME ENDOCRINIEN****Sous-section 1 : hypothalamus, hypophyse, thyroïde et parathyroïdes**

1. Hypopituitarisme total, y compris diabète insipide . . . . . 60 %
2. Hypopituitarisme partiel, excluant le diabète insipide, nécessitant une thérapie de remplacement :
  - a) de l'hormone thyroïdienne . . . . . 5 %
  - b) de la cortisone . . . . . 10 %
  - c) de l'oestrogène ou de la testostérone quand la fertilité n'est pas en jeu. . . . . 10 %
  - d) en cas d'infertilité. . . . . 20 %
  - e) de l'hormone de croissance chez un enfant ou un adolescent . . . . . 20 %
  - f) de l'hormone de croissance chez un adulte . . . . . 2 %
3. Diabète insipide . . . . . 10 %
4. Trouble des glandes parathyroïdes. . . . . 10 %
5. Trouble de la glande thyroïde ne nécessitant pas de traitement hormonal . . . . . 2 %
6. Altération ou perte de la glande thyroïde nécessitant un traitement hormonal . . . . . 5 %

**Sous-section 2 : pancréas (fonction endocrinienne)**

Voir l'article 1 de la section 7 pour les déficiences de la fonction exocrine du pancréas – Système digestif.

1. \* Diabète sucré :
  - a) équilibré sans insulinothérapie ni médication orale . . . . . 5 %
  - b) équilibré avec médication orale . . . . . 10 %
  - c) équilibré avec insulinothérapie . . . . . 30 %

\* Un traumatisme consécutif à un accident de la route peut entraîner le diabète de diverses façons. Si le pancréas a été touché, la lésion peut être suffisamment importante pour interférer avec la production d'insuline causant ainsi un *diabète tertiaire*. Certains médicaments, comme la prednisone, peuvent entraîner un *diabète secondaire* en créant un déséquilibre hormonal. Si ce médicament (ou un autre semblable) est utilisé dans le traitement d'une affection attribuable à un accident de la route, le diabète consécutif est alors considéré comme une complication causée par l'accident. Enfin, si le patient était déjà atteint d'un diabète type 1 ou type 2 avant l'accident, ou était un cas limite pour le diabète, son métabolisme risque d'avoir été déséquilibré à la suite d'une longue période d'inactivité (confinement au lit) associée avec le traitement des affections causées par l'accident. Cette modification de l'état diabétique est habituellement temporaire.

**Sous-section 3 : surrénales**

- 1. Perte d'une surrénale . . . . . 2 %
- 2. Perte des deux surrénales nécessitant l'hormonothérapie . . . . . 15 %

**SECTION 10 : SYSTÈME HÉMATOPOÏÉTIQUE**

**1. Rupture tissulaire**

1.1 Rate :

- a) lésion ne nécessitant pas d'intervention chirurgicale. . . . . 0 %
- b) lésion nécessitant une splénectomie partielle ou une réfection chirurgicale de la rate . . . . . 5 %
- c) lésion avec splénectomie consécutive. . . . . 10 %
- d) lésion avec perte fonctionnelle de la rate consécutive (voir l'article 2 ci-dessous).

1.2 Thymus :

- a) lésion ne nécessitant pas d'intervention chirurgicale. . . . . 0 %
- b) lésion nécessitant l'ablation partielle du thymus. . . . . 1 %
- c) lésion avec ablation totale du thymus consécutive. . . . . 2 %
- d) lésion avec perte fonctionnelle de la rate consécutive (voir l'article 2 ci-dessous).

