

# LA NOUVELLE INDEMNITÉ FORFAITAIRE

## POUR PRÉJUDICE NON PÉCUNIAIRE

André Laporte et Christiane Lavallée\*

INTRODUCTION.....	
1 NATURE DE L'INDEMNITÉ.....	
2 PRINCIPES GÉNÉRAUX.....	
3 MÉCANISMES D'APPLICATION.....	
3.1 Victime présentant des séquelles permanentes.....	
3.1.1 <i>Moment d'évaluation</i> .....	
3.1.2 <i>Règles d'évaluation</i> .....	
3.1.3 <i>Méthode d'évaluation</i> .....	
3.2 Victime présentant des blessures.....	
3.3 Victime décédée.....	
CONCLUSION.....	

---

\* Les auteurs sont membres de l'étude d'avocats Laporte & Lavallée

## INTRODUCTION

Un individu, victime d'un accident avec blessures corporelles, est souvent confronté, bien malgré lui, à des bouleversements affectant, à des degrés variables, de nombreuses sphères de sa vie. On n'a qu'à penser, par exemple, à sa capacité de travail (qui représente généralement une perte économique assez facilement quantifiable). Un tel individu aura, parfois, à vivre des changements importants au niveau de sa qualité de vie. Il pourra, alors, faire face à de la souffrance physique (douleurs) et psychologique (tristesse, perte d'estime de soi) et à une diminution de sa capacité à effectuer certaines de ses activités habituelles (quotidiennes, sociales ou sportives).

L'évaluation de ces pertes, en terme monétaire, a de tout temps représenté un défi de taille pour nos tribunaux civils. Malgré les difficultés inhérentes à une telle évaluation, ceux-ci ont cherché à compenser, le plus adéquatement possible, ces pertes dites non pécuniaires en tenant compte des particularités propres à chaque victime.

Depuis l'adoption, en 1978, d'un régime public québécois d'assurance automobile<sup>1</sup> permettant d'atténuer les conséquences des accidents de la route, notre législateur a également été confronté à la difficulté de chercher à compenser ces pertes, sans valeur monétaire en soi, mais, pourtant, malheureusement bien réelles.

Le nouveau *Règlement sur l'indemnité forfaitaire pour préjudice non pécuniaire*<sup>2</sup> nous présente une méthode, que nous qualifierons de standardiser, en vue d'établir une valeur monétaire à la perte de qualité de vie subie par une victime d'accident d'automobile.

---

<sup>1</sup> *Loi sur l'assurance automobile*, L.Q. 1977, c. 68.

<sup>2</sup> L.R.Q., c. A-25, a. 195, par. 12°; 1999, c. 22, a. 38, par. 1° et a. 44. À moins d'indications contraires, les dispositions mentionnées dans les pages qui suivent feront référence au *Règlement sur l'indemnité forfaitaire pour préjudice non pécuniaire* qui sera souvent désigné sous l'appellation « le nouveau règlement » ou encore « le règlement ».

Nous nous proposons, dans le cadre de la présente conférence, d'étudier la nature de cette nouvelle indemnité, les principes généraux régissant son évaluation et, de la façon la plus concrète possible, ses mécanismes d'application.

## 1 NATURE DE L'INDEMNITÉ

Le préjudice non pécuniaire regroupe l'ensemble des désagréments incluant la perte de jouissance de la vie, les douleurs, les souffrances psychiques et les autres inconvénients affectant la qualité générale de l'existence d'une personne et ce, de façon temporaire ou permanente, en raison de blessures subies.

En matière civile, la Cour suprême, a déterminé, entre autres, dans l'affaire *Andrews*<sup>3</sup>, les principes généraux devant guider les tribunaux civils lors de l'établissement d'une somme forfaitaire pour compenser les dommages non pécuniaires. Elle a, plus particulièrement, fixé un plafond de 100 000,00\$ représentant le montant maximum pouvant être octroyé pour ce type de dommages. Par la suite, dans l'affaire *Lindal*<sup>4</sup>, la Cour suprême a précisé que ce plafond pouvait être augmenté dans des circonstances exceptionnelles et qu'il devait, par ailleurs, être revalorisé en dollars constants.

Ainsi, les tribunaux civils, lorsqu'ils doivent procéder à l'évaluation de dommages non économiques, utilisent ces principes enseignés par la plus haute Cour de notre pays comme repères et cherchent, en tenant compte des caractéristiques propres à chaque individu concerné, à indemniser le plus complètement possible les pertes non économiques de ceux-ci se présentant, parfois, sous forme de perte de mobilité, de disgrâce physique, de diminution des activités sociales, sportives, intellectuelles ou culturelles<sup>5</sup>. Ainsi, les tribunaux civils tentent de mesurer, de façon précise, la perte d'agrément pour chaque individu en fonction de ses habitudes, de son style de vie, de ses goûts, de ses aptitudes, de ses talents, etc.

---

<sup>3</sup> *Andrews c. Grand and Toy Alberta Ltd.*, [1978] 2 R.C.S. 229.

<sup>4</sup> *Lindal c. Lindal*, [1981] 2 R.C.S. 629.

<sup>5</sup> J.-L. Baudoin et P. Deslauriers, *La Responsabilité civile*, 5<sup>e</sup> éd., Cowansville, Les Éditions Yvon Blais Inc., 1998 à la p. 245.

Dans le contexte du *Règlement sur l'indemnité forfaitaire pour préjudice non pécuniaire*, le législateur a choisi, plutôt, d'uniformiser la compensation à octroyer à une victime d'accident de la route en fonction des dommages subis. Contrairement au droit civil, les nouvelles règles créent une standardisation du mode d'évaluation. Ainsi, deux personnes présentant les mêmes dommages recevront la même indemnité forfaitaire pour perte non économique et ce, peu importe que nous soyons en présence, par exemple, d'un grand joueur de hockey dorénavant incapable de patiner ou d'un simple amateur de sports télévisés.

De plus, les règles adoptées en vertu du nouveau règlement diffèrent de celles qui existaient dans le cas d'accidents survenus entre le 1<sup>er</sup> mars 1978 et le 31 décembre 1999. En effet, contrairement aux barèmes applicables antérieurement, le nouveau règlement ne retient plus le déficit anatomo-physiologique comme critère absolu d'évaluation de la perte non économique. Dorénavant, c'est plutôt les conséquences de la perte de fonction sur la qualité de vie qui devront guider l'évaluation. Il s'agit là d'une distinction fondamentale.

Dans ce contexte, la détermination précise d'un diagnostic, qui s'avérait, autrefois, indispensable, perd maintenant de son importance. Par exemple, rappelons que les anciens barèmes subdivisaient le système psychique en quatre grandes sections, soit le syndrome cérébral organique, la psychose, la névrose chronique et les troubles de personnalité. Il fallait, d'abord, déterminer la nature du diagnostic psychiatrique, puis effectuer une corrélation entre ce diagnostic et la section du barème correspondante, avant même de déterminer le pourcentage de la perte non pécuniaire. Cette étape n'est plus nécessaire puisque, maintenant, l'évaluation s'effectue en fonction de l'impact fonctionnel de l'atteinte sur la fonction psychique<sup>6</sup>.

## **2 PRINCIPES GÉNÉRAUX**

---

<sup>6</sup> Nous vous référons, à ce sujet, à l'unité fonctionnelle « La fonction psychique » de l'annexe I du règlement dont nous avons joint un extrait au présent texte.

Selon le nouveau règlement, toute personne blessée dans un accident d'automobile à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2000<sup>7</sup> peut, théoriquement, avoir droit de recevoir une telle indemnité forfaitaire. Il existe, toutefois, un seuil minimal de perte de qualité de vie ou de préjudice non pécuniaire nécessaire pour pouvoir prétendre à une telle indemnité. Sous ce seuil, bien que la personne blessée puisse connaître des modifications à sa qualité de vie, aucune compensation forfaitaire pour préjudice non pécuniaire n'est prévue.

Le règlement détermine trois grandes catégories de victimes<sup>8</sup> auxquelles s'appliquent respectivement des dispositions particulières qui réfèrent à des répertoires particuliers<sup>9</sup>. Il s'agit de la victime présentant des séquelles permanentes d'ordre fonctionnel ou esthétique, de la victime ne présentant pas de séquelle permanente mais ayant, cependant, subies des blessures suite à l'accident, blessures qui ont évoluées vers une guérison complète ou, du moins, qui ont laissé des séquelles s'établissant sous le seuil minimal nécessaire pour avoir droit à une indemnité relative à des séquelles permanentes et, finalement, de la victime décédée qui, avant son décès, a connu une perte de qualité de vie.

Il appert, de par, simplement, la nomenclature des catégories de victimes, que l'outil privilégié pour l'établissement d'une l'indemnité forfaitaire visant à compenser la perte de qualité de vie d'une victime demeure l'évaluation clinique médicale. En fait, c'est l'importance des séquelles fonctionnelles et esthétiques d'une victime qui déterminera l'indemnité forfaitaire auquel elle aura droit. On ne tient, pour ce faire, comme nous l'avons mentionné précédemment, aucunement compte des caractéristiques individuelles d'un accidenté et de sa perte subjective de jouissance de la vie.

Soulignons, par ailleurs, que, dans ce cadre juridique très normatif, le règlement innove en créant certaines méthodes d'évaluation où l'on considérera, dorénavant, la perte d'amplitude active plutôt que passive pour évaluer, par exemple, l'atteinte de la tête, du tronc ou des membres supérieurs et en prévoyant, entre autres, des calculs particuliers et des règles spécifiques en cas de séquelles ou de blessures multiples, en cas d'atteinte bilatérale, c'est-à-dire en présence d'atteinte

---

<sup>7</sup> Art. 1.

<sup>8</sup> Art. 2.

<sup>9</sup> Voir à ce sujet, les annexes I et II du règlement dont nous avons joint certains extraits au présent texte.

de deux membres opposés (les deux bras ou les deux jambes) ou de deux organes symétriques (par exemple, les deux yeux ou les deux oreilles), et, finalement, en cas d'aggravation, suite à un accident, de l'état d'une victime dont la qualité de vie était déjà affectée.

### **3 MÉCANISMES D'APPLICATION**

#### **3.1 Victime présentant des séquelles permanentes**

##### **3.1.1 *Moment d'évaluation***

L'évaluation médicale des séquelles permanentes présentées chez une victime permet, comme nous l'avons déjà mentionné, de déterminer les conséquences fonctionnelles ou esthétiques qui serviront de base à la détermination du montant de l'indemnité pour perte non pécuniaire.

Cette détermination du préjudice non pécuniaire doit être effectuée après la consolidation ou la stabilisation de l'ensemble des blessures.

Une blessure est considérée consolidée ou stabilisée, aux fins de l'indemnisation, lorsque son évolution a atteint un niveau stationnaire, c'est-à-dire, que les examens réalisés et les connaissances médicales reconnues ne permettent pas de prévoir, à court ou à moyen terme, une amélioration ou une détérioration notable de l'état de la victime<sup>10</sup>. Il s'agit, ni plus ni moins, de la notion de plateau thérapeutique auquel il est souvent fait référence dans le domaine médical et paramédical.

Si des traitements médicaux sont encore utiles après la stabilisation de la lésion, ils ne doivent l'être que pour permettre le maintien de l'état de la victime, sans viser une amélioration durable.

Ainsi, la date de stabilisation est dorénavant devenue un moment crucial dans le processus d'évaluation et d'indemnisation de la victime. En cas de contestation de la date de consolidation, l'expert aura avantage à s'appuyer sur des opinions et des études médicales reconnues afin de justifier la prolongation des traitements. L'expert devra, ainsi, démontrer que les traitements sont susceptibles, à court ou à moyen terme, d'apporter une amélioration ou d'éviter une détérioration appréciable de la condition de la victime.

---

<sup>10</sup> Art. 3.

### **3.1.2 Règles d'évaluation**

Seules les séquelles de nature permanente, après la stabilisation des blessures, pourront faire l'objet d'une indemnisation en vertu de la section II du règlement. De plus, pour faire l'objet d'une telle compensation, il est essentiel que ces séquelles correspondent ou soient comparables à une situation décrite dans l'une des classes de gravité prévues dans le « Répertoire des séquelles permanentes d'ordre fonctionnel ou esthétique » qui constitue l'annexe I du règlement.

Mentionnons, d'abord, que ce répertoire des séquelles est divisé en vingt-quatre (24) unités fonctionnelles représentant chacune une fonction ou un regroupement de fonctions du corps humain. Nous y retrouvons, entre autres, les fonctions ou groupement de fonctions suivants :

- la fonction psychique;
- les fonctions de l'appareil visuel;
- les fonctions de l'appareil auditif;
- le goût et l'odorat;
- le déplacement ou le maintien de la tête;
- le déplacement ou le maintien du tronc ;
- le déplacement ou le maintien du membre supérieur;
- la locomotion;
- les fonctions digestives;
- la fonction cardio-respiratoire, etc.

Ce répertoire compte, également, une unité esthétique elle-même subdivisée en huit (8) catégories représentant une région anatomique bien précise du corps humain.

Chacune des unités fonctionnelles ou esthétiques décrites pour l'ensemble du corps humain réfère l'évaluateur, en quelque sorte, à une gradation des conséquences sous forme de « classes de gravité ».

À titre d'exemple, cinq (5) classes de gravité sont prévues pour le déplacement et le maintien de la tête :

- Une difficulté légère pour les activités exigeant le déplacement et le maintien de la tête correspond à une situation décrite à la classe 1.
- Une capacité nulle ou presque nulle pour les activités exigeant le déplacement et le maintien de la tête correspond à une situation décrite à la classe 5.

Pour chaque classe de gravité, on a attribué une valeur sous forme de pourcentage représentant l'ordre de grandeur estimé de l'impact des séquelles sur l'état fonctionnel d'une victime dans la vie quotidienne. Ces pourcentages ont été déterminés par la Société de l'assurance automobile du Québec<sup>11</sup>. Nous sommes d'avis que ces estimations ne sont pas toujours représentatives de la réalité et que, parfois, elles sous-évaluent les conséquences, dans la vie quotidienne, de l'existence de séquelles permanentes.

Par ailleurs, la méthode par classe de gravité ne permet pas de moduler les pourcentages attribués en fonction de conditions intermédiaires à celles décrites. Par exemple, dans le cas d'une atteinte à l'unité fonctionnelle psychique, plus particulièrement, une atteinte cognitive, le législateur n'a prévu aucune gradation entre la classe 2 (atteinte mineure correspondant à un taux de 5%) et la classe 3 (atteinte légère correspondant à un taux de 15%). Ainsi, la victime ne pourra être indemnisée qu'en fonction de l'une ou l'autre de ces classes de gravité et ne pourra pas obtenir une compensation mitoyenne correspondant à un état réel situé entre ces deux classes.

La détermination de ces pourcentages est réalisée à partir des informations médicales disponibles au dossier de la victime. Si nécessaire, la Société aura recours à un expert afin d'évaluer l'importance des séquelles permanentes. La victime aura, donc, avantage à demander à son médecin traitant, après stabilisation de sa condition, d'effectuer sa propre évaluation des séquelles.

Cette évaluation des séquelles permanentes devra permettre de déterminer, le cas échéant, les limitations fonctionnelles, les restrictions fonctionnelles et les altérations esthétiques affectant la victime, de même que l'importance de ces séquelles par rapport aux situations décrites dans les classes de gravité prévues à l'annexe I<sup>12</sup>.

---

<sup>11</sup> Ci-après appelée « la Société ».

L'évaluateur a donc l'obligation de tenir compte des règles prévues au règlement, des règles particulières énoncées pour chacune des unités fonctionnelles et esthétiques retenues à l'annexe I, en plus, de devoir référer aux situations décrites dans les classes de gravité. Parmi ces situations, c'est celle ayant l'impact le plus important qui détermine la classe à retenir<sup>13</sup>. La première classe de gravité reflète, quant à elle, le seuil minimal donnant droit à une indemnisation.

Par ailleurs, l'évaluateur doit se contenter de circonscrire l'état actuel de la victime et non l'éventualité d'une aggravation à plus ou moins long terme, même si celle-ci est directement liée aux conséquences des blessures subies lors de l'accident<sup>14</sup>.

À titre d'exemple, l'évaluateur ne devra pas tenir compte de la nécessité, à moyen ou long terme, d'une arthrodeuse dans le cas d'une fracture complexe de la cheville entraînant une instabilité importante. Toutefois, si une telle nécessité se concrétise, l'aggravation sous-jacente pourra faire l'objet d'une nouvelle évaluation qui aura pour but de déterminer l'accroissement du préjudice<sup>15</sup>. Il faudra, dans ce cas, pour donner lieu au versement d'une nouvelle indemnité forfaitaire, que l'aggravation soit suffisante pour accéder à une classe de gravité supérieure.

Soulignons, de plus, que pour appartenir à une classe de gravité, il n'est pas nécessaire de retrouver à l'évaluation toutes les situations qui y sont décrites. Le fait pour une personne d'appartenir à une classe de gravité n'implique pas que tout le contenu de cette classe s'applique à cette personne.

Dans le cas où l'évaluation des séquelles permanentes met en relief des situations qui ne sont décrites dans aucune classe de gravité, il y a alors lieu de procéder par analogie et d'assimiler ces situations à celles qui y sont décrites et dont la gravité est équivalente en termes de conséquences dans la vie quotidienne<sup>16</sup>.

Il est important, finalement, de mentionner qu'on ne peut déterminer qu'une seule classe de gravité pour chaque unité atteinte. De plus, le pourcentage correspondant à cette classe ne peut être

---

<sup>12</sup> Art. 4.

<sup>13</sup> Id.

<sup>14</sup> Id.

<sup>15</sup> Id.

accordé qu'une seule fois<sup>17</sup>. C'est pour cette raison que, dans le cas d'une aggravation, comme nous l'avons précisé précédemment, il faudra que la victime présente une atteinte suffisante pour changer de classe de gravité afin d'être compensée à nouveau.

### **3.1.3 Méthode d'évaluation**

L'évaluation du préjudice non pécuniaire, lorsqu'il s'agit de séquelles d'ordre fonctionnel, se fait selon les étapes suivantes<sup>18</sup> :

1 - Détermination de l'unité fonctionnelle :

On doit d'abord identifier les unités d'ordre fonctionnel, répertoriées à l'annexe I, qui sont atteintes de façon permanente. Il est, donc, primordial d'identifier la bonne unité fonctionnelle. Dans bien des cas, il sera nécessaire d'identifier la cause de l'atteinte afin de pouvoir identifier correctement l'unité fonctionnelle appropriée.

Par exemple, si une victime présente une atteinte au niveau du langage, il sera important de connaître s'il s'agit d'une atteinte motrice affectant la mécanique du langage suite à une fracture de la mâchoire. Dans ce dernier cas, l'unité fonctionnelle intéressée serait celle de « La phonation » et non l'unité « L'aspect cognitif du langage ». Cette unité, « L'aspect cognitif du langage », réfère, plutôt, à la capacité mentale de comprendre ou de reproduire le langage oral et écrit, alors que « La phonation » réfère à la capacité de produire mécaniquement des sons vocaux qui peuvent être entendus, compris, et dont le débit et le rythme peuvent être maintenus.

2 - Détermination de la classe de gravité :

On détermine, pour chacune des unités fonctionnelles identifiées, la classe de gravité représentative de la situation de la victime et le pourcentage correspondant. Devront être considérées, lors de cette étape, les aggravations d'une condition personnelle antérieure en relation avec le fait accidentel. Ne devront pas être considérées, les blessures ou les maladies qui surviennent postérieurement à l'accident et non en relation

---

<sup>16</sup> Art. 5.

<sup>17</sup> Id.

<sup>18</sup> Art. 6.

avec celui-ci. De plus, cette étape devra permettre d'évaluer la condition actuelle de la victime s'en tenir compte de ses aggravations futures prévisibles.

3 - Détermination de l'atteinte bilatérale aux membres supérieurs, s'il y a lieu :

Pour cette détermination, seules sont considérées les unités fonctionnelles intitulées « Le déplacement et le maintien du membre supérieur » et « La dextérité manuelle ». L'évaluateur devra identifier les unités fonctionnelles droite et gauche qui sont atteintes de façon permanente. Il est important d'identifier, pour chaque unité fonctionnelle retenue, la classe de gravité correspondant à la situation de la victime. L'évaluateur doit considérer toutes les séquelles en relation avec le fait accidentel ou présentes antérieurement à celui-ci et qui sont suffisamment graves pour correspondre à une classe de gravité. Ne seront pas considérées, les blessures ou les maladies survenues postérieurement à l'accident et non en relation avec celui-ci. Aux fins de calculer le pourcentage retenu en présence d'une atteinte bilatérale, l'évaluateur devra utiliser la méthode de calcul suivante :

Somme des % des deux unités fonctionnelles du côté gauche	+	Somme des % des deux unités fonctionnelles du côté droit	=	Pourcentage retenu en présence d'une atteinte bilatérale
_____		_____		
	8			

Le minimum est de 0,5% et le maximum correspond à la somme des pourcentages des deux unités fonctionnelles du côté le moins atteint. Si le pourcentage retenu a des décimales, on ne retient que la première décimale. Si elle est comprise entre 1 et 4, la décimale est augmentée à 5 ; si elle est comprise entre 6 et 9, le résultat est arrondi au pourcentage entier supérieur.

Rappelons que cette méthode de calcul ne doit être utilisée que pour l'atteinte bilatérale des membres supérieurs.

En ce qui concerne les membres inférieurs, l'impact fonctionnel résultant de l'atteinte bilatérale est automatiquement pris en considération au sein même des différentes classes de gravité de l'unité fonctionnelle intitulée « La locomotion ». En effet, les classes de cette unité évaluent le rôle combiné et complémentaire des deux membres inférieurs.

Les autres fonctions pouvant être affectées par une atteinte bilatérale, soit la vision et l'audition, ont des méthodes d'évaluation globale qui tiennent compte de l'impact fonctionnel des organes symétriques. Par exemple, lors de l'évaluation des fonctions de l'appareil visuel, on devra déterminer le pourcentage d'efficacité de chaque œil pour ensuite établir le pourcentage d'efficacité de la vision. C'est, donc, l'évaluation des deux yeux qui permettra de déterminer le pourcentage de perte fonctionnelle de la vision.

Pour l'audition, il sera nécessaire d'évaluer le pourcentage de discrimination auditive de chaque oreille pour pouvoir déterminer la classe de gravité.

4 - Détermination de l'atteinte antérieure, s'il y a lieu :

Lorsque la victime présentait une atteinte, antérieurement à l'accident, on détermine, pour chaque unité fonctionnelle concernée, la classe de gravité représentative de la situation antérieure à l'accident et le pourcentage correspondant. On devra également déterminer, le cas échéant, le pourcentage relatif à une atteinte bilatérale des membres supérieurs antérieure à l'accident selon la méthode indiquée à l'étape 3. Dans chacune de ces situations, le pourcentage en relation avec l'accident sera celui résultant de la différence entre le pourcentage correspondant à la situation de la victime selon l'évaluation et le pourcentage correspondant à la situation antérieure à l'accident. Seule l'aggravation réellement reliée à l'accident sera indemnisée. Ainsi, en présence d'une atteinte bilatérale aux membres supérieurs préexistante à l'accident, l'évaluation permet de préciser l'importance de l'atteinte qui existait avant l'accident et l'importance de l'atteinte actuelle aggravée en raison de l'accident. Le pourcentage, finalement, retenu représente la différence entre les deux situations. Ce calcul devra être effectué pour chacune des unités fonctionnelles affectées afin d'établir le montant de l'indemnité forfaitaire auquel aura droit la victime.

L'évaluation du préjudice non pécuniaire, lorsqu'il s'agit de séquelles d'ordre esthétique, se fait selon les étapes suivantes<sup>19</sup> :

1 - Détermination de l'unité esthétique :

On doit d'abord identifier les unités esthétiques répertoriées à l'annexe I qui sont atteintes de façon permanente.

2 – Détermination de la classe de gravité :

On détermine pour chacune des unités esthétiques, la classe de gravité représentative de la situation de la victime en relation avec l'accident et le pourcentage correspondant.

---

<sup>19</sup> Id.

Dans le cas des séquelles esthétiques, on ne tient pas compte de la situation qui prévalait avant l'accident ou de celle ayant pu survenir après l'accident sans relation avec celui-ci. À titre d'exemple, si la victime doit subir, suite à un accident, une intervention chirurgicale au même site d'une lésion préexistante, l'évaluateur ne devra tenir compte que de la nouvelle atteinte cicatricielle générée par l'intervention.

Si différentes unités fonctionnelles ou esthétiques sont concernées et que, pour chacune d'elles, un pourcentage a été déterminé conformément aux étapes précédentes, comme si chaque séquelle était seule et unique, il faut, par la suite, appliquer une méthode de calcul qui permettra d'évaluer l'effet combiné de ces différentes séquelles compte tenu, entre autres, que le pourcentage maximum pour le préjudice non pécuniaire est établi à 100%. Ce pourcentage global est déterminé selon la méthode suivante<sup>20</sup> :

1 - le pourcentage le plus élevé est appliqué sur 100% :

$$[100 \%] \times [\% \text{ le plus élevé}] = A \% ;$$

2 - le deuxième pourcentage le plus élevé est appliqué sur le résidu qui est la différence entre 100% et le pourcentage le plus élevé :

$$[100 \% - A \%] \times [\% \text{ le deuxième plus élevé}] = B \%. \text{ (Si le pourcentage obtenu a plus de deux décimales, seules les deux premières sont retenues et la deuxième est augmentée d'une unité si la troisième est supérieure à 4) ;}$$

---

3 - les autres pourcentages, en commençant par les plus élevés, sont appliqués de la même façon sur les résidus successifs :

$$[100\% - (A \% + B \% )] \times [\% \text{ le troisième plus élevé}] = C \%. \text{ (Si le pourcentage obtenu a plus de deux décimales, seules les deux premières sont retenues et la deuxième est augmentée d'une unité si la troisième est supérieur à 4) ;}$$

---

4 - les pourcentages ainsi calculés sont additionnés :

% global = A % + B % + C % + (...). Si le résultat a des décimales, il est arrondi au pourcentage entier supérieur.

---

<sup>20</sup> Id.

Une fois le pourcentage global établi, il reste encore à déterminer le montant d'indemnité forfaitaire proprement dit accordé à la victime pour l'ensemble de son préjudice non pécuniaire. Ce montant correspond au pourcentage global multiplié par la somme de 175 000,00\$<sup>21</sup>, tel que prévu, pour l'année 2000, à l'article 73 de la *Loi sur l'assurance automobile*. Ce montant est revalorisé à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2001<sup>22</sup> et annuellement par la suite. De plus, les montants que doit utiliser par la Société pour l'établissement de l'indemnité sont ceux en vigueur à la date de la décision et non à la date de l'accident<sup>23</sup>.

Pour faciliter la compréhension de la méthode d'évaluation de l'indemnité forfaitaire pour préjudice non pécuniaire proposée dans le nouveau règlement, nous allons l'illustrer à l'aide de l'exemple suivant :

Madame Gagnon a subi, lors d'un accident d'automobile survenu le 3 mars 2000, les blessures suivantes :

- À la tête, elle a eu une commotion cérébrale modérée avec traumatisme crânien ;
- Au visage, elle a eu une fracture du nez ainsi qu'une plaie au niveau du front ;
- Au niveau du rachis cervical, elle a eu une entorse cervicale modérée ;
- Au niveau des membres supérieurs, elle a subi une fracture du poignet droit qui a nécessité l'installation d'une plaque et de vis. De plus, madame Gagnon avait déjà souffert, avant son accident, d'une fracture de l'avant-bras gauche qui l'a laissée avec une légère déviation axiale ;
- Au niveau des membres inférieurs, elle a subi une fracture ouverte du tibia droit ainsi qu'une atteinte cicatricielle.

Après avoir récupéré des suites de ses traitements de physiothérapie et d'ergothérapie, madame Gagnon conserve des problèmes cognitifs, des pertes d'amplitude cervicale, des pertes de mobilité du poignet droit et de la difficulté à marcher. Elle présente une cicatrice au visage, une à sa jambe droite ainsi qu'une à son poignet droit. Madame a rencontré, à la demande de la Société, un neuropsychologue ainsi qu'un chirurgien-orthopédiste afin d'évaluer les conséquences de ses lésions physiques. Chacun de ces spécialistes a étudié le dossier, questionné et examiné madame Gagnon et a fait parvenir son rapport à la Société.

**Son indemnité pour perte non pécuniaire sera établie selon l'importance de ses séquelles permanentes. Ainsi, compte tenu qu'elle ne conserve aucune séquelle permanente au niveau de sa fracture du nez, elle n'aura droit à aucune indemnité pour cette atteinte. Par contre, comme elle conserve des séquelles permanentes suite à**

---

<sup>21</sup> Art. 7.

<sup>22</sup> L'article 42 des dispositions transitoires précise que malgré l'article 83.34 de la *Loi sur l'assurance automobile* les montants prévus aux articles 69 et 73 sont revalorisés uniquement à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2001.

sa commotion cérébrale et suite à ses blessures au niveau de son rachis cervical, de son poignet droit et de son membre inférieur droit, madame Gagnon devra bénéficier d'une évaluation selon la section II du règlement et son annexe I (Répertoire des séquelles permanentes d'ordre fonctionnel ou esthétique).

Selon les spécialistes consultés, la condition de madame Gagnon, respectivement pour chaque unité fonctionnelle ou esthétique concernée, est la suivante :

Unité fonctionnelle	Atteinte	Classe de gravité	Pourcentage
<i>Fonction psychique</i> (commotion cérébrale et traumatisme crânien)	atteinte cognitive avec troubles de l'attention et de la mémoire qui affectent l'organisation et l'exécution de tâches complexes comme la prise de décisions importantes	3	15%
<i>Déplacement et maintien de la tête</i> (problème cervical)	diminution de 25% de la mobilisation active des amplitudes de mouvement de flexion antérieure correspondant à 2 points dans le tableau de l'évaluation globale pondérée	1	2%
<i>Dextérité manuelle droite</i> (fracture du poignet)	difficulté très importante pour les activités exigeant une dextérité manuelle – victime droitrière (membre dominant)	5	15%
<i>Dextérité manuelle gauche</i> (condition préexistante – déviation de l'avant-bras)	très légère difficulté pour les activités exigeant une dextérité manuelle	1	1%
<i>Locomotion</i> (fracture du tibia)	boiterie et difficulté à adopter un pas rapide	2	6%
<i>Esthétique du visage</i>	cicatrice et rougeurs profondes de 1,5 cm	1	1%
<i>Esthétique du membre supérieur droit</i>	cicatrice légèrement colorée de 10 cm <sup>2</sup>	1	0,5%
<i>Esthétique du membre inférieur droit</i>	cicatrices linéaires de 12 cm	2	1%

Rappelons que le pourcentage correspondant à chaque classe de gravité représente un ordre de grandeur de l'impact des séquelles dans la vie quotidienne d'une victime, soit la perte de jouissance de la vie, la douleur, la souffrance psychique et autres inconvénients.

<sup>23</sup> Art. 76 de la Loi sur l'assurance automobile.

Après avoir identifié, pour chaque unité fonctionnelle et esthétique, la classe de gravité concernée, il faut également, dans le cas soumis, tenir compte de l'atteinte bilatérale aux membres supérieurs. Pour ce faire, seules devront être considérées les unités fonctionnelles « Le déplacement et le maintien du membre supérieur » et « La dextérité manuelle ». Aux fins du calcul du pourcentage à retenir, il faudra utiliser la méthode prévue au paragraphe 1c) iii) de l'article 6 du règlement, précédemment mentionnée. Ainsi, notre calcul devra se présenter comme suit :

$$\frac{1 \% \text{ (Somme des \% des deux unités fonctionnelles du côté gauche)} + 15 \% \text{ (Somme des \% des deux unités fonctionnelles du côté droit)}}{8} = 2 \% \text{ (\% retenu en présence d'une atteinte bilatérale)}$$

Par ailleurs, comme différentes unités fonctionnelles ou esthétiques sont concernées, en l'espèce, et que, pour chacune d'elles, un pourcentage a été déterminé conformément aux étapes précédemment décrites, il nous reste à établir le pourcentage global représentant les conséquences dans la vie quotidienne de l'ensemble des atteintes. Ce pourcentage global est déterminé selon la méthode suivante :

1 - le pourcentage le plus élevé est appliqué sur 100% :

$$[100 \%] \times [15 \%] = 15 \% ;$$

2 - le deuxième pourcentage le plus élevé est appliqué sur le résidu qui est la différence entre 100% et le pourcentage le plus élevé :

$$[100 \% - 15 \%] \times [15 \% \text{ le deuxième plus élevé}] = 12,75 \%$$

3 - les autres pourcentages, en commençant par les plus élevés, sont appliqués de la même façon sur les résidus successifs :

$$[100\% - (15 \% + 12,75 \%)] \times [6 \% \text{ le troisième plus élevé}] = 4,335 \%$$

Comme le pourcentage obtenu a plus de deux décimales et que seules les deux premières sont retenues et la deuxième est augmentée d'une unité si la troisième est supérieur à 4, le pourcentage sera de 4,34%;

$$[100\% - (15 \% + 12,75 \% + 4,34 \%)] \times [2 \% \text{ le quatrième plus élevé}] = 1,3582 \%$$

Comme le pourcentage obtenu a plus de deux décimales et que seules les deux premières sont retenues et la deuxième est augmentée d'une unité si la troisième est supérieur à 4, le pourcentage sera de 1,36% ;

$$[100\% - (15 \% + 12,75 \% + 4,34 \% + 1,36 \%)] \times [1 \% \text{ le cinquième plus élevé}] = 0,6655 \%$$

Comme le pourcentage obtenu a plus de deux décimales et que seules les deux premières sont retenues et la deuxième est augmentée d'une unité si la troisième est supérieur à 4, le pourcentage sera de 0,67 % ;

$$[100\% - (15 \% + 12,75 \% + 4,34 \% + 1,36\% + 0,67 \%)] \times [1 \% \text{ le sixième plus élevé}] = 0,6588 \%$$

Comme le pourcentage obtenu a plus de deux décimales et que seules les deux premières sont retenues et la deuxième est augmentée d'une unité si la troisième est supérieur à 4, le pourcentage sera de 0,66% ;

$$[100\% - (15 \% + 12,75 \% + 4,34 \% + 1,36\% + 0,67 \% + 0,66 \%)] \times [0,5 \% \text{ le septième plus élevé}] = 0,3261 \%$$

Comme le pourcentage obtenu a plus de deux décimales et que seules les deux premières sont retenues et la deuxième est augmentée d'une unité si la troisième est supérieur à 4, le pourcentage sera de 0,33% ;

Notons que nous n'avons pas considéré le pourcentage de la déviation de l'avant-bras gauche compte tenu que madame Gagnon n'a pas subi d'aggravation de cette lésion suite à son accident du 3 mars 2000.

---

4 - les pourcentages ainsi calculés sont additionnés :

$$15 \% + 12,75 \% + 4,34 \% + 1,36 \% + 0,67 \% + 0,66 \% + 0,33 \% = 35,11 \% (\% \text{ global})$$

Comme le résultat a des décimales, il est arrondi au pourcentage entier supérieur, soit 36 %.

---

Madame Gagnon présente, donc, une perte pour préjudice non pécuniaire estimée à 36 %. De plus, à ce pourcentage, il nous faut également ajouter le 2 % pour bilatéralité ce qui porte le total de la perte à 38 %.

Une fois le pourcentage global établi, il reste encore à déterminer le montant d'indemnité forfaitaire :  
 $38 \% \times 175\,000,00\$ = 66\,500,00\$$

Ainsi, dans notre hypothèse, madame Gagnon aurait droit à 66 500,00\$ à titre d'indemnité forfaitaire pour préjudice non pécuniaire.

### 3.2 Victime présentant des blessures

Il arrive, comme nous en avons brièvement discuté précédemment, que certaines victimes voient leurs blessures, des suites d'un accident d'automobile, évoluées favorablement jusqu'à une guérison complète. D'autres, par contre, sans atteindre une guérison totale, demeurent avec des séquelles légères qui se situent sous le seuil minimal prévu pour donner droit à une indemnité pour séquelles permanentes. Ces victimes vivent ou ont vécu, tout de même, une certaine perte d'agrément de la vie pendant une période de temps donnée. La section III du nouveau règlement prévoit, alors, que, dans ces cas, c'est la gravité des blessures subies au moment de l'accident qui devient le critère pour déterminer le montant de l'indemnité pour perte non pécuniaire.

La section III du nouveau règlement nous réfère à l'annexe II qui correspond à un second barème appelé « Répertoire des blessures »<sup>24</sup>. Ce répertoire précise, pour chaque blessure, une cote de gravité comprise entre 1 et 6. Cette cote représente l'ordre de grandeur estimé par la Société de l'impact des blessures sur la qualité de vie.

Le préjudice est, en fait, évalué en fonction, d'une part, des blessures répertoriées dans l'annexe II et, d'autre part, en fonction de la cote de gravité correspondante à ces blessures. Si une blessure n'est pas répertoriée, la cote de gravité doit être déterminée par référence à une blessure analogue d'une gravité équivalente<sup>25</sup>.

---

<sup>24</sup> Art. 8.

<sup>25</sup> Id.

Chaque cote de gravité a été déterminée comme si la blessure était seule et unique. Aussi, en présence de plusieurs blessures, nous devons utiliser une méthode de calcul qui permet d'évaluer leur effet combiné.

Il faut, pour ce faire, suivre les étapes de calcul mentionnées au règlement<sup>26</sup>. La méthode consiste à considérer à la fois la gravité des blessures ainsi que les régions du corps qui sont atteintes. Le corps a été divisé en douze (12) régions distinctes comprenant, entre autres, la face, le thorax, chacun des membres supérieurs et inférieurs, le psychisme, etc.

La blessure ayant la cote de gravité la plus élevée sous chacun des titres indiqués dans l'annexe II doit être retenue aux fins du calcul pour préjudice non pécuniaire.

Par la suite, il faut procéder par l'addition du carré des cotes les plus élevées, parmi celles qui ont été identifiées précédemment, jusqu'à concurrence de trois cotes.

Puis, on détermine la classe de gravité concernée au moyen du tableau suivant :

Tableau 1

Résultat de l'addition	Classe de gravité	Montant de l'indemnité
1 à 8	A	0\$
9 à 15	B	300\$
16 à 24	C	500\$
25 à 35	D	800\$
36 et plus	E	1000\$

Ainsi, le montant de l'indemnité forfaitaire pour préjudice non pécuniaire accordé à une victime est le montant indiqué dans le tableau correspondant à la classe de gravité déterminée. Il y a lieu de souligner que la classe de gravité B est le minimum requis pour donner droit à une indemnité et que le montant d'indemnité maximum est de 1 000,00\$.

---

<sup>26</sup> Id.

À titre d'exemple, reprenons le cas de madame Gagnon mais cette fois, dans l'hypothèse où elle n'aurait pas conservé de séquelles permanentes, et évaluons ce que le règlement prévoit à titre d'indemnité pour préjudice non pécuniaire dans une telle situation.