**2. Déficience fonctionnelle du système hématopoïétique**

2.1 Érythrocytes

Symptômes	Taux d'hémoglobine (g/l)	Transfusion	Taux
Aucun	de 100 à 120	Non	0 %
Minimes	de 80 à 100	Non	15 %
Modérés	de 50 à 80*	de 2 à 3 unités aux 4 à 6 semaines	40 %
Graves	de 50 à 80*	de 2 à 3 unités toutes les 2 semaines	75 %

\* Taux d'hémoglobine avant transfusion

2.2 Leucocytes :

- a) affections provoquant une diminution des leucocytes

Symptômes	Taux de leucocytes (g/l)	Traitement	Taux
Aucun	de 3 à 10	Aucun	0 %
Minimes	de 1 à 3	Aucun	15 %
Modérés	< 1	Administration du facteur de croissance	40 %
Graves	< 0,5	Administration du facteur de croissance	75 %

- b) affections provoquant une augmentation des leucocytes . . . . . selon le rapport : de 0 % à 75 %

2.3 Plaquettes et facteurs de coagulation :

- a) affections provoquant une modification permanente du taux de plaquettes. . . . . selon le rapport : de 0 % à 10 %
- b) affections provoquant une modification permanente du taux de facteurs de coagulation. . . . . selon le rapport : de 15 % à 50 %

**SECTION 11 : TROUBLE, SYNDROME OU AFFECTION PSYCHIATRIQUE**

<b>Classe</b>	<b>Symptôme ou trouble</b>	<b>Taux</b>
Classe 1	Trouble, syndrome ou affection psychiatrique, y compris les effets indésirables des médicaments, qui interfère avec l'accomplissement des activités de la vie quotidienne ou la participation aux activités sociales ou qui altère le bien-être et nécessite une surveillance constante en établissement ou en milieu clos.	100 %
Classe 2	Trouble, syndrome ou affection psychiatrique, y compris les effets indésirables des médicaments, qui interfère avec l'accomplissement des activités de la vie quotidienne ou la participation aux activités sociales ou qui altère le bien-être et nécessite une surveillance périodique en établissement ou en milieu clos (au moins 50 % du temps).	70 %
Classe 3	Trouble, syndrome ou affection psychiatrique, y compris les effets indésirables des médicaments, qui interfère avec l'accomplissement des activités de la vie quotidienne ou la participation aux activités sociales ou qui altère le bien-être et nécessite une surveillance périodique en établissement ou en milieu clos (moins de 50 % du temps).	35 %
Classe 4	Trouble, syndrome ou affection psychiatrique, y compris les effets indésirables des médicaments, qui interfère avec l'accomplissement des activités de la vie quotidienne ou la participation aux activités sociales ou qui altère le bien-être et nécessite un suivi psychiatrique mensuel.	15 %
Classe 5	Trouble, syndrome ou affection psychiatrique, y compris les effets indésirables des médicaments, qui interfère avec l'accomplissement des activités de la vie quotidienne ou la participation aux activités sociales ou qui altère le bien-être et nécessite un traitement pharmaceutique et un suivi psychiatrique, ou l'une de ces mesures, de façon occasionnelle (moins d'une fois par mois).	5 %

**SECTION 12 : APPAREIL COCHLÉO-VESTIBULAIRE**

**Formule permettant de déterminer le taux**

Dans cette section, on détermine le taux attribué à la déficience globale par une formule combinant les taux correspondant à la perte d'audition, de fonction vestibulaire (labyrinthique) et au tinnitus :

$$(A \times 0,8) + (V \times 0,9) + (T \times 0,8) = D$$

Dans cette formule,

- « A » est le taux attribué à la perte d'audition selon l'article 3;
- « V » est le taux attribué à la perte de fonction vestibulaire selon l'article 4;
- « T » est le taux attribué au tinnitus selon l'article 5;
- « D » est le taux attribué à la déficience globale.

**1. Oreille ou pavillon de l'oreille**

Voir la table 13.1 de la section 13 – Évaluation d'une déficience physiologique.

**2. Lésion du conduit auditif externe (par ex. sténose)**

- a) Unilatérale, légère. . . . . 0,5 %
- b) unilatérale, modérée . . . . . 1 %
- c) unilatérale, grave . . . . . 2 %
- d) bilatérale . . . . . 3 %

**3. Audition**

Une déficience auditive permanente peut être unilatérale ou bilatérale.