Région du corps	Atteinte	Cote de gravité
Tête et cou	Traumatisme crânien ou cérébral modéré	4
Face	Fracture de l'os du nez	3
Rachis	Entorse cervicale avec signes musculo-squelettiques	2
Membre supérieur droit	Fracture du poignet droit (carpe)	4
Membre inférieur gauche	Fracture du tibia au niveau de l'épiphyse	5
Surface corporelle dans son ensemble	- Plaie au membre supérieur	2
	- Plaie au membre inférieur	2
	- Plaie à la face	2

Après avoir déterminé ainsi, pour chaque région atteinte, la blessure qui a la cote de gravité la plus élevée, il faut, maintenant, additionner le carré des cotes les plus élevées de chaque région jusqu'à concurrence de trois (3) cotes. En l'espèce, nous aurions ce qui suit :

$$5^2 \text{ (fracture du tibia)} + 4^2 \text{ (traumatisme crânien)} + 4^2 \text{ (fracture du poignet)} = 25 + 16 + 16 = 57$$

Finalement, il faut comparer le résultat de cette addition aux résultats inscrits au tableau 1 en vue de déterminer la classe de gravité. Un résultat totalisant 57 correspond à la classe de gravité E, soit la plus élevée, qui donne droit à une indemnité maximale pour préjudice non pécuniaire de 1 000,00\$.

### 3.3 Victime décédée

En vertu du nouveau règlement, aucune indemnité pour préjudice non pécuniaire n'est payable lorsque la victime décède dans les vingt-quatre (24) heures suivant l'accident automobile<sup>27</sup>.

Si la victime décède plus de vingt-quatre heures après l'accident, mais dans les douze (12) mois suivant ce dernier, l'indemnité forfaitaire pour préjudice non pécuniaire correspond à celle fixée par règlement pour l'indemnisation du préjudice subi en raison de blessures et qui est prévue à la section III.

<sup>27</sup> Art. 9.

Il en est de même lorsque la victime décède plus de douze (12) mois après l'accident et qu'il était médicalement prévisible qu'elle n'aurait été affectée par aucune séquelle permanente d'ordre fonctionnel ou esthétique ou que la gravité des séquelles aurait été insuffisante pour donner droit à une indemnité forfaitaire déterminée en application des dispositions de la section II du règlement, soit les dispositions relatives aux victimes présentant des séquelles permanentes.

Par contre, lorsque la victime décède plus de douze (12) mois après l'accident et qu'il était médicalement prévisible qu'elle présenterait des séquelles permanentes d'ordre fonctionnel ou esthétique suffisamment graves pour correspondre à une classe de gravité, l'évaluation de l'indemnité forfaitaire pour préjudice non pécuniaire doit être effectuée en fonction des dispositions de la section II du règlement, soit les dispositions relatives aux victimes de séquelles permanentes.

Il est important de préciser que l'évaluation de la victime doit se faire à la date de son décès. Par contre, lors de l'établissement du montant d'indemnité, la Société doit se référer au montant maximum en vigueur, non pas à la date du décès, mais à la date de la décision qu'elle rendra<sup>28</sup>.

## CONCLUSION

L'étude du nouveau *Règlement sur l'indemnité forfaitaire pour préjudice non pécuniaire* montre, croyons nous, que le législateur, tout en cherchant une méthode de compensation globalement uniforme pour toute victime d'accident de la route, a tenté de trouver une façon adéquate d'indemniser chaque victime pour les conséquences, dans la vie quotidienne, de séquelles permanentes ou de blessures.

Ce faisant, cependant, il a créé des critères qui, à notre avis, laissent place, dans une large mesure, à l'interprétation des évaluateurs, d'où notre inquiétude. On n'a qu'à penser à la détermination de la classe de gravité pour chaque unité fonctionnelle ou esthétique qui risque de devenir, dans certains cas, un véritable problème métaphysique.

---

<sup>28</sup> Art. 76 de la *Loi sur l'assurance automobile*.

De plus, pour certaines unités fonctionnelles, la démarche à suivre avant d'être en mesure de trouver la bonne classe de gravité est d'une complexité telle que nous nous questionnons quant à la volonté des médecins traitants et/ou des experts médicaux de procéder à une évaluation du préjudice non pécuniaire dans ces circonstances.

Bref, bien que les intentions premières du législateur nous apparaissent louables, nous craignons que le nouveau règlement devienne, dans un avenir prochain, une source importante de conflits et que les accidentés de la route en soient les victimes impuissantes. Seul l'écoulement du temps, en fait, permettra d'évaluer l'impact réel de ces nouvelles dispositions réglementaires.

## **EXTRAIT DE L'ANNEXE 1\***

# **RÉPERTOIRE DES SÉQUELLES PERMANENTES D'ORDRE FONCTIONNEL OU ESTHÉTIQUE**

## **EXTRAIT DU RÈGLEMENT SUR L'INDEMNITÉ FORFAITAIRE POUR PRÉJUDICE NON PÉCUNIAIRE , R.R.Q., c.A-25, r. 5.4**

**Adopté en vertu de la *Loi sur l'assurance automobile***  
(L.R.Q., c. A-25, a. 195, par. 12° ; 1999, c. 22, a. 38, par. 1° et a. 44)

---

\* Le présent extrait n'a aucune valeur légale et n'est cité que pour une bonne compréhension des exemples mentionnés dans le texte précédent.

## ANNEXE 1

### RÉPERTOIRE DES SÉQUELLES PERMANENTES D'ORDRE FONCTIONNEL OU ESTHÉTIQUE

#### UNITÉS FONCTIONNELLES

1. La fonction psychique.....
2. L'état de conscience.....
3. L'aspect cognitif du langage.....
4. Les fonctions de l'appareil visuel sont constituées de deux unités :.....
  - 4.1. la vision.....
  - 4.2. les fonctions annexes de l'appareil visuel.....
5. Les fonctions de l'appareil auditif sont constituées de deux unités :.....
  - 5.1. l'audition.....
  - 5.2. les fonctions annexes de l'appareil auditif.....
6. Le goût et l'odorat
7. La sensibilité cutanée est constituée de sept unités :
  - 7.1. la sensibilité cutanée du crâne et du visage
  - 7.2. la sensibilité cutanée du cou
  - 7.3. la sensibilité cutanée du tronc et des organes génitaux
  - 7.4. la sensibilité cutanée du membre supérieur droit
  - 7.5. la sensibilité cutanée du membre supérieur gauche
  - 7.6. la sensibilité cutanée du membre inférieur droit
  - 7.7. la sensibilité cutanée du membre inférieur gauche
8. Les tableaux cliniques des troubles de l'équilibre
9. La phonation.....
10. La mimique
11. Le déplacement et le maintien de la tête.....
12. Le déplacement et le maintien du tronc.....
13. La fonction de déplacement et de maintien du membre supérieur est constitué de deux unités :.....
  - 13.1 le déplacement et le maintien du membre supérieur droit.....
  - 13.2 le déplacement et le maintien du membre supérieur gauche.....
14. La dextérité manuelle (préhension et manipulation ) est constituée de deux unités :...
  - 14.1. la dextérité manuelle droite.....
  - 14.2. la dextérité manuelle gauche.....

## **(SUITE) UNITÉS FONCTIONNELLES**

15. **La locomotion**.....
16. La protection assurée par le crâne
17. La protection assurée par la cage thoracique et la paroi abdominale
18. La respiration rhinopharyngée
19. Les fonctions digestives sont constituées de quatre unités :
  - 19.1. l'ingestion (mastication et déglutition incluant la préhension et la salivation
  - 19.2. la digestion et l'absorption
  - 19.3. l'excrétion
  - 19.4. les fonctions hépatique et biliaire
20. La fonction cardio-respiratoire
21. Les fonctions urinaires sont constituées de deux unités :
  - 21.1. la fonction rénale
  - 21.2. la miction
22. Les fonctions génito-sexuelles sont constituées de trois unités
  - 22.1. l'activité sexuelle génitale
  - 22.2. la procréation.
  - 22.3. l'interruption de grossesse
23. Les fonctions endocrinienne, hématologique, immunitaire et métabolique
24. Les tableaux cliniques de paraplégie et de tétraplégie

## **UNITÉS ESTHÉTIQUES**

25. L'esthétique est constituée de huit unités :
  - 25.1. l'esthétique du crâne et du cuir chevelu
  - 25.2. l'esthétique du visage
  - 25.3. l'esthétique du cou
  - 25.4. l'esthétique du tronc et des organes génitaux
  - 25.5. l'esthétique du membre supérieur droit
  - 25.6. l'esthétique du membre supérieur gauche
  - 25.7. l'esthétique du membre inférieur droit
  - 25.8. l'esthétique du membre inférieur gauche

## 1. LA FONCTION PSYCHIQUE

La fonction psychique, de par ses différentes dimensions, intervient dans l'ensemble des habitudes de vie d'une personne.

### RÈGLES D'ÉVALUATION

1. Se référer aux dispositions de la Section II du présent Règlement.
2. L'évaluation doit tenir compte des éléments suivants pour traduire de façon globale l'impact d'une atteinte de la fonction psychique dans la vie quotidienne :
  - le degré d'autonomie et l'efficacité sociale appréciés en fonction de la nécessité de recourir à des stratégies compensatoires, à des aides techniques ou à une aide humaine, en termes de surveillance et/ou d'assistance
  - l'importance des répercussions d'une atteinte des fonctions cognitives sur la réalisation des habitudes de vie ;
  - l'importance des répercussions de troubles affectifs ou mentaux sur la réalisation des habitudes de vie, évaluée selon " L'Échelle d'évaluation globale de fonctionnement ", adaptée de l'échelle proposée par l'Association américaine de psychiatrie.

### ÉCHELLE D'ÉVALUATION GLOBALE DU FONCTIONNEMENT (EGF)

100	Niveau supérieur de fonctionnement dans une grande variété d'activités. N'est jamais débordé par les problèmes rencontrés. Est recherché par autrui en raison de ses nombreuses qualités. Absence de symptômes.
91	
90	Symptômes absents ou minimes (p. ex. anxiété légère avant un examen), fonctionnement satisfaisant dans tous les domaines, intéressé et impliqué dans une grande variété d'activités, socialement efficace, en général satisfait de la vie, pas plus de problèmes ou de préoccupations que les soucis de tous les jours (p. ex. conflit occasionnel avec des membres de la famille).
81	
80	Si des symptômes sont présents, ils sont transitoires et il s'agit de réactions prévisibles à des facteurs de stress (p. ex. des difficultés de concentration après une dispute familiale) ; pas plus qu'une altération légère du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex. retard temporaire du travail scolaire).
71	
70	Quelques symptômes légers (p. ex. humeur dépressive et insomnie légère) ou une certaine difficulté dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex. école buissonnière épisodique ou vol dans la famille) mais fonctionne assez bien de façon générale et entretient plusieurs relations interpersonnelles positives.
61	
60	Symptômes d'intensité moyenne (p. ex. épuisement affectif, prolixité circonlocutoire, attaques de panique épisodiques) ou difficultés d'intensité moyenne dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex. peu d'amis, conflits avec les camarades de classe ou les collègues de travail).
51	
50	Symptômes importants (p. ex. idéation suicidaire, rituels obsessionnels sévères, vols répétés dans les grands magasins) ou altération importante du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex. absence d'amis, incapacité à garder un emploi).
41	
40	Existence d'une certaine altération du sens de la réalité ou de la communication (p. ex. discours par moments illogique, obscur ou inadapté) ou déficience majeure dans plusieurs domaines, p. ex. le travail, l'école, les relations familiales, le jugement, la pensée ou l'humeur (p. ex. un homme déprimé évite ses amis, néglige sa famille et est incapable de travailler ; un enfant bat fréquemment des enfants plus jeunes que lui, se montre provoquant à la maison et échoue à l'école).
31	
30	Le comportement est notablement influencé par des idées délirantes ou des hallucinations ou trouble grave de la communication ou du jugement (p. ex. parfois incohérent, actes grossièrement inadaptés, préoccupation suicidaire) ou incapable de fonctionner dans presque tous les domaines (p. ex. reste au lit toute la journée, absence de travail, de foyer ou d'amis).
21	
20	Existence d'un certain danger d'auto ou d'hétéro-agression (p. ex. tentative de suicide sans attente précise de la mort, violence fréquente, excitation maniaque) ou incapacité temporaire à maintenir une hygiène corporelle minimum (p. ex. se barbouille d'excréments) ou altération massive de la communication (p. ex. incohérence indiscutable ou mutisme).
11	
10	Danger persistant d'auto ou d'hétéro-agression grave (p. ex. accès répétés de violence) ou incapacité durable à maintenir une hygiène corporelle minimum ou geste suicidaire avec attente précise de la mort.
1	

## CLASSES DE GRAVITÉ

Les conséquences dans la vie quotidienne - perte de jouissance de la vie, douleurs, souffrance psychique et autres inconvénients - découlant de la présence d'une atteinte permanente sont comparables à celles qui résulteraient de la situation ayant l'impact le plus important, parmi les situations décrites ci-après :	
Sous le seuil minimal	Présence de symptômes sans répercussions significatives sur le rendement personnel et social. Les conséquences de l'atteinte permanente sont moindres que celles résultant des situations décrites dans la classe de gravité 1.
Gravité 1 2%	Troubles affectifs ou mentaux affectant le fonctionnement personnel et social, lequel se situe entre 71 et 80 selon " l'Échelle d'évaluation globale du fonctionnement " ;  ou Nécessité, sur une base régulière et permanente de prendre une médication sous ordonnance incluant, le cas échéant, les effets secondaires.
Gravité 2 5%	Troubles affectifs ou mentaux affectant le fonctionnement personnel et social, lequel se situe entre 61 et 70 selon " l'Échelle d'évaluation globale du fonctionnement " ;  ou <u>Atteinte cognitive</u> mineure telle une diminution de l'attention dans les tâches complexes, parfois associée à de la fatigabilité. Les difficultés vécues requièrent une légère adaptation dans l'organisation du fonctionnement.
Gravité 3 15%	Troubles affectifs ou mentaux affectant le fonctionnement personnel et social lequel se situe entre 51 et 60 selon « l'Échelle d'évaluation globale du fonctionnement ; »  ou <u>Atteinte cognitive</u> légère telle des difficultés d'attention, de mémoire et/ou d'apprentissage, parfois associée à de la fatigabilité. L'atteinte est suffisante pour affecter l'organisation et l'exécution de tâches complexes comme la prise de décisions importantes. Les difficultés vécues requièrent une adaptation substantielle dans l'organisation du fonctionnement pouvant justifier l'intervention d'une autre personne (surveillance ou assistance).
Gravité 4 35%	Troubles affectifs ou mentaux affectant le fonctionnement personnel et social lequel se situe entre 41 et 50 selon " l'Échelle d'évaluation globale du fonctionnement " ;  ou <u>Atteinte cognitive</u> modérée telle des difficultés d'attention, de mémoire et/ou d'apprentissage, une diminution du jugement, souvent associée à de la fatigabilité. L'atteinte est suffisante pour affecter l'exécution de tâches usuelles comme la planification des activités de la vie domestique (repas, ménage, achats).  Les difficultés vécues requièrent une réorganisation du fonctionnement nécessitant l'intervention d'une autre personne (surveillance ou assistance).
Gravité 5 70%	Troubles affectifs ou mentaux avec une désorganisation majeure du fonctionnement personnel et social, altération du sens de la réalité ;  ou <u>Atteinte cognitive</u> sévère au point d'empêcher la réalisation de tâches routinières et simples. La personne ne peut être laissée seule que pour de courtes périodes.
Gravité 6 100%	La personne est entièrement ou presque entièrement dépendante d'une aide humaine pour la réalisation de la majorité des activités de la vie de tous les jours. Des mesures de protection peuvent être nécessaires, telles le placement en milieu protégé, l'isolement, les contentions.

[Commentaires :](#)

*Les classes de gravité distinguent d'une façon évidente les troubles affectifs et mentaux de l'atteinte cognitive.*

*Les classes de gravité portant sur les troubles affectifs et mentaux réfèrent directement à échelle d'évaluation global du fonctionnement (EGF). Cette échelle est tirée du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM-IV<sup>29</sup>. Cette échelle vise à « évaluer le fonctionnement psychologique, social et professionnel sur un continuum hypothétique allant de la santé mentale à la maladie et ce, sans tenir compte d'une altération du fonctionnement due à des facteurs limitant d'ordre physique ou environnemental »<sup>30</sup>.*

*L'importance des troubles affectifs et mentaux est évaluée dans le cadre des classes de gravité en fonction de leurs répercussions sur la réalisation des habitudes de vie et du fonctionnement social, professionnel et scolaire selon la gradation suivante:*

- altération légère du fonctionnement (80-71)*
- certaines difficultés dans le fonctionnement (70-61)*
- difficulté d'intensité moyenne dans le fonctionnement (60-51)*
- altération importante dans le fonctionnement (50-41)*
- déficience majeure dans plusieurs domaines (40-31)*
- incapacité de fonctionner dans presque tous les domaines (30-21)*

*Quant à l'évaluation de l'atteinte cognitive, elle réfère à une échelle de gravité semblable à celle existante sous le régime du Règlement sur les atteintes permanentes<sup>31</sup> soit :*

- atteinte mineur (5%)*
- atteinte légère (15%)*
- atteinte modérée (35%)*
- atteinte sévère (70%)*

*De plus, les classes de gravité ne permettent pas de moduler la gradation du pourcentage. Par exemple, dans le cas d'une atteinte à l'unité fonctionnelle psychique, plus particulièrement, une atteinte cognitive, le législateur n'a prévu aucune gradation entre la classe 2 (atteinte mineure correspondant à un taux de 5%) et la classe 3 (atteinte légère correspondant à un taux de 15%). Ainsi, la victime ne pourra être indemnisée qu'en fonction de l'une ou l'autre de ces classes de gravité et ne pourra pas obtenir une compensation mitoyenne correspondant à un état situé entre ces deux classes.*

---

<sup>29</sup> American Psychiatric Association, *DSM-IV, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4<sup>e</sup> édition, Paris, Masson, 1996, p.38.

<sup>30</sup> Id.

<sup>31</sup> Règlement sur les atteintes permanentes, R.R.Q., c. A-25, r. 0.1.

## 2. L'ÉTAT DE CONSCIENCE

La conscience est la faculté qu'a la personne de connaître sa propre réalité et de la juger. L'atteinte permanente de l'état de conscience peut se manifester par des troubles à caractère épisodique, telles l'épilepsie, la lipothymie et la syncope, ou à caractère constant, tels la stupeur, le coma et l'état végétatif chronique<sup>32</sup>.

### RÈGLES D'ÉVALUATION

1. Se référer aux dispositions de la Section II du présent Règlement.
2. Les retentissements sur les autres unités fonctionnelles, par exemple une incontinence survenant lors d'une crise d'épilepsie, sont inclus dans les classes de gravité du présent chapitre.

### CLASSES DE GRAVITÉ

<b>Les conséquences dans la vie quotidienne - perte de jouissance de la vie, douleurs, souffrance psychique et autres inconvénients - découlant de la présence d'une atteinte permanente sont comparables à celles qui résulteraient de la situation ayant l'impact le plus important, parmi les situations décrites ci-après :</b>	
<b>Sous le seuil minimal</b>	Les conséquences de l'atteinte permanente sont moindres que celles résultant de la situation décrite dans la classe de gravité 1.
<b>Gravité 1 5%</b>	Perturbations de l'état de conscience affectant légèrement la réalisation des habitudes de vie. Une médication, pouvant comporter des effets secondaires, est nécessaire pour permettre le contrôle de conditions telles l'épilepsie. Le contrôle médical est adéquat et suffisant pour que la conduite automobile demeure autorisée.
<b>Gravité 2 15%</b>	Perturbations de l'état de conscience affectant de façon modérée la réalisation des habitudes de vie. Le contrôle médical est suffisant pour que la personne demeure autonome mais non pour autoriser les activités pouvant mettre en cause sa sécurité ou celle d'autrui telles la conduite automobile.
<b>Gravité 3 30%</b>	Perturbations de l'état de conscience affectant de façon importante la réalisation des habitudes de vie .La gravité des crises appréciée en fonction de leur intensité (type de crise), leur fréquence malgré le traitement médical et leurs circonstances (élément déclencheur, horaire) justifie sur une base régulière, l'intervention d'une autre personne (surveillance ou assistance). La personne conserve toutefois un degré d'autonomie lui permettant de maintenir une certaine efficacité sociale.
<b>Gravité 4 60%</b>	Perturbations de l'état de conscience affectant de façon sévère la réalisation des habitudes de vie. L'autonomie et l'efficacité sociale sont réduites au minimum.
<b>Gravité 5 100%</b>	Absence de toute vie relationnelle, tel l'état végétatif chronique, rendant la personne entièrement dépendante de l'aide d'une autre personne et du support médical.