Sans prothèse :

- a) surdité de perception profonde bilatérale
  - (> 60 ISO selon la table 12.1) . . . . . 30 %
- b) surdité de perception profonde unilatérale
  - (> 60 ISO selon la table 12.1) . . . . . 5 %
- c) pertes d'audition autres que celles mentionnées ci-dessus
  - (voir la table 12.1).

**Table 12.1 Taux attribué à une perte d'audition**

Perte d'audition en décibels (dB)*	Taux	
	Oreille la plus atteinte	Oreille la moins atteinte
25 ISO ou moins	0,5 %	2,5 %
de 25 à 29 ISO	1 %	5 %
de 30 à 34 ISO	1,5 %	1,5 %
de 35 à 39 ISO	2 %	10 %
de 40 à 44 ISO	2,5 %	12,5 %
de 45 à 49 ISO	3 %	16 %
de 50 à 54 ISO	3,5 %	17,5 %
de 55 à 59 ISO	4 %	20 %
60 ISO ou plus	5 %	25 %

\* Selon la moyenne obtenue par un audiogramme valide sur des fréquences de 500, de 1 000 et de 2 000 cycles.

#### Addenda à la table 12.1

Une réduction du pourcentage de discrimination des mots à moins de 80 % dans l'oreille touchée multiplie la déficience relative à l'audition par un facteur de 2. Par exemple, la perte d'audition de plus de 35 à 40 ISO dans l'oreille la plus atteinte représente une déficience globale de 2 %. Toutefois, si le pourcentage de discrimination des mots dans l'oreille touchée est moins de 80 %, le pourcentage final est multiplié par 2, ce qui donne 4 % de déficience globale. Le taux maximal attribué à cette catégorie est de 30 %, soit le taux maximal attribué à une surdité bilatérale profonde.

#### 4. Fonction vestibulaire

4.1 Perte du labyrinthe (constaté à l'examen clinique ou par électronystagmographie, ou par l'un et l'autre) :

- a) perte complète d'un labyrinthe. . . . . 5 %
- b) perte complète des deux labyrinthes . . . . . 10 %

4.2 Critères fonctionnels d'une déficience vestibulaire

Classe	Symptôme ou affection	Taux
Classe 1	Vertige périphérique ou central n'affectant pas les activités de la vie quotidienne (AVQ)	2,5 %
Classe 2	Vertige périphérique ou central n'affectant pas la plupart des AVQ, mais certaines activités, comme conduire une voiture ou aller à bicyclette, pourraient mettre le patient ou d'autres personnes en danger.	7,5 %
Classe 3	Vertige périphérique ou central nécessitant une supervision constante dans le cadre de la plupart des AVQ comme l'hygiène personnelle, les tâches ménagères ou la marche.	30 %
Classe 4	Vertige périphérique ou central exigeant une supervision constante pour la plupart des AVQ et obligeant le patient à rester chez lui ou dans un établissement.	50 %

Une lésion vestibulaire peut être compensée avec le temps, et devrait être évaluée 6 mois et 12 mois après l'accident, afin de déterminer si elle devient ou non statique.

**5. Tinnitus, unilatéral ou bilatéral**

<b>Classe</b>	<b>Symptôme ou affection</b>	<b>Taux</b>
Classe 1 (léger)	Tinnitus intermittent et dont le patient ne prend conscience que dans un endroit calme.	0,5 %
Classe 2 (modéré)	Tinnitus constant qui dérange le patient lorsqu'il se trouve dans un endroit calme, et qui l'empêche de se concentrer ou de dormir.	1 %
Classe 3 (grave)	Tinnitus constant qui dérange le patient dans la plupart des endroits, et qui l'empêche de se concentrer, de dormir ou d'accomplir ses activités de la vie quotidienne.	2 %

**SECTION 13 : PEAU****1. Définitions**

Les définitions qui suivent s'appliquent à la présente section.