<sup>32</sup> Voir la section lexicale à la fin de l'unité fonctionnelle

## Commentaires :

Afin de distinguer l'application de la norme de l'état de conscience affectant la conduite automobile, nous vous référons au Règlement sur les conditions d'accès à la conduite d'un véhicule routier relative à la santé des conducteurs, L.R.Q., c. C-24.2 et particulièrement aux articles 47 à 53.

## Lexique :

Épilepsie : Maladie qui se manifeste sous forme de crises violentes avec des convulsions correspondent à des décharges encéphaliques bilatérales ou localisées et pouvant s'accompagner de pertes de conscience ou d'hallucinations.

Lipothymie : Impression d'évanouissement immédiate ou brève perte de connaissance avec conservation des mouvements respiratoire et cardiaque.

Syncope : Perte de connaissance brutale et de brève durée, due à la diminution de la circulation cérébrale.

Stupeur : État d'inhibition motrice d'origine psychique.

Coma : État caractérisé par la perte des fonctions de relation (conscience, mobilité, sensibilité) avec conservation de la vie végétative.

État végétatif chronique : État qui se limite à l'entretien des fonctions vitales sans faire intervenir les facultés intellectuelles.

### 3. L'ASPECT COGNITIF DU LANGAGE

L'aspect cognitif du langage réfère à la capacité mentale de comprendre et de produire le langage oral et écrit. Exemples d'atteintes : la dysphasie, l'aphasie, l'alexie, l'agraphie, l'acalculie<sup>33</sup>

#### RÈGLES D'ÉVALUATION

1. Se référer aux dispositions de la Section II du présent Règlement.
2. L'évaluation doit tenir compte des capacités suivantes pour traduire de façon globale l'impact de l'atteinte dans la vie quotidienne :

- s'exprimer par la parole
- s'exprimer par l'écriture
- s'exprimer par le mime ou les gestes
- nommer ou décrire des objets
- épeler
- comprendre le langage verbal et non verbal
- lire et comprendre ce qui est lu
- comprendre des consignes verbales ou écrites
- répéter
- 

Selon les circonstances, l'atteinte fonctionnelle peut être documentée par tout autre examen spécifique pertinent.

3. Les atteintes périphériques sensorielles ou motrices qui peuvent interférer avec la compréhension et/ou l'expression mécanique du langage ne doivent pas être évaluées selon les règles du présent chapitre mais selon les règles prévues pour les unités fonctionnelles concernées.

#### CLASSES DE GRAVITE

Les conséquences dans la vie quotidienne - perte de jouissance de la vie, douleurs, souffrance psychique et autres inconvénients - découlant de la présence d'une atteinte permanente sont comparables à celles qui résulteraient de la situation ayant l'impact le plus important, parmi les situations décrites ci-après :	
Sous le seuil minimale	Les conséquences de l'atteinte permanente sont moindres que celles résultant de la situation décrite dans la classe de gravité 1.
Gravité 1 5%	Discret manque du mot dans le langage écrit ou dans le langage parlé.
Gravité 2 20%	Utilisation de nombreuses substitutions ou déformations des mots (paraphasie) <b>ou</b> Difficultés de compréhension des phrases longues et complexes ou du langage abstrait ou figuré
Gravité 3 40%	Trouble important de l'écriture (dysgraphie) ; <b>ou</b> Difficultés de compréhension des phrases simples
Gravité 4 70%	Perturbation importante de la compréhension associée à des difficultés d'expression rendant la conversation très laborieuse
Gravité 5 100%	La compréhension est nulle ou presque nulle et la personne est totalement incapable d'émettre tout langage permettant d'exprimer sa pensée.

#### Commentaires :

<sup>33</sup> Voir la section lexicale à la fin de l'unité fonctionnelle

*Si une victime a une atteinte motrice affectant son mécanisme du langage, elle doit être évaluée en fonction de l'unité fonctionnelle affectée. Par exemple, si une victime a subi des fractures multiples de la mâchoire, qui a une influence directe sur sa capacité d'élocution, cette perte doit être évaluée selon les règles prévues dans l'unité fonctionnelle «La phonation» et non pas en fonction de l'unité fonctionnelle «L'aspect cognitif du langage». En effet, l'aspect cognitif du langage réfère à la capacité mentale de comprendre ou de reproduire le langage oral et écrit, alors que la phonation réfère à la capacité de produire mécaniquement des sons vocaux qui peuvent être entendus, compris, et dont le débit et le rythme peuvent être maintenus.*

### Lexique :

Dysphasie : Retard important du langage chez l'enfant.

Aphasie : perte de la parole ou de la compréhension du langage à la suite d'une lésion du cortex cérébral.

Alexie : Incapacité pathologique à lire.

Agraphie : Incapacité d'écrire, indépendamment de tout trouble moteur.

Acalculie : Impossibilité pathologique de reconnaître les chiffres, d'utiliser des nombres et de réaliser des opérations arithmétiques.

Paraphasie : Trouble du langage oral caractérisé par l'altération, notamment par l'interversion ou la substitution, des syllabes et des mots.

Dysgraphie : Trouble de l'apprentissage de l'écriture.

#### **4. LES FONCTIONS DE L'APPAREIL VISUEL**

L'appareil visuel a pour fonction de mettre la personne en rapport avec le monde extérieur par l'intermédiaire de la lumière.

Les fonctions de l'appareil visuel sont constituées de deux unités fonctionnelles.

##### **4.1. La vision**

##### **4.2. Les fonctions annexes de l'appareil visuel**

- fonction de protection
- fonction de lubrification de l'oeil
- fonctions visuelles complémentaires : sensibilité lumineuse, photophobie, accommodation, convergence, perception des couleurs, etc.

#### **RÈGLES D'ÉVALUATION**

1. Se référer aux dispositions de la Section II du présent Règlement.
2. Les difficultés de lecture reliées à un trouble cognitif ne doivent pas être évaluées selon les règles du présent chapitre mais selon les règles prévues dans l'unité fonctionnelle " L'aspect cognitif du langage " .
3. Les règles d'évaluation spécifiques sont précisées au début de chaque unité fonctionnelle.

## 4.1. LA VISION

### Règles spécifiques d'évaluation.

L'évaluation est réalisée en quatre étapes.

#### ÉTAPE 1 : Évaluation des trois composantes nécessaires à la vision optimale

##### A) Procédure de détermination du pourcentage conservé de l'acuité visuelle centrale pour la vision à distance et de près

- L'acuité visuelle centrale est mesurée pour chaque oeil avec la meilleure correction optique pouvant être portée de façon tolérable et acceptable pour la vision de près et la vision à distance.
- Le pourcentage conservé d'acuité visuelle qui est reporté à l'étape 2, dans la formule de calcul du pourcentage d'efficacité de chaque oeil, est obtenu en consultant le tableau suivant :

#### POURCENTAGE CONSERVÉ DE L'ACUITÉ VISUELLE CENTRALE

Vision		0,4 M	0,5 M	0,6 M	0,8 M	1 M	1,25 M	1,6 M	2 M	2,5 M	3,2 M	4 M
Vision distance ( mètres)	à											
	de près											
6 / 4,5		100*	100	97	95	75	70	60	57	55	52	51
		50**	50	48	47	37	35	30	28	27	26	25
6 / 6		100	100	97	95	75	70	60	57	54	52	51
		50	50	48	47	37	35	30	28	27	26	25
6 / 7,5		97	97	95	92	72	67	57	55	52	50	48
		48	48	47	46	36	33	28	27	26	25	24
6 / 9		95	95	92	90	70	65	55	52	50	47	46
		47	47	46	45	35	32	27	26	25	24	23
6 / 12		92	92	90	87	67	62	52	50	47	45	43
		46	46	45	43	33	31	26	25	23	22	21
6 / 15		87	87	85	82	62	57	47	45	42	40	38
		43	43	42	41	31	28	23	22	21	20	19
6 / 18		84	84	82	78	59	54	44	41	39	36	35
		42	42	41	39	30	27	22	21	19	18	17
6 / 21		82	82	79	77	57	52	42	39	37	35	33
		41	41	39	38	28	26	21	21	18	17	16
6 / 24		80	80	77	75	55	50	40	37	35	32	31
		40	40	38	37	27	25	20	18	17	16	15
6 / 30		75	75	72	70	50	45	35	32	30	27	26
		37	37	36	35	25	22	17	16	15	13	13
6 / 36		70	70	67	65	45	40	30	27	25	22	21
		35	35	33	32	22	20	15	13	12	11	10
6 / 45		66	66	63	61	41	36	26	23	21	18	17
		33	33	32	30	20	18	13	12	10	9	8
6 / 60		60	60	57	55	35	30	20	17	15	12	11
		30	30	28	27	17	15	10	9	7	6	5
6 / 90		57	57	55	52	32	27	17	15	12	10	8
		38	38	27	26	16	13	9	7	6	5	4
6 / 120		55	55	52	50	30	25	15	12	10	7	6
		27	27	26	25	15	12	7	6	5	3	3
6 / 240		52	52	50	47	27	22	12	10	7	5	3
		26	26	25	23	13	11	6	5	3	2	1

\* nombre supérieur : pourcentage conservé de l'acuité visuelle centrale en l'absence d'aphakie monoculaire

\*\* nombre inférieur : pourcentage conservé de l'acuité visuelle centrale avec allocation pour aphakie monoculaire

**B) Procédure de détermination du pourcentage conservé de l'étendue du champ visuel de chaque oeil :**

- L'étendue d'un champ visuel est déterminée par l'utilisation des méthodes périmétriques courantes. Le stimulus traditionnel standard est le stimulus cinétique III-4e du périmètre de Goldman. Le stimulus IV-4e devrait être utilisé chez les personnes présentant un oeil aphaque corrigé par des verres correcteurs et non par une lentille cornéenne.
- L'index ou test objet est amené de la périphérie vers la zone de vision, c'est-à-dire du non vu au vu. Une mesure de champ périphérique est réalisée pour chaque méridien. Si le résultat est discordant avec la clinique, une deuxième mesure concordant à 15° près avec la première doit être obtenue. Le résultat est porté sur une carte ordinaire de champ de vision pour chacun des huit principaux méridiens situés à 45° les uns des autres. Les méridiens et l'étendue normale du champ de vision à partir du point de fixation sont indiqués sur la carte de champ visuel illustrée au schéma 1.
- En cas de déficit d'un quadrant, d'un hémichamp ou autres anomalies, la mesure est estimée comme étant la moyenne des deux méridiens limitrophes.
- Le pourcentage conservé du champ visuel qui est reporté à l'étape 2, dans la formule de calcul du pourcentage d'efficacité de chaque oeil, est obtenu selon la formule suivante :

$$\frac{\text{Total de l'addition des degrés conservés}^*}{\text{Nombre de degrés préexistants à l'accident}^{**}} \times 100 = \% \text{ conservé du champ visuel}$$

\* Addition du nombre de degrés conservés, pour l'isoptère III-4e, des huit principaux méridiens illustrés au schéma 1.

\*\*Le nombre de degrés du champ visuel préexistants à l'accident peut varier selon les individus et avec l'âge. Pour l'oeil atteint, le nombre de degrés du champ visuel préexistant à l'accident est établi par comparaison avec l'autre oeil si celui-ci est sain. Si l'oeil controlatéral n'est pas sain, la normale est présumée être de 500.

Voir 2000 G.O. 2, 7161 Schéma

**C) Procédure de détermination du pourcentage conservé de la motilité oculaire :**

- L'étendue de la diplopie dans les différentes directions du regard est déterminée avec la meilleure correction possible ( prismes correctifs ) pouvant être portée de façon tolérable et acceptable par une personne, mais sans adjonction de lentilles colorées.
- L'évaluation est réalisée à l'aide d'une petite lumière d'examen ou du stimulus III-4e du périmètre de Goldman à 330 mm de l'oeil de la personne ou sur tout campimètre à une distance d'un mètre de l'oeil de la personne.
- Les résultats de la séparation des deux images se produisant dans les différentes positions du regard sont relevés sur une carte ordinaire de champ visuel (schéma 2) pour chacun des huit principaux méridiens.
- Dans le cas d'une atteinte à l'extérieur des 20° centraux, le pourcentage total de perte de motilité oculaire est obtenu en additionnant, jusqu'à concurrence d'un maximum de 92 %, les pourcentages de perte indiqués au schéma 2 et correspondant aux sites de séparation des deux images objectivés à l'examen.
- Dans le cas d'une atteinte touchant l'intérieur des 20° centraux, le pourcentage total de perte de motilité oculaire correspond au maximum de 92 %.

- Le pourcentage conservé de motilité oculaire qui est reporté à l'étape 2, dans la formule de calcul du pourcentage d'efficacité de chaque oeil, est obtenu en soustrayant de 100 % le pourcentage de perte. Le résultat est appliqué à l'oeil le plus atteint, l'autre oeil se voyant attribuer une valeur normale soit 100 %.

voir 2000 G.O. 2, 7162 Schéma

La perte de motilité oculaire :

- à l'intérieur des 20° centraux équivaut à 92 % ;
- à l'extérieur des 20° centraux équivaut au résultat de l'addition des pourcentages indiqués pour chaque méridien ou une séparation des images est objectivée, jusqu'à un maximum de 92 %.

## ÉTAPE 2 : Détermination du pourcentage d'efficacité de chaque oeil

	% conservé * de l'acuité visuelle	X	% conservé * du champ visuel	X	% conservé * de la motilité oculaire **	=	% d'efficacité d'un oeil
Œil droit	_____		_____		_____		_____
Œil gauche	_____		_____		_____		_____

\*Les pourcentages conservés sont ceux objectivés dans l'examen des trois composantes et calculés à l'étape 1

\*\* Pour les fins du calcul, le pourcentage conservé de la motilité oculaire, obtenu à l'étape 1, est appliqué uniquement à l'oeil le plus atteint. L'autre oeil se voit attribuer une valeur de 100 % pour la motilité oculaire.

## ÉTAPE 3 : Détermination du pourcentage d'efficacité de la vision

% d'efficacité * du meilleur oeil	+	% d'efficacité de l'autre oeil *	=	% d'efficacité de la vision
( _____ X 3 )		_____		_____
	4			

\* Les pourcentages d'efficacité de chaque oeil sont ceux obtenus à l'étape 2.

## ÉTAPE 4 : Détermination du pourcentage de perte fonctionnelle de la vision

Vision normale	-	% d'efficacité * de la vision	=	% de perte fonctionnelle de la vision
100 %		_____		_____

\* Les pourcentages d'efficacité de la vision sont ceux obtenus à l'étape 3.

Pour les fins de l'indemnisation, la classe de gravité est égale au pourcentage de perte fonctionnelle de la vision. Le cas échéant, le résultat est arrondi au 0,5 ou à l'unité supérieure le plus près, le pourcentage maximum étant de 85 %.

## CLASSES DE GRAVITÉ

Les conséquences dans la vie quotidienne - perte de jouissance de la vie, douleurs, souffrance psychique et autres inconvénients - découlant de la présence d'une atteinte permanente sont comparables à celles qui résulteraient de la situation ayant l'impact le plus important, parmi les situations décrites ci-après :	
Sous le seuil minimal	Les conséquences de l'atteinte permanente sont moindres que celles résultant de la situation décrite dans la classe de gravité 0,5.
Gravité 0,5 0,5%	Inconvénients inhérents au port d'une correction optique, rendue nécessaire afin d'assurer une vision normale. L'indemnité selon cette classe de gravité est accordée uniquement si la personne ne portait pas de correction optique avant l'accident.
Gravité 1 à 85 1 à 85%	Inconvénients inhérents à la persistance d'un déficit permanent de la vision, malgré le port d'une correction optique (lunettes - prismes - verres de contact). La classe de gravité correspond à l'importance de la perte fonctionnelle de la vision établie par une évaluation ophtalmologique. Elle se situe entre 1 et un maximum possible de 85.

## 4.2 LES FONCTIONS ANNEXES DE L'APPAREIL VISUEL

### Règles spécifiques d'évaluation

1. La perte d'accommodation ainsi que la photophobie rencontrées chez la personne présentant un oeil aphake sont déjà incluses dans l'évaluation de l'acuité visuelle à l'étape 1A de la section 4.1. ( cf. pourcentage conservé de l'acuité visuelle centrale ) et ne peuvent donner droit à une classe de gravité dans la présente section.
2. Les anomalies de fusion et l'insuffisance de convergence rencontrées chez la personne présentant un examen anormal de la motilité oculaire sont déjà incluses lors du calcul pour l'évaluation de la motilité oculaire à l'étape 1C de la section 4.1. et ne peuvent donner droit à une classe de gravité dans la présente section.

### CLASSES DE GRAVITÉ

Les conséquences dans la vie quotidienne - perte de jouissance de la vie, douleurs, souffrance psychique et autres inconvénients - découlant de la présence d'une atteinte permanente sont comparables à celles qui résulteraient de la situation ayant l'impact le plus important, parmi les situations décrites ci-après :	
Sous le seuil minimal	Les conséquences de l'atteinte permanente sont moindres que celles résultant des situations décrites dans la classe de gravité 1.
Gravité 1 1%	<p>Sensibilité à la lumière ou photophobie légère, dont les contraintes incluent le port de verres fumés, comme dans le cas d'une maculopathie, ou d'une atteinte cornéenne, pupillaire ou des milieux oculaires ;</p> <p>ou Perte d'accommodation légère ;</p> <p>ou Trouble de la vision des couleurs ;</p> <p>ou Légère anomalie de fusion ou léger trouble de convergence comme dans le cas d'une hétérophorie antérieure décompensée, non réductible et parfois symptomatique ;</p> <p>ou Larmoiement léger intermittent, unilatéral ou bilatéral ;</p> <p>ou Légère ptose palpébrale ;</p> <p>ou Justification de mesures thérapeutiques comportant des inconvénients mineurs tels ceux reliés à la prise régulière d'une médication.</p>
Gravité 2 3%	<p>Photophobie modérée, dont les contraintes incluent le port de verres fumés, comme dans le cas d'une maculopathie, ou d'une atteinte cornéenne, pupillaire ou des milieux oculaires</p> <p>ou Perte modérée ou marquée de l'accommodation, unilatérale ou bilatérale ;</p> <p>ou Anomalie de fusion modérée ou trouble de convergence modéré, comme dans le cas d'une hétérophorie antérieure décompensée, non réductible et symptomatique quotidiennement</p> <p>ou Paralysie du regard conjugué vers le haut ;</p> <p>ou Larmoiement fréquent unilatéral ou bilatéral ;</p> <p>ou Ptose palpébrale marquée ;</p> <p>ou Kératite ponctuée superficielle.</p>
Gravité 3 5%	<p>Photophobie importante, comme dans le cas d'une mydriase aréactive ;</p> <p>ou Paralysie complète de l'accommodation d'un oeil, comme dans le cas d'une pseudophakie</p> <p>ou Larmoiement en raison d'une sténose complète d'une des voies lacrymales inférieures ;</p> <p>ou Kératite modérée nécessitant une lubrification fréquente.</p>
Gravité 4 10%	<p>Photophobie maximale comme dans le cas de la perte de l'iris ;</p> <p>ou Paralysie complète de l'accommodation des deux yeux ;</p> <p>ou Paralysie complète de la convergence ;</p> <p>ou Paralysie du regard conjugué vers le bas ou du regard conjugué latéral ;</p> <p>ou Kératite sévère, unilatérale ou bilatérale persistante malgré les traitements ;</p> <p>ou Larmoiement en raison d'une sténose complète des voies lacrymales inférieures des deux yeux.</p>

### Commentaires :

*Exemple : Perte totale de l'œil droit*

### ÉTAPE 2 : Détermination du pourcentage d'efficacité de chaque oeil

	% conservé * de l'acuité visuelle	% conservé * du champ visuel	% conservé * de la motilité oculaire **	% d'efficacité d'un oeil
Œil droit	<u>0%</u>	X <u>0%</u>	X <u>0%</u>	= <u>0%</u>
Œil gauche	<u>100%</u>	X <u>100%</u>	X <u>100%</u>	= <u>100%</u>

\*Les pourcentages conservés sont ceux objectivés dans l'examen des trois composantes et calculés à l'étape 1

\*\* Pour les fins du calcul, le pourcentage conservé de la motilité oculaire, obtenu à l'étape 1, est appliqué uniquement à l'oeil le plus atteint. L'autre oeil se voit attribuer une valeur de 100 % pour la motilité oculaire.

### ÉTAPE 3 : Détermination du pourcentage d'efficacité de la vision

% d'efficacité * du meilleur oeil		% d'efficacité de l'autre oeil *	% d'efficacité de la vision
( <u>100%</u> X 3 )	+	<u>0%</u>	= <u>75%</u>
4			

\* Les pourcentages d'efficacité de chaque oeil sont ceux obtenus à l'étape 2.

### ÉTAPE 4 : Détermination du pourcentage de perte fonctionnelle de la vision

Vision normale		% d'efficacité * de la vision	% de perte fonctionnelle de la vision
100 %	-	<u>75%</u>	= <u>25%</u>

\* Les pourcentages d'efficacité de la vision sont ceux obtenus à l'étape 3.

Pour les fins de l'indemnisation, la classe de gravité est égale au pourcentage de perte fonctionnelle de la vision. Le cas échéant, le résultat est arrondi au 0,5 ou à l'unité supérieure le plus près, le pourcentage maximum étant de 85 %.

La classe de gravité de 25% correspond au pourcentage de préjudice non pécuniaire.

## **5. LES FONCTIONS DE L'APPAREIL AUDITIF**

L'appareil auditif a pour fonction de mettre la personne en rapport avec le monde extérieur par l'intermédiaire des sons ( parole, musique, bruit ambiant ).

Les fonctions de l'appareil auditif sont constituées de deux unités fonctionnelles :

### **5.1. L'audition**

### **5.2. Les fonctions annexes de l'appareil auditif**

## **RÈGLES D'ÉVALUATION**

1. Se référer aux dispositions de la Section II du présent Règlement.
2. Les troubles de l'équilibre ainsi que les difficultés de compréhension reliées à un trouble cognitif ne doivent pas être évaluées selon les règles du présent chapitre mais selon les règles prévues dans les unités fonctionnelles " Les tableaux cliniques des troubles de l'équilibre " et " L'aspect cognitif du langage ".
3. Les règles spécifiques prévues pour l'évaluation de l'audition sont précisées au début de la section

## 5.1 L'AUDITION

### Règles spécifiques d'évaluation.

L'évaluation est réalisée en trois étapes :

#### ÉTAPE 1 : Détermination du seuil auditif moyen pour chaque oreille (audiométrie tonale) et du facteur de gravité de l'atteinte binaurale

##### A) Détermination du seuil auditif moyen pour chaque oreille (audiométrie tonale)

La détermination des seuils auditifs pour chaque oreille est réalisée par audiométrie tonale sans appareil auditif correcteur. Les fréquences utilisées sont 500, 1 000, 2 000 et 4 000 hertz (Hz).

Aux fins du calcul, le seuil auditif maximum pour une fréquence donnée est établi à 100 dB.

Le seuil auditif moyen pour chaque oreille est obtenu en appliquant la méthode de calcul ci-dessous. Pour tout résultat supérieur à 25 dB, le seuil auditif moyen est arrondi au multiple de 5 le plus près.

#### CALCUL DES SEUILS AUDITIFS MOYENS

	500 Hz	1 000 Hz	2 000 Hz	4 000 Hz	Seuils auditifs moyens	Moyenne arrondie (dB)
Oreille droite	_____ +	_____ +	_____ +	_____ =	_____ ÷ 4 =	→ _____
					_____	
Oreille gauche	_____ +	_____ +	_____ +	_____ =	_____ ÷ 4 =	→ _____
					_____	
					_____	

##### B) Détermination du facteur de gravité de l'atteinte binaurale

Les moyennes arrondies obtenues pour chacune des oreilles sont reportées au tableau ci-dessous pour obtenir le facteur de gravité.

Pour donner droit à une indemnité, la moyenne arrondie obtenue pour une oreille donnée doit être d'un minimum de 25 dB.

#### FACTEUR DE GRAVITÉ DE L'ATTEINTE BINAURALE

Moyenne arrondie (dB) pour chaque oreille	< 25	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70 et +
< 25	NA	0,5	0,5	1	1,5	2,5	4,5	6,5	8	8,5	9
25	0,5	1,5	1,5	2	2,5	3,5	5,5	7,5	9	9,5	10
30	0,5	1,5	3	3,5	4	5	7	9	10,5	11	11,5
35	1	2	3,5	6	6,5	7,5	9,5	11,5	13	13,5	14
40	1,5	2,5	4	6,5	9	10	12	14	15,5	16	16,5
45	2,5	3,5	5	7,5	10	15	17	19	20,5	21	21,5
50	4,5	5,5	7	9,5	12	17	27	29	30,5	31	31,5
55	6,5	7,5	9	11,5	14	19	29	39	40,5	41	41,5
60	8	9	10,5	13	15,5	20,5	30,5	40,5	48	48,5	49
65	8,5	9,5	11	13,5	16	21	31	41	48,5	51	51,5

70 et +	9	10	11,5	14	16,5	21,5	31,5	41,5	49	51,5	54
---------	---	----	------	----	------	------	------	------	----	------	----

**ÉTAPE 2 : Détermination du pourcentage de discrimination auditive pour chaque oreille (audiométrie vocale) et du facteur de majoration**

Les pourcentages de discrimination auditive pour chaque oreille sont obtenus par audiométrie vocale et reportés au tableau ci-dessous pour obtenir le facteur de majoration.

**Facteur de majoration**

%de discrimination auditive pour chaque oreille	90 à 100	70 à 89	50 à 69	moins de 50
90 à 100	0	1	2	3
70 à 89	1	2	3	4
50 à 69	2	3	4	5
moins de 50	3	4	5	6

**ÉTAPE 3 : Détermination de la classe de gravité**

La classe de gravité pour l'audition correspond à la somme du facteur de gravité obtenu à l'étape 1 et du facteur de majoration obtenu à l'étape 2.

Facteur de gravité (étape 1)	Facteur de majoration (étape 2)	Classe de gravité
_____ +	_____ =	_____

**CLASSES DE GRAVITÉ**

Les conséquences dans la vie quotidienne - perte de jouissance de la vie, douleurs, souffrance psychique et autres inconvénients - découlant de la présence d'une atteinte permanente sont comparables à celles qui résulteraient de la situation ayant l'impact le plus important, parmi les situations décrites ci-après :	
Sous le seuil minimal	Les conséquences de l'atteinte permanente sont moindres que celles résultant de la situation correspondant à la classe de gravité 0,5.
Gravité 0,5 à 60 0,5 à 60 %	Inconvénients inhérents à la persistance d'un déficit permanent de l'audition. La classe de gravité correspond à l'importance de la perte fonctionnelle de l'audition établie par une évaluation audiologique. Elle se situe entre 0,5 et un maximum possible de 60.

## 5.2. LES FONCTIONS ANNEXES DE L'APPAREIL AUDITIF

### CLASSES DE GRAVITÉ

Les conséquences dans la vie quotidienne - perte de jouissance de la vie, douleurs, souffrance psychique et autres inconvénients - découlant de la présence d'une atteinte permanente sont comparables à celles qui résulteraient de la situation ayant l'impact le plus important, parmi les situations décrites ci-après :	
<b>Sous le seuil minimal</b>	Les conséquences de l'atteinte permanente sont moindres que celles résultant des situations décrites dans la classe de gravité 1.
<b>Gravité 1 2 %</b>	Présence d'acouphènes * fréquents ou intenses mais sans conséquence importante sur le sommeil <b>ou</b> Nécessité médicale de mesures préventives, palliatives ou thérapeutiques, comportant des désagréments, tels une restriction de la baignade en raison d'une perforation tympanique sèche.
<b>Gravité 2 3 %</b>	Présence d'otorrhée récidivante secondaire à une perforation tympanique ; <b>ou</b> Présence de phénomènes irritatifs et infectieux fréquents, comme dans le cas d'une sténose du conduit auditif externe ; <b>ou</b> Exacerbations épisodiques fréquentes, comme dans le cas d'un cholestéatome.
<b>Gravité 3 5 %</b>	Présence d'acouphènes * dont la fréquence et l'intensité sont suffisamment importantes pour compromettre le sommeil de façon régulière.

\* Les acouphènes étant un phénomène subjectif, ils ne sont considérés pour indemnisation que si leur présence, leur intensité et leurs conséquences ont été régulièrement documentés dans le dossier médical depuis l'accident.

## Commentaires :

### **Exemple d'évaluation de l'audition :**

*Surdité post- traumatique suite à un accident de la route chez un individu sans antécédent médical*

### **ÉTAPE 1 :**

*L'audiométrie tonale révèle les seuils d'audition suivants :*

#### **CALCUL DES SEUILS AUDITIFS MOYENS**

	500 Hz	1 000 Hz	2 000 Hz	4 000 Hz	Seuils auditifs moyens	Moyenne arrondie (dB)
Oreille droite	<u>25</u> +	<u>30</u> +	<u>30</u> +	<u>35</u> =	<u>120</u> ÷ 4 = 30	→ 30
Oreille gauche	<u>50</u> +	<u>50</u> +	<u>65</u> +	<u>70</u> =	<u>235</u> ÷ 4 = 58.75	→ 60

*Selon le tableau, le facteur de gravité de l'atteinte auditive binaurale est de : 10,5*

#### **FACTEUR DE GRAVITÉ DE L'ATTEINTE BINAURALE**

Moyenne arrondie (dB) pour chaque oreille	< 25	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70 et +
< 25	NA	0,5	0,5	1	1,5	2,5	4,5	6,5	8	8,5	9
25	0,5	1,5	1,5	2	2,5	3,5	5,5	7,5	9	9,5	10
30	0,5	1,5	3	3,5	4	5	7	9	10,5	11	11,5
35	1	2	3,5	6	6,5	7,5	9,5	11,5	13	13,5	14
40	1,5	2,5	4	6,5	9	10	12	14	15,5	16	16,5
45	2,5	3,5	5	7,5	10	15	17	19	20,5	21	21,5
50	4,5	5,5	7	9,5	12	17	27	29	30,5	31	31,5
55	6,5	7,5	9	11,5	14	19	29	39	40,5	41	41,5
60	8	9	<b>10,5</b>	13	15,5	20,5	30,5	40,5	48	48,5	49
65	8,5	9,5	11	13,5	16	21	31	41	48,5	51	51,5
70 et +	9	10	11,5	14	16,5	21,5	31,5	41,5	49	51,5	54

### **ÉTAPE 2 :**

L'audiométrie vocale révèle les pourcentage de discrimination auditive suivants :

Oreille droite : 10 mots sur 10 à 65 dB = 100%

Oreille gauche : 5 mots sur 10 à 95 dB = 50%

Selon le tableau, le facteur de majoration est de :2

<b>Facteur de majoration</b>				
%de discrimination auditive pour chaque oreille	90 à 100	70 à 89	50 à 69	moins de 50
90 à 100	0	1	2	3
70 à 89	1	2	3	4
50 à 69	2	3	4	5
moins de 50	3	4	5	6

**ÉTAPE 3 :**

La classe de gravité pour l'audition correspond à la somme du facteur de gravité obtenu à l'étape 1 et du facteur de majoration obtenu à l'étape 2.

Facteur de gravité (étape 1)	Facteur de majoration (étape 2)	Classe de gravité
___10,5___ +	___2___ =	___12,5___

La classe de gravité 12,5 correspond à un pourcentage de préjudice non pécuniaire de 12,5%.

## 9. LA PHONATION

La phonation réfère à la capacité de produire mécaniquement des sons vocaux qui peuvent être entendus, compris et dont le débit et le rythme peuvent être maintenus.

### RÈGLES D'ÉVALUATION

1. Se référer aux dispositions de la section II du présent Règlement.
2. L'évaluation doit tenir compte de la qualité de l'audibilité, de l'intelligibilité et de la fluidité.
  - \* Audibilité : Degré d'intensité de la voix.
  - \* Intelligibilité : Qualité de l'articulation et des liaisons phonétiques.
  - \* Fluidité : Maintien du débit et du rythme.
3. Les troubles du langage d'ordre cognitif ne doivent pas être évalués selon les règles du présent chapitre mais selon les règles prévues dans l'unité fonctionnelle " L'aspect cognitif du langage "

### CLASSES DE GRAVITÉ

<b>Les conséquences dans la vie quotidienne - perte de jouissance de la vie, douleurs, souffrance psychique et autres inconvénients - découlant de la présence d'une atteinte permanente sont comparables à celles qui résulteraient de la situation ayant l'impact le plus important, parmi les situations décrites ci-après :</b>	
Sous le seuil minimal	Les conséquences de l'atteinte permanente sont moindres que celles résultant des situations décrites dans la classe de gravité 1.
Gravité 1 1 %	Atteinte mineure mais perceptible de l'audibilité, de l'intelligibilité ou de la fluidité ; <b>ou</b> Modification du timbre de la voix.
Gravité 2 5 %	Audibilité L'intensité de la voix est diminuée mais demeure suffisante pour permettre la conversation de tous les jours <b>ou</b> Intelligibilité Présence de quelques difficultés ou inexactitudes mais l'articulation demeure suffisante pour permettre la compréhension, même par des personnes non familières <b>ou</b> Fluidité Le débit verbal est lent, hésitant ou interrompu mais demeure suffisant pour permettre la conversation de tous les jours.
Gravité 3 10 %	Audibilité L'intensité de la voix s'affaiblit rapidement. La conversation rapprochée demeure possible, mais n'est pas efficace dans un environnement bruyant ; <b>ou</b> Intelligibilité La compréhension demeure possible par les proches, mais difficile pour les personnes non familières qui doivent souvent faire répéter ; <b>ou</b> Fluidité Le débit verbal est lent et hésitant au point de limiter le discours continu à de courtes périodes.
Gravité 4 20 %	Audibilité L'intensité de la voix est très faible, telle un chuchotement. La conversation au téléphone n'est pas possible ; <b>ou</b> Intelligibilité L'articulation des mots est limitée à la prononciation de mots courts et familiers <b>ou</b> Fluidité Le débit verbal est très lent et laborieux. Des mots isolés ou de courtes phrases peuvent être énoncés, mais le discours ne peut être maintenu de façon continue.
Gravité 5 30 %	Absence ou quasi absence de toute fonction vocale utile. La voix est inaudible ou incompréhensible.

[Commentaires :](#)

*Si une victime a une atteinte motrice affectant son mécanisme du langage, elle doit être évaluée en fonction de l'unité fonctionnelle affectée. Par exemple, si une victime a subi des fractures multiples de la mâchoire qui ont une influence directe sur sa capacité d'élocution, cette perte doit être évaluée selon les règles prévues dans l'unité fonctionnelle «La phonation » et non pas en fonction de l'unité fonctionnelle «L'aspect cognitif du langage». En effet, l'aspect cognitif du langage réfère à la capacité mentale de comprendre ou de reproduire le langage oral et écrit alors que la phonation réfère à la capacité de produire mécaniquement des sons vocaux qui peuvent être entendus, compris, et dont le débit et le rythme peuvent être maintenus.*

## 11. LE DÉPLACEMENT ET LE MAINTIEN DE LA TÊTE

L'action synergique des mouvements de flexion antérieure, d'extension, de flexion latérale et de rotation de la région cervicale permet de déplacer la tête et de la soutenir en position stable lors de la réalisation de nombreuses habitudes de vie.

### RÈGLES D'ÉVALUATION

1. Se référer aux dispositions de la Section II du présent Règlement.
2. La classe de gravité est déterminée par la situation ayant l'impact le plus important, soit le résultat de l'évaluation globale pondérée ou une autre situation décrite telle la présence de restrictions fonctionnelles.
3. L'évaluation globale pondérée est réalisée en présence d'une diminution de la mobilisation active.
  - 1° La diminution de la mobilisation active est évaluée en mesurant les amplitudes maximales des mouvements actifs obtenues avec effort optimum de la personne évaluée. Le résultat obtenu doit être consistant avec l'ensemble des données cliniques. En présence d'une discordance ne pouvant être expliquée conformément aux connaissances médicales reconnues, la mesure du mouvement passif est alors retenue.
  - 2° Les limites de la normale des amplitudes de mouvements sont obtenues par comparaison avec le mouvement équivalent controlatéral. À défaut ou si le mouvement controlatéral n'est pas sain, se référer aux données conventionnelles généralement reconnues normales pour l'âge.
  - 3° Pour chaque mouvement, l'importance de la perte est reportée au tableau prévu à cet effet. Pour un mouvement donné, lorsqu'un résultat se situe entre deux valeurs indiquées, la valeur la plus rapprochée est retenue.

### ÉVALUATION GLOBALE PONDÉRÉE

	Mobilisation active de la région cervicale					
	Flexion antérieure	Extension	Inclinaison gauche	Inclinaison droite	Rotation gauche	Rotation droite
Limites de la normale (Normale ± quelques degrés)	0	0	0	0	0	0
Perte d'environ 25 %	2	2	1	1	4	4
Perte d'environ 50 %	6	6	3	3	8	8
Perte d'environ 75 %	10	10	5	5	20	20
Perte de 90 % et plus	15	15	10	10	25	25

Total de l'évaluation globale pondérée = \_\_\_\_\_ points

## CLASSES DE GRAVITÉ

Les conséquences dans la vie quotidienne - perte de jouissance de la vie, douleurs, souffrance psychique et autres inconvénients - découlant de la présence d'une atteinte permanente sont comparables à celles qui résulteraient de la situation ayant l'impact le plus important, parmi les situations décrites ci-après :	
Sous le seuil minimal	Les conséquences de l'atteinte permanente, telle la perte de quelques degrés de mobilisation active sans impact fonctionnel significatif, sont moindres que celles résultant de la situation décrite dans la classe de gravité 1.
Gravité 1 2 %	Le résultat de l'évaluation globale des capacités de mobilisation active se situe entre 1 et 10, démontrant une difficulté légère pour les activités exigeant le déplacement et le maintien de la tête.
Gravité 2 4 %	Le résultat de l'évaluation globale des capacités de mobilisation active se situe entre 11 et 20, démontrant une difficulté modérée pour les activités exigeant le déplacement et le maintien de la tête  <b>ou</b> Contraintes et inconvénients inhérents à la nécessité médicale, sur une base régulière et permanente, d'éviter les activités exigeant :le maintien prolongé de la tête et du cou en position immobile ;oudes efforts répétitifs ou fréquents demandant une mise en charge importante au niveau du cou.
Gravité 3 8 %	Le résultat de l'évaluation globale des capacités de mobilisation active se situe entre 21 et 40, démontrant une difficulté importante pour les activités exigeant le déplacement et le maintien de la tête.  <b>ou</b> Contraintes et inconvénients inhérents à la nécessité médicale, sur une base régulière et permanente : d'éviter les activités exigeant d'effectuer de façon répétitive ou fréquente des efforts se comparant en importance à la manipulation de charges d'environ 5 à 10 kilos.
Gravité 4 15 %	Le résultat de l'évaluation globale des capacités de mobilisation active se situe entre 41 et 60, démontrant une difficulté sévère pour les activités exigeant le déplacement et le maintien de la tête.
Gravité 5 30 %	Le résultat de l'évaluation globale des capacités de mobilisation active est supérieur à 60.Les capacités de déplacement et de maintien de la tête sont nulles ou presque nulles.