« **apparent** » Qualifie un préjudice esthétique de la peau qui se remarque facilement à l'œil nu. ("conspicuous")

« **cicatrice non vicieuse** » Cicatrice presque linéaire, à la même hauteur et presque de la même couleur que les tissus adjacents, sans contraction ni distorsion des structures avoisinantes. ("flat scar")

« **cicatrice vicieuse** » Cicatrice mal alignée irrégulière, déprimée, adhérente aux tissus sous-jacents, pigmentée, squameuse, rétractile, chéloïdienne ou hypertrophique. ("faulty scar")

« **modification de la forme et de la symétrie** » Préjudice esthétique de la peau ou de la surface qui consiste en une modification de la texture, de la longueur, de la fermeté et de la masse tissulaire. Les cicatrices sont exclues. ("alteration in form and symmetry")

« **non apparent** » Qualifie un préjudice esthétique de la peau qu'on ne remarque pas facilement à l'œil nu. ("inconspicuous")

**Sous-section 1 : déficience physiologique****1. Taux attribués à une déficience physiologique**

Pour l'évaluation du préjudice esthétique du visage, on se réfère à chacun des éléments anatomiques suivants :

- a) front;
- b) orbite;
- c) paupière;
- d) partie visible du globe oculaire;
- e) joue;
- f) nez;
- g) lèvre;
- h) oreille;
- i) menton.

**2. Méthode permettant de déterminer le taux attribué à une déficience physiologique**

2.1 L'importance du préjudice esthétique touchant le visage est d'abord classifié en fonction de l'apparence physique, dans le but de déterminer la classe de déficience.

2.2 Pour les classes 1 à 4, on fixe le pourcentage du préjudice esthétique en fonction de la modification de la forme et de la symétrie, et de la cicatrice, en n'excédant pas le pourcentage maximal prévu pour cette classe (voir la table 13.1).

2.3 S'il y a à la fois cicatrice et modification de la forme et de la symétrie, on additionne le taux attribuable aux deux éléments jusqu'à concurrence du pourcentage maximal prévu pour la classe.

2.4 Pour les classes 5 et 6, on considère la modification de la forme et de la symétrie ainsi que la cicatrice comme un tout et le pourcentage attribué est le pourcentage maximal prévu pour la classe (voir la table 13.2).

**Table 13.1 Évaluation d'une déficience physiologique, partie 1**

<b>Classification en fonction de l'apparence</b>	<b>Modification de la forme et de la symétrie</b>	<b>Cicatrice</b>	<b>Taux maximal pour la classe</b>
Classe 1 Aucune déficience	Non apparente	Non apparente	0 %
Classe 2 Très légère déficience	Non apparente	Apparente	1 % par cm <sup>2</sup> 3 %
Classe 3 Légère déficience	Apparente, touche : a) un élément anatomique . . . . . 3 % b) deux éléments anatomiques . . . . . 4 % c) plus de deux éléments anatomiques . . . . . 7 %	Apparente et : a) non vicieuse . . . . . 1 % par cm <sup>2</sup> b) vicieuse . . . . . 2 % par cm <sup>2</sup>	7 %
Classe 4 Déficience modérée	Apparente, qui attire l'attention et touche : a) un élément anatomique . . . . . 10 % b) deux éléments anatomiques . . . . . 12 % c) plus de deux éléments anatomiques . . . . . 4 %	Apparente et : a) non vicieuse . . . . . 1 % par cm <sup>2</sup> b) vicieuse . . . . . 3 % par cm <sup>2</sup>	15 %

**Table 13.2 : Évaluation d'une déficience physionomique, partie 2**

<b>Classification Selon l'apparence</b>	<b>Modification de la forme et de la symétrie, cicatrice</b>	<b>Taux</b>
Classe 5 – Déficience grave	Touche plusieurs éléments anatomiques du visage	20 %
Classe 6 – Préjudice esthétique	Touche tous les éléments anatomiques du visage	30 %

## Sous-section 2 : préjudice esthétique aux autres parties du corps

### 1. Méthode permettant de déterminer le taux attribué à un préjudice esthétique aux autres parties du corps

1.1 S'il n'y a préjudice que par modification de la forme et de la symétrie, on détermine le degré de déficience et le pourcentage prévu pour la partie du corps en cause au moyen de la table 13.3.