*Commentaires :*

*Bien que le répertoire nous indique que la diminution de la mobilisation est évaluée en mesurant les amplitudes maximales des mouvements actifs obtenues avec effort optimum et que la limite de la normale des amplitudes des mouvements est obtenue par la comparaison avec le mouvement controlatéral et, à défaut, en se référant aux données conventionnelles reconnues comme normales pour l'âge, il ne nous donne aucune précision sur la nature des amplitudes normales. Ces données, pourtant essentielles, n'apparaissent à aucun endroit dans le règlement.*

*À cette fin, nous vous référons au tableau suivant afin de déterminer les amplitudes articulaires reconnues comme normales :*

*Amplitude articulaire du Rachis cervical*

<i>Mouvement</i>	<i>Degré</i>
<i>Flexion antérieur</i>	<i>0° à 40°</i>
<i>Extension</i>	<i>0° à 30°</i>
<i>Flexion latérale</i>	<i>0° à 40°</i>
<i>Rotation</i>	<i>0° à 60°</i>

## 12. LE DÉPLACEMENT ET LE MAINTIEN DU TRONC

L'action synergique des mouvements de flexion, d'extension, de flexion latérale et de rotation des régions dorsale, lombaire et sacrée permet de déplacer et de soutenir le tronc en position stable lors de la réalisation de nombreuses habitudes de vie.

### RÈGLES D'ÉVALUATION

1. Se référer aux dispositions de la Section II du présent Règlement.
2. Les retentissements sur le déplacement et le maintien du tronc résultant d'une paraplégie ou d'une tétraplégie ne doivent pas être évalués selon les règles du présent chapitre mais selon les règles prévues dans l'unité fonctionnelle " Les tableaux cliniques de paraplégie et de tétraplégie ".
3. La classe de gravité est déterminée par la situation ayant l'impact le plus important, soit le résultat de l'évaluation globale pondérée ou une autre situation décrite telle la présence de restrictions fonctionnelles.
4. L'évaluation globale pondérée est réalisée en présence d'une diminution de la mobilisation active.
  - 1° La diminution de la mobilisation active est évaluée en mesurant les amplitudes maximales des mouvements actifs obtenues avec effort optimum de la personne évaluée. Le résultat obtenu doit être consistant avec l'ensemble des données cliniques. En présence d'une discordance ne pouvant être expliquée conformément aux connaissances médicales reconnues, la mesure du mouvement passif est alors retenue.
  - 2° Les limites de la normale des amplitudes de mouvements sont obtenues par comparaison avec le mouvement équivalent controlatéral. À défaut ou si le mouvement controlatéral n'est pas sain, se référer aux données conventionnelles généralement reconnues normales pour l'âge.
  - 3° Pour chaque mouvement, l'importance de la perte est reportée au tableau prévu à cet effet. Lorsqu'un résultat se situe entre deux valeurs indiquées, la valeur la plus rapprochée est retenue.

### ÉVALUATION GLOBALE PONDÉRÉE

	Mobilisation active de la région du tronc					
	Flexion antérieure	Extension	Inclinaison gauche	Inclinaison droite	Rotation gauche	Rotation droite
<b>Limites de la normale</b> (Normale ± quelques degrés)	0	0	0	0	0	0
<b>Perte d'environ 25 %</b>	5	2	2	2	2	2
<b>Perte d'environ 50 %</b>	10	5	5	5	5	5
<b>Perte d'environ 75 %</b>	15	8	8	8	8	8
<b>Perte de 90 % et plus</b>	25	12	12	12	12	12

Total de l'évaluation globale pondérée = \_\_\_\_\_ points

## CLASSES DE GRAVITÉ

Les conséquences dans la vie quotidienne - perte de jouissance de la vie, douleurs, souffrance psychique et autres inconvénients - découlant de la présence d'une atteinte permanente sont comparables à celles qui résulteraient de la situation ayant l'impact le plus important, parmi les situations décrites ci-après :	
Sous le seuil minimal	Les conséquences de l'atteinte permanente, telle la perte de quelques degrés de mobilisation active sans impact fonctionnel significatif, sont moindres que celles résultant de la situation décrite dans la classe de gravité 1.
Gravité 1 2 %	Le résultat de l'évaluation globale des capacités de mobilisation active se situe entre 1 et 10, démontrant une difficulté légère pour les activités exigeant le déplacement et le maintien du tronc.
Gravité 2 4 %	Le résultat de l'évaluation globale des capacités de mobilisation active se situe entre 11 et 20, démontrant une difficulté modérée pour les activités exigeant le déplacement et le maintien du tronc <b>ou</b> Contraintes et inconvénients inhérents à la nécessité médicale, sur une base régulière et permanente, d'éviter les activités exigeant : le maintien prolongé du tronc en position immobile les restrictions sont suffisantes pour limiter la conduite automobile sans interruption à environ une à deux heures ; <b>ou</b> des efforts répétitifs ou fréquents demandant une mise en charge importante au niveau du tronc
Gravité 3 8 %	Le résultat de l'évaluation globale des capacités de mobilisation active se situe entre 21 et 40, démontrant une difficulté importante pour les activités exigeant le déplacement et le maintien du tronc <b>ou</b> Contraintes et inconvénients inhérents à la nécessité médicale, sur une base régulière et permanente : d'éviter les activités exigeant le maintien prolongé du tronc en position immobile. Les restrictions sont suffisantes pour limiter à moins d'une heure la conduite automobile sans interruption ; <b>ou</b> des efforts répétitifs ou fréquents se comparant en importance à la manipulation de charges d'environ 5 à 10 kilos.
Gravité 4 15 %	Le résultat de l'évaluation globale des capacités de mobilisation active se situe entre 41 et 60, démontrant une difficulté sévère pour les activités exigeant le déplacement et le maintien du tronc <b>ou</b> Contraintes et inconvénients inhérents à la nécessité médicale, sur une base régulière et permanente d'éviter les activités exigeant : le maintien prolongé du tronc en position immobile. Les restrictions sont suffisantes pour empêcher ou limiter à quelques minutes la conduite automobile sans interruption.
Gravité 5 30 %	Le résultat de l'évaluation globale des capacités de mobilisation active est supérieur à 60. Les capacités de déplacement et de maintien du tronc sont nulles ou presque nulles.

[Commentaires :](#)

*Bien que le répertoire nous indique que la diminution de la mobilisation est évaluée en mesurant les amplitudes maximales des mouvements actifs obtenues avec effort optimum et que la limite de la normale des amplitudes des mouvements est obtenue par la comparaison avec le mouvement controlatéral et, à défaut, en se référant aux données conventionnelles reconnues comme normales pour l'âge, il ne nous donne aucune précision sur la nature des amplitudes normales. Ces données, pourtant essentielles, n'apparaissent à aucun endroit dans le règlement.*

*À cette fin, nous vous référons au tableau suivant afin de déterminer les amplitudes articulaires reconnues normales :*

*Amplitude articulaire du tronc (niveau lombaire)*

<i>Mouvement</i>	<i>Degré</i>
<i>Flexion antérieur</i>	<i>0° à 90°</i>
<i>Extension</i>	<i>0° à 30°</i>
<i>Flexion latérale</i>	<i>0° à 30°</i>
<i>Rotation</i>	<i>0° à 30°</i>

### **13. LE DÉPLACEMENT ET LE MAINTIEN DU MEMBRE SUPÉRIEUR**

La fonction de déplacement et de maintien de l'ensemble du membre supérieur et plus particulièrement de la main permet l'atteinte et le déplacement des objets situés dans l'espace péricorporel. Elle permet également l'atteinte des différentes régions à la surface du corps notamment pour les soins corporels.

La fonction est constituée de deux unités fonctionnelles.

#### **13.1 Le déplacement et le maintien du membre supérieur droit**

#### **13.2 Le déplacement et le maintien du membre supérieur gauche**

### **RÈGLES D'ÉVALUATION**

1. Se référer aux dispositions de la Section II du présent Règlement.
2. Les retentissements sur le déplacement et le maintien du membre supérieur résultant d'une tétraplégie ne doivent pas être évalués selon les règles du présent chapitre mais selon les règles prévues dans l'unité fonctionnelle " Les tableaux cliniques de paraplégie et de tétraplégie ".
3. Dans le cas d'une amputation, l'unité fonctionnelle " La dextérité manuelle " doit aussi être évaluée.
4. Le membre réputé dominant est le membre utilisé de façon prédominante dans les activités de la vie quotidienne, notamment pour écrire.
5. La classe de gravité est déterminée par la situation ayant l'impact le plus important, soit le résultat de l'évaluation globale pondérée ou une autre situation décrite telle la présence de restrictions fonctionnelles.
6. L'évaluation globale pondérée est réalisée en présence d'une diminution de la mobilisation active.
  - 1° La diminution de la mobilisation active est évaluée en mesurant les amplitudes maximales des mouvements actifs obtenues avec effort optimum de la personne évaluée. Le résultat obtenu doit être consistant avec l'ensemble des données cliniques. En présence d'une discordance ne pouvant être expliquée conformément aux connaissances médicales reconnues, la mesure du mouvement passif est alors retenue.
  - 2° Les limites de la normale des amplitudes de mouvements sont obtenues par comparaison avec le mouvement équivalent controlatéral. À défaut ou si le mouvement controlatéral n'est pas sain, se référer aux données conventionnelles généralement reconnues normales pour l'âge.
  - 3° Pour chaque mouvement, l'importance de la perte est reportée au tableau prévu à cet effet.
    - lorsque la mesure de la perte d'amplitude des mouvements se situe entre deux valeurs indiquées, la valeur la plus rapprochée est retenue.
    - lorsque l'examen révèle à la fois une perte d'amplitude des mouvements et une faiblesse musculaire, le pointage le plus élevé est retenu.

### **Évaluation globale pondérée**

Mobilisation active
---------------------

	Épaule						Coude	
	Élévation antérieure	Extension	Abduction	Adduction	Rotation interne	Rotation externe	Flexion	Extension
<b>Avec force musculaire dans les limites de la normale (5/5)</b>								
Limites de la normale (Normale ± quelques degrés)	0	0	0	0	0	0	00	0
Perte d'environ 10 %	1	0,5	1	0,5	1	0,5	1	1
Perte d'environ 25 %	4	1	4	1	2	0,5	9	5
Perte d'environ 50 %	10	2	10	2	4	2	20	10
Perte d'environ 75 %	15	3	15	3	5	3	30	26
Perte de 90 % et +	21	5	21	5	8	5	35	35
Ankylose totale en position de fonction	44						30	
Ankylose totale en position vicieuse	65						35	
Mouvement actif et complet contre résistance modérée (4/5)	4	1	4	1	2	0,5	9	5
Mouvement actif et complet contre gravité (3/5)	10	2	10	2	4	2	20	10
Mouvement actif et complet, gravité éliminée (2/5)	15	3	15	3	5	3	30	26
Mouvement actif inexistant ou limité à des contractions palpables	21	5	21	5	8	5	35	35

Total de l'évaluation pondérée = \_\_\_\_\_ points

### 13.1 LE DÉPLACEMENT ET LE MAINTIEN DU MEMBRE SUPÉRIEUR DROIT

### 13.2 LE DÉPLACEMENT ET LE MAINTIEN DU MEMBRE SUPÉRIEUR GAUCHE

ND : Membre non dominant  
D : Membre dominant

#### CLASSES DE GRAVITÉ

<b>Les conséquences dans la vie quotidienne - perte de jouissance de la vie, douleurs, souffrance psychique et autres inconvénients - découlant de la présence d'une atteinte permanente sont comparables à celles qui résulteraient de la situation ayant l'impact le plus important, parmi les situations décrites ci-après :</b>	
Sous le seuil minimal	Les conséquences de l'atteinte permanente, telle la perte de quelques degrés de mobilisation active sans impact fonctionnel significatif, sont moindres que celles résultant de la situation décrite dans la classe de gravité 1.
Gravité 1 ND 1 % D 1 %	Le résultat de l'évaluation globale des capacités de mobilisation active se situe entre 0,5 et 3, démontrant une très légère difficulté pour les activités exigeant le déplacement et le maintien du membre supérieur.
Gravité 2 ND 2 % D 2,5 %	Le résultat de l'évaluation globale des capacités de mobilisation active se situe entre 3,5 et 6, démontrant une difficulté légère pour les activités exigeant le déplacement et le maintien du membre supérieur. <b>ou</b> Inconvénients inhérents à la nécessité médicale, sur une base régulière et permanente, d'éviter les activités exigeant d'effectuer de façon répétitive ou fréquente des efforts demandant : - une mise en charge importante au niveau du membre supérieur ; <b>ou</b> - le déplacement d'objets lourds.
Gravité 3 ND 4 % D 5 %	Le résultat de l'évaluation globale des capacités de mobilisation active se situe entre 6,5 et 16, démontrant une difficulté modérée pour les activités exigeant le déplacement et le maintien du membre supérieur <b>ou</b> Inconvénients inhérents à la nécessité médicale, sur une base régulière et permanente, d'éviter les activités exigeant d'effectuer de façon répétitive ou fréquente des efforts : se comparant en importance au déplacement de charges d'environ 5 à 10 kilos ;
Gravité 4 ND 8 % D 10 %	Le résultat de l'évaluation globale des capacités de mobilisation active se situe entre 16,5 et 36, démontrant une difficulté importante pour les activités exigeant le déplacement et le maintien du membre supérieur.
Gravité 5 ND 15 % D 18 %	Le résultat de l'évaluation globale des capacités de mobilisation active se situe entre 36,5 et 59, démontrant une difficulté très importante pour les activités exigeant le déplacement et le maintien du membre supérieur.
Gravité 6 ND 20 % D 24 %	Le résultat de l'évaluation globale des capacités de mobilisation active se situe entre 60 et 89, démontrant une difficulté sévère pour les activités exigeant le déplacement et le maintien du membre supérieur.
Gravité 7 ND 24 % D 30 %	Les capacités de mobilisation du membre supérieur sont nulles ou presque nulles. Le résultat de l'évaluation globale des capacités de mobilisation active est de 90 ou plus.

[Commentaires :](#)

Bien que le répertoire nous indique que la diminution de la mobilisation est évaluée en mesurant les amplitudes maximales des mouvements actifs obtenues avec effort optimum et que la limite de la normale des amplitudes des mouvements est obtenues par la comparaison avec le mouvement controlatéral et, à défaut, en se référant aux données conventionnelles reconnues comme normales pour l'âge, il ne nous donne aucune précision sur la nature des amplitudes normales. Ces données, pourtant essentielles, n'apparaissent à aucun endroit dans le règlement.

À cette fin, nous vous référons aux tableaux suivants afin de déterminer les amplitudes articulaires reconnues comme normales :

*Amplitudes articulaires de l'épaule*

<i>Mouvement</i>	<i>Degré</i>
<i>Abduction</i>	<i>0° à 180°</i>
<i>Élévation antérieure</i>	<i>0° à 180°</i>
<i>Rotation externe chez un sujet couché ou debout, l'épaule étant en abduction à 90°</i>	<i>0° à 90°</i>
<i>Rotation externe, si l'abduction est impossible à 90°, les mouvement se mesurent le bras le long du corps le coude fléchi à 90°</i>	<i>0° à 45°</i>
<i>Rotation interne chez un sujet couché ou debout, l'épaule étant en abduction à 90°</i>	<i>0° à 40°</i>
<i>Rotation externe, si l'abduction est impossible à 90°, les mouvement se mesurent le bras le long du corps le coude fléchi à 90°</i>	<i>0° à 40°</i>
<i>Adduction</i>	<i>0° à 20°</i>
<i>Extension</i>	<i>0° à 40°</i>

*Amplitudes articulaires du coude*

<i>Mouvement</i>	<i>Degré</i>
<i>Flexion</i>	<i>0° à 150°</i>
<i>Extension</i>	<i>0° à 150°</i>

## **14. LA DEXTÉRITÉ MANUELLE (préhension et manipulation)**

La fonction de dextérité manuelle réfère à la préhension, la manipulation et au relâchement des objets. La dextérité fine permet la manipulation rapide ou précise de petits objets entre les doigts alors que la dextérité grossière permet la manipulation efficace d'objets plus gros par l'ensemble de la main.

La dextérité manuelle est constituée de deux unités fonctionnelles.

### **14.1. LA DEXTÉRITÉ MANUELLE DROITE**

### **14.2. LA DEXTÉRITÉ MANUELLE GAUCHE**

#### **RÈGLES D'ÉVALUATION**

1. Se référer aux dispositions de la Section II du présent Règlement.
2. Les retentissements sur la dextérité manuelle résultant d'une tétraplégie ne doivent pas être évalués selon les règles du présent chapitre mais selon les règles prévues dans l'unité fonctionnelle " Les tableaux cliniques de paraplégie et de tétraplégie ".
3. Le cas échéant, les retentissements résultant d'une atteinte à la sensibilité cutanée de la main doivent également être évalués selon les règles prévues dans l'unité fonctionnelle " La sensibilité cutanée du membre supérieur ".
4. Le membre réputé dominant est le membre utilisé de façon prédominante dans les activités de la vie quotidienne, notamment pour écrire.
5. La classe de gravité est déterminée par la situation ayant l'impact le plus important, soit le résultat de l'évaluation globale pondérée ou une autre situation décrite telle la présence de restrictions fonctionnelles.
6. L'évaluation globale pondérée est réalisée en présence d'une diminution de la mobilisation active.
  - 1° La diminution de la mobilisation active est évaluée en mesurant les amplitudes maximales des mouvements actifs obtenues avec effort optimum de la personne évaluée. Le résultat obtenu doit être consistant avec l'ensemble des données cliniques. En présence d'une discordance ne pouvant être expliquée conformément aux connaissances médicales reconnues, la mesure du mouvement passif est alors retenue.
  - 2° Les limites de la normale des amplitudes de mouvements sont obtenues par comparaison avec le mouvement équivalent controlatéral. À défaut ou si le mouvement controlatéral n'est pas sain, se référer aux données conventionnelles généralement reconnues normales pour l'âge.
  - 3° Pour chaque mouvement, l'importance de la perte est reportée aux tableaux prévus à cet effet :

Tableau A : Préhensions fine et forte des objets

Tableau B : Manipulation, contribution des doigts de la main

Tableau C : Manipulation, contribution du poignet et du coude / avant-bras

Au Tableau C, lorsque la mesure de la perte d'amplitude des mouvements se situe entre deux valeurs indiquées, la valeur la plus rapprochée est retenue.

Aux Tableaux B et C, lorsque l'examen révèle à la fois une perte d'amplitude des mouvements et une faiblesse musculaire, le pointage le plus élevé est retenu.

- 4° Le résultat de l'évaluation globale pondérée correspond à la somme des points obtenus aux tableaux A, B et C.

#### **TABLEAU A**

### Préhensions fine et forte des objets

La qualité de la prise est appréciée en fonction de la précision, de la force et de la vitesse d'exécution dans la saisie des objets, leur maintien et leur relâchement

⇒ <b>Difficulté légère</b>	La qualité de la prise est légèrement diminuée mais la prise demeure possible et efficace sans intervention des autres éléments de la main.
⇒ <b>Difficile, mais demeure efficace</b>	La qualité de la prise est diminuée mais la prise demeure possible et efficace en faisant intervenir l'action synergique compensatoire des autres éléments de la main.
⇒ <b>Difficile, peu efficace</b>	Malgré l'action synergique compensatoire des autres éléments de la main, la qualité de la prise est très diminuée. La prise demeure cependant d'une certaine utilité.
⇒ <b>Inefficace ou impossible</b>	Malgré l'action synergique compensatoire des autres éléments de la main, la réalisation de la prise est inefficace ou impossible avec cette main.

	Dans les limites de la normale	Difficulté légère	Difficile		Inefficace ou impossible
			demeure efficace	peu efficace	
<b>Bipulpaire / unguéale</b> feuille de papier / trombone)	0	1	3	12	20
<b>Tridigitale</b> (stylo)	0	1	3	12	20
<b>Pollici-latérodigitale</b> (clé)	0	1	3	12	20
<b>Crochet</b> (sceau, mallette)	0	1	3	12	20
Cylindrique / sphérique marteau / balle, bouteille)	0	1	3	12	20
<b>Directionnelle</b> (tournevis)	0	1	3	12	20

<b>Total du tableau A = _____ points</b>
--

**TABLEAU B**

Manipulation : Contribution des doigts de la main

		Mobilisation active															
		Pouce *			Index*			Majeur*			Annulaire*			Auriculaire*			
Force musculaire de 4 ou 5/5		IP	MP	C M	IPD	IPP	MP	IPD	IPP	MP	IPD	IPP	MP	IPD	IPP	MP	
	Limites de la normale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Diminution de l'amplitude de mouvements, la position de fonction est conservée	6	6	6	1,5	1,5	0,75	2	2	1	1	1	0,5	1,5	1,5	0,75	
	Ankylose complète en position de fonction	12	10	10	4	4	2	6	6	3	3	3	1,5	4	4	2	
	Ankylose complète ou incomplète en position vicieuse	20	12	12	8	4	3	10	6	4	5	3	2	8	4	3	
	Amputation	20	12	12	8	4	3	10	6	4	5	3	2	8	4	3	
Lorsque l'amputation d'une phalange est partielle, le pointage retenu est celui prévu pour l'articulation la plus rapprochée du site d'amputation. Dans le cas de la phalange distale, aucun pointage n'est accordé si plus de 50 % de la longueur normale de la phalange est conservée.																	
Faiblesse musculaire de 3/5 ou moins	20	12	12	8	4	3	10	6	4	5	3	2	8	4	3		

Total du tableau B = \_\_\_\_\_ points

- \* IP : inter-phalangienne
- IPP : inter-phalangienne proximale
- IPD : inter-phalangienne distale
- MP : métacarpo-phalangienne
- CM : carpo-métacarpienne

**TABLEAU C**

**Manipulation : Contribution du poignet et du coude / avant-bras**

Mobilisation active						
Avec force musculaire dans les limites de la normale (5/5)	Poignet				Coude / avant-bras	
	Flexion	Extension	Latéralisation radiale	Latéralisation cubitale	Pronation	Supination
Limites de la normale (Normale ± quelques degrés)	0	0	0	0	0	0
Perte d'environ 10 %	2	2	0,5	0,5	2	2
Perte d'environ 25 %	5	5	1	2	3	3
Perte d'environ 50 %	10	10	3	4	8	8
Perte d'environ 75 %	15	18	5	5	15	15
Perte de 90 % et +	18	20	6	6	18	18
Ankylose totale en position de fonction	50				36	
Ankylose totale en position vicieuse	60				40	
Mouvement actif et complet contre résistance modérée (4/5)	5	5	1	2	3	3
Mouvement actif et complet contre gravité (3/5)	10	10	3	4	8	8
Mouvement actif et complet, gravité éliminée (2/5)	15	18	5	5	15	15
Mouvement actif inexistant ou limité à des contractions palpables	18	20	6	6	18	18
Total du tableau C = _____ points						

#### 14.1. LA DEXTÉRITÉ MANUELLE DROITE

#### 14.2. LA DEXTÉRITÉ MANUELLE GAUCHE

ND : Membre non dominant  
D : Membre dominant

#### CLASSES DE GRAVITÉ

<b>Les conséquences dans la vie quotidienne - perte de jouissance de la vie, douleurs, souffrance psychique et autres inconvénients - découlant de la présence d'une atteinte permanente sont comparables à celles qui résulteraient de la situation ayant l'impact le plus important, parmi les situations décrites ci-après :</b>	
Sous le seuil minimal	Les conséquences de l'atteinte permanente, telle la perte de quelques degrés de mobilisation active sans impact fonctionnel significatif, sont moindres que celles résultant de la situation décrite dans la classe de gravité 1.
Gravité 1 ND 1 % D 1 %	Le résultat de l'évaluation globale des capacités de mobilisation active se situe entre 0,5 et 6,5 démontrant une très légère difficulté pour les activités exigeant une dextérité manuelle ; <b>ou</b> Inconvénients inhérents à la nécessité médicale, sur une base régulière et permanente, d'éviter les activités exigeant une exposition au froid en raison de perturbation vasculaire comme dans le cas d'un phénomène de Raynaud
Gravité 2 ND 2 % D 2,5 %	Le résultat de l'évaluation globale des capacités de mobilisation active se situe entre 3,5 et 6, démontrant une légère difficulté pour les activités exigeant une dextérité manuelle.
Gravité 3 ND 4 % D 6 %	Le résultat de l'évaluation globale des capacités de mobilisation active se situe entre 15 et 29,5 démontrant une difficulté modérée pour les activités exigeant une dextérité manuelle. <b>ou</b> Maladresse telle une parésie ou une dysmétrie, permettant cependant d'utiliser la main pour effectuer les soins personnels.
Gravité 4 ND 6 % D 8 %	Le résultat de l'évaluation globale des capacités de mobilisation active se situe entre 30 et 49,5 démontrant une difficulté importante pour les activités exigeant une dextérité manuelle.
Gravité 5 ND 12 % D 15 %	Le résultat de l'évaluation globale des capacités de mobilisation active se situe entre 50 et 79,5 démontrant une difficulté très importante pour les activités exigeant une dextérité manuelle.
Gravité 6 ND 18 % D 22 %	Le résultat de l'évaluation globale des capacités de mobilisation active se situe entre 80 et 129,5 démontrant une difficulté sévère pour les activités exigeant une dextérité manuelle.
Gravité 7 ND 28 % D 35 %	Le résultat de l'évaluation globale des capacités de mobilisation active se situe entre 130 et 199,5 démontrant une difficulté très sévère pour les activités exigeant une dextérité manuelle. La dextérité est réduite à un minimum d'activités utiles.
Gravité 8 ND 40 % D 50 %	Le résultat de l'évaluation globale des capacités de mobilisation active se situe à 200 ou plus. La dextérité est nulle ou presque nulle. Aucune action utile ne demeure possible ou efficace.

## 15. LA LOCOMOTION

La locomotion permet le déplacement dans l'environnement. Elle contribue aussi à l'adoption et l'alternance de positions corporelles. Elle est le résultat de la synergie fonctionnelle des deux membres inférieurs mais aussi du bassin et du tronc.

### RÈGLES D'ÉVALUATION

1. Se référer aux dispositions de la Section II du présent Règlement.
2. Les retentissements sur la locomotion résultant d'une paraplégie, d'une tétraplégie ou de troubles de l'équilibre ne doivent pas être évalués selon les règles du présent chapitre mais selon les règles prévues dans les unités fonctionnelles " Les tableaux cliniques de paraplégie et de tétraplégie " et " Les tableaux cliniques des troubles de l'équilibre ".
3. Lorsque utilisé, le terme " efficacité " réfère au temps de réalisation de l'activité et à la qualité de son résultat.

### CLASSES DE GRAVITÉ

<b>Les conséquences dans la vie quotidienne - perte de jouissance de la vie, douleurs, souffrance psychique et autres inconvénients - découlant de la présence d'une atteinte permanente sont comparables à celles qui résulteraient de la situation ayant l'impact le plus important, parmi les situations décrites ci-après :</b>	
Sous le seuil minimal	Les conséquences de l'atteinte permanente, telle une inégalité des membres de moins de 1 cm ou la perte de quelques degrés de mobilisation active sans impact fonctionnel significatif, sont moindres que celles résultant des situations décrites dans la classe de gravité 1.
Gravité 1 2 %	<p>Les capacités de locomotion sont réduites de façon légère.</p> <p><b>Limitations :</b> La marche, le pas rapide, la course ou la réalisation des mouvements complexes sont affectés mais demeurent efficaces (1) notamment par la modification de certains gestes usuels. Par exemple, en présence d'un impact fonctionnel léger résultant d'une instabilité articulaire, d'un syndrome fémoro-patellaire ou d'une diminution de l'amplitude d'un ou de quelques mouvements de la hanche, du genou ou de la cheville.</p> <p>(1) Efficace : Le temps de réalisation et la qualité du résultat demeurent dans les limites de la normale</p> <p><b>Contraintes :</b> L'importance se compare aux contraintes reliées à la nécessité du port :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- d'une surélévation ou d'une correction adaptée dans la chaussure permettant de compenser une inégalité des membres entre 1 et 3.5 cm ;</li><li>- d'une chaussure spécialement fabriquée pour compenser une déformation du pied ;</li><li>- de bas compressifs permettant un contrôle satisfaisant de troubles circulatoires.</li></ul>

<p>Gravité 2 6 %</p>	<p>Les capacités de locomotion sont réduites de façon modérée.</p> <p><b>Limitations :</b> La marche s'effectue avec une boiterie malgré, le cas échéant, l'utilisation d'une aide technique telle une correction adaptée dans la chaussure ;</p> <p><b>ou</b> La capacité d'adopter un pas rapide ou un pas de course est moins efficace(1) mais demeure possible ;</p> <p><b>ou</b> La capacité de négocier les dénivellations, les escaliers et les terrains accidentés est moins efficace (1) mais demeure possible ;</p> <p><b>ou</b> Le périmètre de marche sans interruption est limité à environ 300 à 500 mètres en raison d'une claudication intermittente ;</p> <p><b>ou</b> Les mouvements complexes tels l'agenouillement ou l'accroupissement sont moins efficace (1) mais demeurent possibles notamment en les réalisant plus lentement et en apportant des modifications aux gestes usuels.</p> <p>(1) Moins efficace : L'activité est possible mais prend plus de temps à être réalisée OU la qualité du résultat est diminuée.</p> <p><b>Contraintes :</b> L'importance se compare aux contraintes liées à la nécessité :  du port d'une surélévation ou d'une correction adaptée dans la chaussure permettant de compenser une inégalité des membres dépassant 3.5 cm ;  du port d'une prothèse ou d'une chaussure spécialement adaptée en raison d'une amputation du 1erorteil ;  du port d'une orthèse articulée au genou, médicalement justifiée en raison d'une instabilité symptomatique et nécessaire pour permettre la réalisation d'activités exigeantes, notamment certains sports ;  de subir des traitements médicaux ou chirurgicaux en raison d'exacerbations épisodiques fréquentes telles des rechutes d'ostéomyélite ;  de restreindre ses activités de locomotion en raison de la présence de troubles circulatoires mal contrôlés malgré le recours à des mesures thérapeutiques comme dans certains cas de syndrome post-phlébitique.</p>
<p>Gravité 3 12 %</p>	<p>Les capacités de locomotion sont réduites de façon importante.</p> <p><b>Limitations :</b> La capacité d'adopter un pas rapide ou un pas de course ne demeure possible que sur de très courtes distances comme dans le cas de l'arthrodèse d'une cheville ;</p> <p><b>ou</b> La capacité de négocier les dénivellations, les escaliers et les terrains accidentés ne demeure possible que sur de très courtes distances ;</p> <p><b>ou</b> Le périmètre de marche sans interruption est limité à environ 120 à 300 mètres en raison d'une claudication intermittente ;</p> <p><b>ou</b> Les mouvements complexes tels l'agenouillement ou l'accroupissement sont inefficaces ou impossibles.</p> <p><b>Contraintes :</b> L'importance se compare aux contraintes liées à la nécessité du port :  d'une orthèse tibio-pédieuse en raison par exemple d'une atteinte neurologique avec pied tombant ;  d'une orthèse articulée au genou, médicalement justifiée en raison d'une instabilité symptomatique et nécessaire de façon permanente pour permettre la réalisation de toutes les activités ;  d'une prothèse ou d'une chaussure adaptée en raison par exemple d'une amputation au niveau de la partie médiane d'un pied.</p>
<p>Gravité 4 20 %</p>	<p>Les capacités de locomotion sont réduites de façon très importante.</p> <p><b>Limitations :</b> La capacité d'adopter un pas rapide ou un pas de course est inefficace ou impossible même sur de très courtes distances</p> <p><b>ou</b> Le périmètre de marche sans interruption est limité à environ 75 à 120 mètres en raison d'une claudication intermittente ;</p> <p><b>Contraintes :</b> L'importance se compare aux contraintes liées à la nécessité par exemple du port :  d'une prothèse en raison d'une amputation au niveau d'une cheville.</p>

<p>Gravité 5 30 %</p>	<p>Les capacités de locomotion sont réduites de façon sévère.  <b>Limitations</b> : Le périmètre de marche sans interruption est limité à moins de 75 mètres en raison d'une claudication intermittente ;  <b>Contraintes</b> : L'importance se compare aux contraintes reliées à la nécessité du port :  d'une orthèse fémoro-pédieuse en raison d'une atteinte sévère de l'ensemble du membre  d'une prothèse munie d'un appui rotulien en raison d'une amputation au niveau d'une jambe ;  de prothèses en raison d'une amputation au niveau de la partie médiane des deux pieds ou des deux chevilles.</p>
<p>Gravité 6. 45 %</p>	<p>Les capacités de locomotion sont réduites à un minimum d'activités utiles.  <b>Limitations</b> : Tous les déplacements nécessitent l'utilisation de deux cannes ou de deux béquilles. Les déplacements extérieurs peuvent nécessiter l'utilisation d'une marchette ou d'un fauteuil roulant  <b>Contraintes</b> : L'importance se compare aux contraintes reliées à la nécessité du port :  d'une prothèse en raison d'une désarticulation du genou, d'une amputation au niveau d'une cuisse, ou d'une amputation sous le genou ne permettant pas le port d'une prothèse avec appui rotulien ;  de prothèses avec appui rotulien en raison d'amputations au niveau des deux jambes ;</p>
<p>Gravité 7 60 %</p>	<p>Les capacités de locomotion sont nulles ou presque nulles.  <b>Limitations</b> : Les déplacements ne peuvent être effectués qu'à l'aide d'un fauteuil roulant.  <b>Contraintes</b> : L'importance se compare aux contraintes reliées à la nécessité du port de prothèses en raison d'une amputation au niveau des deux cuisses.</p>

## **ANNEXE II**

### **RÉPERTOIRE DES BLESSURES**

**EXTRAIT DU RÈGLEMENT SUR L'INDEMNITÉ FORFAITAIRE POUR  
PRÉJUDICE NON PÉCUNIAIRE , R.R.Q., c. A-25, r. 5.4**

**Adopté en vertu de la Loi sur l'assurance automobile**  
(L.R.Q., c. A-25, a. 195, par. 12° ; 1999, c. 22, a. 38, par. 1° Annexe II)

## ANNEXE II

### RÉPERTOIRE DES BLESSURES

Titre I :	Tête et cou.....
Titre II :	Face.....
Titre III :	Thorax.....
Titre IV :	Abdomen et contenu pelvien.....
Titre V :	Rachis.....
Titre VI :	Membre supérieur droit.....
Titre VII :	Membre supérieur gauche.....
Titre VIII :	Membre inférieur droit.....
Titre IX :	Membre inférieur gauche.....
Titre X :	Psychisme.....
Titre XI :	Surface corporelle dans son ensemble.....
Titre XII :	Complications.....

## Titre I : Tête et cou

cote de gravité

• <b>Brûlures</b>	voir Titre XI : Surface	
• <b>Contusions avec intégrité de la surface cutanée</b>	Voir Titre XI : Surface	
• <b>Entorses</b>		
Entorse cervicale	voir Titre V : Rachis	
• <b>Fractures</b>		
Crâne		
Fracture de la voûte du crâne sans traumatisme intracrânien		3
Fracture de la voûte du crâne avec traumatisme intracrânien		6
Fracture de la base du crâne sans traumatisme intracrânien		4
Fracture de la base du crâne avec traumatisme intracrânien		6
Cou		
Fracture de la colonne cervicale	voir Titre V : Rachis	
Fracture du larynx ou de la trachée		6
• <b>Luxations sans fracture</b>		
Luxation de vertèbres cervicales	voir Titre V : Rachis	
• <b>Plaies</b>		
Plaie du tympan ou de la trompe d'Eustache	voir Titre II : Face	
Plaie du larynx ou de la trachée		3
Plaie de la glande thyroïde		3
Plaie du pharynx		3
Autres plaies de la tête et du cou	voir Titre XI : Surface	
• <b>Traumatismes intracrâniens non associés à une fracture du crâne</b>		
Commotion cérébrale		
Traumatisme cranio-cérébral léger (perte de conscience inférieure à 30 minutes avec Glasgow de 13 ou plus et/ou amnésie post-traumatique de moins de 24 heures)		2
Traumatisme cranio-cérébral modéré ou sévère		4
Contusion ou lacération cérébrale		6
Hémorragie intracrânienne		6
Hémorragie sous-arachnoïdienne, hématome sous-dural ou extra-dural		6
Traumatisme du labyrinthe		4
• <b>Traumatismes des nerfs crâniens</b>		
Traumatisme du nerf olfactif (I)		4
Traumatisme du nerf optique (II) et/ou des voies optiques		4
Traumatisme du nerf moteur oculaire commun (III)		4
Traumatisme du nerf pathétique (IV)		4
Traumatisme du nerf trijumeau (V)		4
Traumatisme du nerf moteur oculaire externe (VI)		4
Traumatisme du nerf facial (VII)		4
Traumatisme du nerf auditif (VIII)		4
Traumatisme du nerf glosso-pharyngien (IX)		4
Traumatisme du nerf vague (X)		4
Traumatisme du nerf spinal (XI)		4
Traumatisme du nerf grand hypoglosse (XII)		4
• <b>Traumatismes des vaisseaux sanguins</b>		
Traumatisme de l'artère carotide		5

Traumatisme de la veine jugulaire interne	5
Traumatisme des autres vaisseaux de la tête ou du cou	4
<b>• Traumatismes superficiels</b>	<b>voir Titre XI : Surface</b>
Corps étrangers cutanés	voir Titre XI : Surface
<b>• Troubles mentaux</b>	voir Titre X : Psychisme

## Titre II : Face

cote de gravité

### • Atteintes de l'oeil et de ses annexes

Brûlure de l'oeil et de ses annexes	voir Titre XI : Surface	2
Brûlure de la cornée ou du sac conjonctival		1
Contusion des tissus de l'orbite		1
Contusion du globe oculaire		1
Corps étranger de la cornée		1
Corps étranger du sac conjonctival		1
Déchirure de la paupière avec atteinte des voies lacrymales		3
Déchirure de la paupière sans atteinte des voies lacrymales	voir Titre XI : Surface	
Décollement de la choroïde ou de la rétine		5
Énucléation traumatique		6
Hémorragie de l'iris ou du corps ciliaire		4
Hémorragie du vitré		4
Hémorragie et rupture de la choroïde		4
Hémorragie rétinienne ou préretinienne		2
Hémorragie sous-conjonctivale		1
Perforation oculaire		6
Plaie du globe oculaire		5
Plaie pénétrante de l'orbite		4
Traumatisme superficiel de la cornée		1
Traumatisme superficiel de la conjonctive		1

### • Brûlures

Brûlure des muqueuses de la bouche ou du pharynx		4
Brûlure de l'œil	voir atteinte de l'oeil et de ses annexes	
Autres brûlures voir	Titre XI : Surface	

### • Contusions avec intégrité de la surface cutanée

Contusion du globe oculaire	voir atteinte de l'oeil et de ses annexes	
Autres contusions	voir Titre XI : Surface	

### • Corps étrangers

Corps étranger de l'oreille		1
Corps étranger de la bouche		1
Corps étranger de l'œil	voir atteinte de l'oeil et de ses annexes	
Corps étrangers cutanés (traumatisme superficiel)	voir Titre XI : Surface	

### • Entorses

Entorse (déplacement) du cartilage de la cloison nasale		2
Entorse du maxillaire		2