1.2 S'il n'y a qu'un préjudice attribuable à la présence d'une cicatrice, on mesure la surface de la cicatrice et on attribue le pourcentage prévu par  $\text{cm}^2$ , en n'excédant pas le pourcentage maximal prévu pour la partie du corps en cause (voir la table 13.3).

1.3 Lorsqu'il y a à la fois modification de la forme et de la symétrie et cicatrice, on retient le pourcentage le plus élevé obtenu sous un titre ou l'autre, en n'excédant pas le pourcentage maximal prévu pour la partie du corps en cause (voir la table 13.3).

1.4 Dans la dernière colonne de la table 13.3 se trouve le pourcentage maximal par région corporelle. Si cette partie du corps est double (gauche et droite, antérieure et postérieure), le pourcentage maximal s'applique à chacune des deux parties s'il y a lieu.

1.5 Pour la détermination du taux attribué à un préjudice esthétique aux autres parties du corps que le visage, ces dernières se définissent comme suit :

a) cuir chevelu et crâne : limitée par la racine des cheveux tout autour de la tête;

b) cou : peau recouvrant les vertèbres C1 à C7, dans le dos, et qui, devant, s'étend du cartilage cricoïde à la fourchette sternale;

c) bras, épaule et coude : de l'acromion et de l'aisselle jusqu'à l'olécrane et la fosse cubitale. L'omoplate, la fosse sus-épineuse et la fosse sus-claviculaire font partie du tronc en ce qui a trait à l'évaluation d'un préjudice esthétique;

d) avant-bras : de la partie distale du coude (défini ci-dessus) au pli du poignet;

e) poignet et main : du pli du poignet au bout des doigts;

f) tronc : cette région comprend les fosses sus-scapulaires et sus-claviculaires, et s'étend jusqu'aux ligaments inguinaux (en avant) et aux crêtes iliaques (dans le dos);

g) membre inférieur : de la partie inférieure du tronc (défini ci-dessus) jusqu'au bout des orteils.

(Noter que les fesses font partie des membres inférieurs et non du tronc.)

### 2. Préjudice esthétique consécutif à une dyschromie

Altération permanente post-traumatique de la couleur naturelle de la peau (comparée à celle des régions adjacentes qui n'ont pas été touchées), mais ne comprend pas les cicatrices pigmentées, les moignons d'amputations pigmentées et la peau pigmentée en raison d'une insuffisance veineuse ou lymphatique (voir la table 13.4).

**Table 13.3 : Évaluation d'un préjudice esthétique des autres partie du corps**

<b>Partie du corps</b>	<b>Modification de la forme et de la symétrie</b>		<b>Cicatrice</b>		<b>Pourcentage maximal pour la classe</b>
Cuir chevelu et crâne	Mod. légère ou modérée	2 %	Apparente	0,5 % par cm <sup>2</sup>	5 %
	Mod. Grave	5 %			
Cou	Mod. légère ou modérée	3 %	Apparente	1 % par cm <sup>2</sup>	8 %
	Mod. Grave	8 %			
Bras, épaule, coude	Mod. légère ou modérée	1 %	Apparente	0,5 % par cm <sup>2</sup>	4 %
	Mod. Grave	4 %			
Avant-bras	Mod. légère ou modérée	1 %	Apparente	1 % par cm <sup>2</sup>	5 %
	Mod. Grave	5 %			
Poignet, main	Mod. légère ou modérée	2 %	Apparente	1 % par cm <sup>2</sup>	6 %
	Mod. Grave	6 %			
Tronc	Mod. légère ou modérée	2 %	Apparente	0,5 % par cm <sup>2</sup>	6 %
	Mod. Grave	6 %			
Membre inférieur	Mod. légère ou modérée	3 %	Apparente	1 % par cm <sup>2</sup>	8 %
	Mod. Grave	8 %			

**Table 13.4 : Préjudice esthétique consécutif à une dyschromie**

<b>Classe</b>	<b>Dyschromie</b>	<b>Taux</b>
Classe 1	Apparent et touche une partie du corps autre que le visage	1 %
Classe 2	Apparent et touche le visage	2 %

**Sous-section 3 : préjudice esthétique consécutif à une amputation partielle ou totale**

**1. Préjudice esthétique consécutif à une amputation**

En établissant le pourcentage attribué à un préjudice esthétique consécutif à une amputation, on a tenu compte des cicatrices inhérentes à l'amputation.

**2. Oeil**

Énucléation avec ou sans remplacement par une prothèse, y compris la déficience physiologique consécutive . . . . . 5 %

**3. Membre supérieur**

- a) Désarticulation inter-scapulo-thoracique. . . . . 12 %
- b) désarticulation de l'épaule . . . . . 11 %
- c) amputation au-dessus du coude . . . . . 10 %
- d) désarticulation du coude . . . . . 9 %
- e) amputation au-dessous du coude . . . . . 8 %
- f) désarticulation du poignet . . . . . 8 %
- g) amputation d'un pouce, par phalange . . . . . 1,5 %
- h) amputation d'un doigt autre que le pouce, par phalange, jusqu'à un pourcentage maximal de 60%5 %
- (i) amputation d'un métacarpe, par métacarpe jusqu'à un pourcentage maximal de 2 % . . . . . 0,5 %

**4. Membre inférieur**

- a) Hémipelvectomie . . . . . 12 %
- b) désarticulation de la hanche . . . . . 10 %
- c) amputation au-dessus du genou . . . . . 8 %
- d) désarticulation du genou . . . . . 7 %
- e) amputation au-dessous du genou . . . . . 6 %
- f) désarticulation de la cheville (Symes). . . . . 5 %
- g) amputation médio-tarsienne (Chopart) . . . . . 4 %
- h) amputation tarso-métatarsienne (Lisfranc) . . . . . 3 %
- i) amputation trans-métatarsienne . . . . . 2 %

- j) amputation d'un gros orteil, par phalange . . . . . 0,5 %
- k) amputation d'un métatarsien, par métatarsien jusqu'à un pourcentage maximal de 1 % . . . . 0,25 %
- l) amputation d'un orteil autre que le gros orteil, par phalange. . . . . 0,1 %

R.M. 41/2000; 37/2003; 173/2009; 61/2015

SCHEDULE B  
(Section 5)

## Calculation of Successive Remainders

Table for combining two or more permanent impairments in order to obtain the adjusted value in conformity with the successive remainders principle:

- (a) Ordinate A% combined with abscissa B% adjusted value;
- (b) In this Table, decimals have been rounded to the next highest unit;
- (c) Where several impairments are to be combined, the same procedure is utilized by taking adjusted value as ordinate and combining, in the same manner, as abscissa, the percentage of the third impairment or others where applicable.

NOTE: The table is available in the HTML version.

ANNEXE B  
(Article 5)

## Calcul des résidus successifs

Table de combinaison de deux déficiences permanentes ou plus afin d'obtenir la somme rajustée conformément au principe du calcul des résidus successifs :

- a) A % en ordonnée combiné à B % en abscisse = somme rajustée.
- b) Dans la présente table, la décimale est portée à l'unité supérieure.
- c) Lorsqu'il y a lieu de combiner plusieurs déficiences, on utilise la même méthode en prenant en ordonnée la somme rajustée avec laquelle se combine suivant le même principe, en abscisse, le pourcentage de la troisième déficience et les autres, le cas échéant.

NOTE : Le tableau est disponible en version HTML