<b>• Fractures</b>		
Dent(s) cassée(s)		2
Fracture des os du nez		3
Fracture du maxillaire inférieur		4
Fracture de l'os malaire ou du maxillaire supérieur		4
Fracture de type LeFort I		4
Fracture de type LeFort II		4
Fracture de type LeFort III		5
Fracture de la paroi inférieure de l'orbite		4
Fracture du palais ou d'alvéoles dentaires		3
Fracture de l'orbite (à l'exclusion des fractures de la paroi supérieure ou de la paroi inférieure de l'orbite)		3
<b>• Luxations sans fracture</b>		
Luxation temporo-maxillaire		3
<b>Plaies</b>		
Plaie du tympan ou de la trompe d'Eustache		3
Plaie des parties internes de la bouche, incluant la langue		2
Plaie de la paupière avec atteinte des voies lacrymales	voir atteinte de l'oeil et de ses annexes	
Plaie de la paupière sans atteinte des voies lacrymales	voir Titre XI : Surface	
Plaie du globe oculaire	voir atteinte de l'oeil et de ses annexes	
Plaie pénétrante de l'orbite	voir atteinte de l'oeil et de ses annexes	
Autres plaies de la face	voir Titre XI : Surface	
<b>• Traumatismes des nerfs</b>		
Traumatisme des nerfs superficiels de la tête ou du cou		2
Traumatisme des nerfs crâniens	voir Titre I : Tête et cou	
<b>• Traumatismes superficiels</b>		
Corps étrangers cutanés	voir Titre XI : Surface	
	voir Titre XI : Surface	

## Titre III : Thorax

	cote de gravité
<b>• Brûlures</b>	
Brûlure interne au niveau du larynx, de la trachée ou du poumon	4
Autres brûlures	voir Titre XI : Surface
<b>• Contusions avec intégrité de la surface cutanée</b>	
	voir Titre XI : Surface
<b>• Corps étrangers</b>	
Corps étranger de l'appareil respiratoire, excluant le poumon	4
Corps étranger au poumon	6
Corps étrangers cutanés (traumatisme superficiel)	voir Titre XI : Surface
<b>• Entorses</b>	
Entorse de l'articulation chondro-costale	3
Entorse de l'articulation chondro-sternale	3
Entorse dorsale	voir Titre V : Rachis
<b>• Fractures</b>	
Fracture de côte	
Fracture d'une ou deux côtes	3
Fracture de trois côtes ou plus	4
Fracture de type volet costal	6
Fracture du sternum	4
<b>• Luxations sans fracture</b>	
Luxation sterno-claviculaire	4
<b>• Plaies</b>	
	voir Titre XI : Surface
<b>• Traumatismes internes du thorax</b>	
Hémothorax	4
Hémopneumothorax	4
Pneumothorax	4
Infarctus aigu du myocarde	6
Traumatisme du coeur	6
Contusion pulmonaire avec ou sans épanchement pleural	3
Plaie pénétrante du thorax	6
Traumatisme du diaphragme	6
Traumatisme d'un autre organe intrathoracique (bronches, oesophage, plèvre ou thymus)	6
<b>• Traumatismes des nerf</b>	
Traumatisme d'un ou des nerfs du tronc	4
<b>• Traumatismes des vaisseaux sanguins</b>	
Traumatisme de l'aorte thoracique	6
Traumatisme du tronc artériel brachio-céphalique et/ou de l'artère sous-clavière	6
Traumatisme de la veine cave supérieure	6
Traumatisme du tronc veineux brachio-céphalique et/ou de la veine sous-clavière	6

Traumatisme des vaisseaux sanguins pulmonaires (artère et/ou veine)	6
Traumatisme à d'autres vaisseaux sanguins du thorax (intercostaux ou thoraciques)	4
• <b>Traumatismes superficiels</b>	voir Titre XI : Surface
Corps étrangers cutanés	voir Titre XI : Surface

#### Titre IV : Abdomen et contenu pelvien

	cote de gravité
• <b>Brûlures</b>	voir Titre XI : Surface
• <b>Contusions avec intégrité de la surface cutanée</b>	voir Titre XI : Surface
• <b>Corps étrangers</b>	
Corps étranger de l'appareil digestif	4
Corps étrangers cutanés (traumatisme superficiel)	voir Titre XI : Surface
• <b>Entorses</b>	
Entorse dorsale et/ou lombaire	voir Titre V : Rachis
• <b>Grossesse et accouchement</b>	
Accouchement prématuré ou avortement	6
Complication de la grossesse	5
• <b>Luxations</b>	
Luxation au niveau du bassin	voir Titres VIII et IX : Membres inférieurs
• <b>Plaies</b>	voir Titre XI : Surface
• <b>Traumatismes des organes internes de l'abdomen et du bassin</b>	
Traumatisme de l'estomac	4
Traumatisme de l'intestin grêle	4
Traumatisme du gros intestin ou du rectum	4
Traumatisme du pancréas	4
Traumatisme du foie	4
Traumatisme de la rate	4
Traumatisme du rein	4
Traumatisme de la vessie ou de l'urètre	4
Traumatisme de l'uretère	4
Traumatisme des organes génitaux internes	4
Traumatisme d'autres organes intra-abdominaux (vésicule biliaire, canaux biliaires, péritoine, glande surrénale)	4
• <b>Traumatismes des organes génitaux externes</b>	
Amputation du pénis	6
Amputation de(s) testicule(s)	6
Plaie du vagin	3
Autres plaies des organes génitaux externes	voir Titre XI : Surface
• <b>Traumatismes de la paroi abdominale, inguinale ou fémorale</b>	
Hernie inguinale ou fémorale	4
Hernie épigastrique ou ombilicale	4
• <b>Traumatismes des vaisseaux sanguins</b>	
Traumatisme de l'aorte abdominale	6
Traumatisme de la veine cave inférieure	6
Traumatisme du tronc coeliaque ou des artères mésentériques	6
Traumatisme de la veine porte ou de la veine splénique	6
Traumatisme des vaisseaux sanguins rénaux	6
Traumatisme des vaisseaux sanguins iliaques	6
• <b>Traumatismes superficiels</b>	voir Titre XI : Surface
Corps étrangers cutanés	voir Titre XI : Surface

## Titre V : Rachis

	cote de gravité
<b>• Entorses</b>	
Entorse cervicale ou cervico-dorsale	
Entorse cervicale sans signe clinique objectif (cervicalgie, TAEC I)	1
Entorse cervicale avec signes musculo-squelettiques (TAEC II )	2
Entorse cervicale avec signes neurologiques (TAEC III )	4
Entorse dorsale ou dorso-lombaire	
Entorse dorsale ou dorso-lombaire sans signe clinique objectif (dorsalgie)	1
Entorse dorsale ou dorso-lombaire avec signes musculo-squelettiques	2
Entorse dorsale ou dorso-lombaire avec signes neurologiques	4
Entorse lombaire ou lombo-sacrée	
Entorse lombaire ou lombo-sacrée sans signe clinique objectif (lombalgie)	1
Entorse lombaire ou lombo-sacrée avec signes musculo-squelettiques	2
Entorse lombaire ou lombo-sacrée avec signes neurologiques	4
Entorse sacrée	2
Entorse coccygienne	2
<b>• Fractures</b>	
Colonne cervicale	
Fracture d'une ou de vertèbres cervicales sans lésion neurologique	5
Fracture d'une ou de vertèbres cervicales avec lésion neurologique	6
Colonne dorsale	
Fracture d'une ou de vertèbres dorsales sans lésion neurologique	4
Fracture d'une ou de vertèbres dorsales avec lésion neurologique	6
Colonne lombaire et sacrée	
Fracture d'une ou de vertèbres lombaires sans lésion neurologique	5
Fracture d'une ou de vertèbres lombaires avec lésion neurologique	6
Fracture du sacrum ou du coccyx sans lésion neurologique	4
Fracture du sacrum ou du coccyx avec lésion neurologique	6
<b>• Luxations sans fracture</b>	
Luxation d'une vertèbre cervicale	5
Luxation d'une vertèbre dorsale ou lombaire	5
<b>• Traumatismes isolés de la moelle épinière</b>	
Traumatisme de la moelle épinière au niveau cervical sans lésion vertébrale	6
Traumatisme de la moelle épinière au niveau dorsal sans lésion vertébrale	6
Traumatisme de la moelle épinière au niveau lombaire sans lésion vertébrale	6
Traumatisme de la queue de cheval sans lésion vertébrale	6
Traumatisme de la moelle épinière au niveau sacré sans lésion vertébrale	6
<b>• Traumatismes des racines et plexus rachidiens</b>	
Traumatisme d'une ou de racines cervicales	4
Traumatisme d'une ou de racines dorsales	4
Traumatisme d'une ou de racines lombaires	4
Traumatisme d'une ou de racines sacrées	4
Traumatisme du plexus brachial	6
Traumatisme du plexus lombo-sacré	6
<b>• Autres atteintes du rachis</b>	
Hernie discale cervicale	5
Hernie discale dorsale, lombaire ou lombo-sacrée	5
Spondylolisthesis acquis	4

**Titre VI : Membre supérieur droit**  
**Titre VII : Membre supérieur gauche**

	<b>cote de gravité</b>
<b>• Amputations</b>	
Amputation du pouce	5
Amputation de doigt(s) autre(s) que le pouce	5
Amputation du bras ou de la main (excluant l'amputation isolée de doigt(s) ou du pouce)	6
<b>• Atteintes musculo-tendineuses</b>	
Syndrome de la coiffe des rotateurs	3
Rupture de la coiffe des rotateurs	4
Tendinite du coude	3
Tendinite du poignet ou de la main	3
<b>• Brûlures</b>	voir Titre XI : Surface
<b>• Contusions avec intégrité de la surface cutanée</b>	voir Titre XI : Surface
<b>• Entorses</b>	
Entorse acromio-claviculaire	3
Entorse de l'épaule	3
Entorse du coude	3
Entorse du poignet	3
Entorse au niveau de la main	2
<b>• Fractures</b>	
Fracture de la clavicule	4
Fracture de l'omoplate	4
Fracture de l'humérus, au niveau de l'épiphyse supérieure	5
Fracture de l'humérus, au niveau de la diaphyse	4
Fracture de l'humérus, au niveau de l'épiphyse inférieure	5
Fracture du radius ou du cubitus, au niveau de l'épiphyse supérieure	5
Fracture du radius ou du cubitus, au niveau de la diaphyse	4
Fracture du radius ou du cubitus, au niveau de l'épiphyse inférieure	5
Fracture du carpe	4
Fracture d'un ou des métacarpiens	4
Fracture d'une ou de plusieurs phalanges des doigts de la main	3
<b>• Luxations sans fracture</b>	
Luxation de l'épaule incluant la luxation acromio-claviculaire	4
Luxation du coude	4
Luxation du poignet	4
Luxation de(s) doigt(s)	3
<b>• Plaies</b>	
Arthrotomie traumatique au niveau du membre supérieur	4
Plaie(s) sans atteinte des tendons	voir Titre XI : Surface
Plaie(s) au membre supérieur, excluant le poignet et la main, avec atteinte des tendons	4
Plaie(s) au poignet, à la main et/ou aux doigts avec atteinte des tendons	5
<b>• Traumatismes des nerfs</b>	
Traumatisme du nerf circonflexe	4
Traumatisme du nerf médian	4
Traumatisme du nerf cubital	4
Traumatisme du nerf radial	4
Traumatisme du nerf musculo-cutané du bras	3
Traumatisme des nerfs cutanés du membre supérieur	3
Traumatisme des nerfs collatéraux palmaires (nerfs digitaux)	3
<b>• Traumatismes des vaisseaux sanguins</b>	
Traumatisme des vaisseaux sanguins du membre supérieur (axillaires, brachiaux, radiaux, cubitaux)	4
<b>• Traumatismes superficiels</b>	voir Titre XI : Surface
Corps étrangers cutanés	voir Titre XI : Surface

**Titre VIII : Membre inférieur droit**  
**Titre IX : Membre inférieur gauche**

	<b>cote de gravité</b>
<b>• Amputations</b>	
Amputation d'orteils	4
Amputation au niveau du membre inférieur, excluant l'amputation isolée d'orteil(s)	6
<b>• Atteintes musculo-tendineuses</b>	
Tendinite ou bursite de la hanche	3
Tendinite du genou	3
Tendinite de la cheville ou du pied	3
<b>• Atteintes des ménisques</b>	
Déchirure d'un ou des ménisques du genou	3
<b>• Brûlures</b>	
	voir Titre XI : Surface
<b>• Contusions avec intégrité de la surface cutanée</b>	
	voir Titre XI : Surface
<b>• Entorses</b>	
Entorse de la hanche	3
Entorse du genou	3
Entorse de la cheville	3
Entorse du pied	2
Entorse de la région sacro-iliaque	3
Entorse du bassin (symphyse pubienne)	3
<b>• Fractures</b>	
Fracture de l'acétabulum	5
Fracture du pubis	4
Fracture de l'ilion ou de l'ischion	4
Fractures multiples du bassin	5
Fracture du col du fémur	5
Fracture du fémur au niveau de la diaphyse	5
Fracture du fémur au niveau de l'épiphysse inférieure	5
Fracture de la rotule	4
Fracture du tibia ou du péroné au niveau de l'épiphysse supérieure	5
Fracture du tibia ou du péroné au niveau de la diaphyse	4
Fracture de la cheville	4
Fracture du calcanéum	4
Fracture de l'astragale	4
Fractures d'autres os du tarse ou du métatarse	4
Fracture d'une ou de plusieurs phalanges des orteils	3
<b>• Luxations sans fracture</b>	
Luxation du bassin	4
Luxation de la hanche	5
Luxation de la rotule	3
Luxation du genou	6
Luxation de la cheville	4
Luxation du pied	3

• <b>Plaies</b>	
Arthrotomie traumatique du genou	4
Arthrotomie traumatique de la cheville	4
Plaie(s) du membre inférieur, sans atteinte des tendons	voir Titre XI : Surface
Plaie(s) du membre inférieur avec atteinte des tendons	4
• <b>Traumatismes des nerfs</b>	
Traumatisme du nerf grand sciatique	5
Traumatisme du nerf crural	4
Traumatisme du nerf tibial postérieur	4
Traumatisme du nerf sciatique poplité externe	4
Traumatisme de nerfs cutanés du membre inférieur	3
• <b>Traumatismes des vaisseaux sanguins</b>	
Traumatisme de l'artère fémorale commune ou superficielle	6
Traumatisme des veines fémorales ou saphènes	4
Traumatisme des vaisseaux sanguins poplités	4
Traumatisme des vaisseaux sanguins tibiaux	4
• <b>Traumatismes superficiels</b>	voir Titre XI : Surface
Corps étrangers cutanés	voir Titre XI : Surface

## Titre X : Psychisme \*

	<b>cote de gravité</b>
Anxiété	2
Dépression réactionnelle	4
État réactionnel aigu à une situation éprouvante	4
Névrose ou psychonévrose	4

\* Pour des complications psychiques secondaires à une blessure primaire, voir Titre XII : Complications

## Titre XI : Surface corporelle dans son ensemble

cote de gravité

<b>• Brûlures</b>		
Tête, face et cou		
Brûlure de la cornée ou du sac conjonctival	voir Titre II : Face	
Brûlure non précisée de l'oeil et de ses annexes		2
Brûlure de la paupière ou de la région périoculaire		2
Brûlure de la tête ou du cou, premier degré		2
Brûlure de la tête ou du cou, second degré		3
Brûlure de la tête ou du cou, second degré profond		4
Brûlure de la tête ou du cou, troisième degré		5
Brûlure interne au niveau du larynx, de la trachée ou du poumon	voir Titre III : Thorax	
Tronc		
Brûlure du tronc, premier degré		2
Brûlure du tronc, second degré		3
Brûlure du tronc, second degré profond		4
Brûlure du tronc, troisième degré		5
Membre supérieur		
Brûlure du membre supérieur, premier degré		2
Brûlure du membre supérieur, second degré		3
Brûlure du membre supérieur, second degré profond		4
Brûlure du membre supérieur, troisième degré		5
Membre inférieur		
Brûlure du membre inférieur, premier degré		2
Brûlure du membre inférieur, second degré		3
Brûlure du membre inférieur, second degré profond		4
Brûlure du membre inférieur, troisième degré		5
Brûlures multiples ou étendues		
Brûlure(s) couvrant moins de 10 % de la surface du corps	voir région spécifique Brûlures	
de 10 - 19 % de la surface du corps		6
Brûlures de 20 - 29 % de la surface du corps		6
Brûlures de 30 - 39 % de la surface du corps		6
Brûlures de 40 - 49 % de la surface du corps		6
Brûlures de 50 - 59 % de la surface du corps		6
Brûlures de 60 - 69 % de la surface du corps		6
Brûlures de 70 - 79 % de la surface du corps		6
Brûlures de 80 - 89 % de la surface du corps		6
Brûlures de 90 - 99 % de la surface du corps		6
<b>• Contusions avec intégrité de la surface cutanée</b>		
Contusions à localisations multiples		1
Tête - face et cou		
Contusion de la face, du cuir chevelu ou du cou		1
Contusion de la paupière ou de la région périoculaire		1
Contusion des tissus de l'orbite	voir Titre II	
:Face Contusion du globe oculaire	voir Titre II : Face	
Tronc		
Contusion du sein		1
Contusion de la paroi antérieure du thorax		1
Contusion de la paroi abdominale		1
Contusion de la paroi postérieure du tronc		1
Contusion des organes génitaux		2
Contusions multiples du tronc		1
Membre supérieur		
Contusion(s) du membre supérieur		1
Membre inférieur		
Contusion(s) du membre inférieur		1

• <b>Corps étrangers</b>	
Corps étrangers cutanés	voir Traumatismes superficiels
• <b>Plaies</b>	
Plaies à localisations multiples	2
Tête, face et cou	
Déchirure de la paupière ou de la région périoculaire, sans atteinte des voies lacrymales	2
Déchirure de la paupière avec atteinte des voies lacrymales	voir Titre II : Face
Plaie de la tête, excluant la face	2
Plaie de la face	2
Plaie de l'oreille externe	2
Plaie du tympan ou de la trompe d'Eustache	voir Titre II : Face
Plaie du globe oculaire	voir Titre II
:Face Plaie pénétrante de l'orbite	voir Titre II
:Face Plaie du cou	2
Tronc	
Plaie de la paroi antérieure du thorax	2
Plaie de la paroi postérieure du tronc	2
Plaie des organes génitaux externes	3
Plaie de la paroi antérieure ou latérale de l'abdomen	2
Plaie du périnée	2
Plaie du vagin	voir Titre IV : Abdomen et contenu pelvien
Membre supérieur	
Plaie(s) au membre supérieur avec atteinte des tendons	voir Titres VI - VII : Membres supérieurs
Plaie(s) au membre supérieur	2
Membre inférieur	
Plaie(s) au membre inférieur avec atteinte des tendons	voir Titres VIII – IX
:Membres inférieurs	
Plaie(s) au membre inférieur	2
Traumatismes superficiels (abrasions, égratignures, brûlures par friction, corps étranger (esquille) sans plaie majeure)	
Traumatisme superficiel de la face, du cou ou du cuir chevelu	1
Traumatisme superficiel du tronc	1
Traumatisme superficiel du membre supérieur	1
Traumatisme superficiel du membre inférieur	1
Traumatismes superficiels à localisations multiples	1

## Titre XII : Complications

	cote de gravité
Accident cérébro-vasculaire	6
Arrêt cardio-respiratoire	6
Blessure(s) ayant entraîné le décès (plus de 24 heures suivant l'accident)	6
Choc traumatique (choc hypovolémique)	6
Choc post-opératoire	6
Coagulopathie	4
Complications vasculaires périphériques	4
Contracture ischémique de Volkmann	5
Dystrophie sympathique réflexe	6
Effet toxique de l'oxyde de carbone	2

Embolie cérébrale	6
Embolie pulmonaire	6
Emphysème sous-cutané d'origine traumatique	3
État délirant	4
Infarctus du myocarde	6
Infection d'une plaie	3
Infection post-opératoire	5
Insuffisance pulmonaire	6
Insuffisance rénale	5
OEdème pulmonaire	5
Péricardite aiguë	6
Syndrome compartimental	5
Tachycardie paroxystique	6
Ulcère digestif	4