

Chapitre 17

AFFECTIONS MUSCULOSQUELETTIQUES

Introduction

Ce chapitre contient les critères permettant d'évaluer la déficience permanente ouvrant droit à des indemnités d'invalidité résultant des affections musculosquelettiques. La principale fonction du système musculosquelettique est l'exécution des mouvements corporels normaux avec une force, une vitesse, une coordination et une endurance normales pour accomplir les activités quotidiennes.

Le chapitre est divisé en trois sections. La première contient les critères permettant d'évaluer la déficience liée aux affections des membres supérieurs et du thorax du système musculosquelettique. La deuxième contient les critères permettant d'évaluer la déficience liée aux affections des membres inférieurs. La troisième contient les critères permettant d'évaluer la déficience liée aux affections de la colonne vertébrale, du bassin et de l'articulation sacro-iliaque. Chaque section contient un tableau permettant d'évaluer l'ostéomyélite.

Les fractures des os des membres supérieurs et inférieurs qui n'impliquent pas la surface d'une articulation et qui se sont consolidées sans déviation, difformité ou raccourcissement ne sont pas considérées comme une cause de déficience permanente et *sont évaluées à zéro*. De même, les fractures simples de la clavicule, du sternum, de l'omoplate et des côtes ne sont pas considérées comme une cause de déficience permanente et *sont évaluées à zéro*.

La déficience associée au remplacement d'une articulation est évaluée en fonction des critères de perte fonctionnelle, et aucune autre cote n'est attribuée pour la présence d'une articulation artificielle.

La maladie vasculaire périphérique est évaluée au chapitre 13, Hypertension et affections vasculaires. Si une amputation est nécessaire à la suite d'une maladie vasculaire périphérique, une cote supplémentaire est attribuée à l'aide du tableau des amputations dans ce chapitre. Les cotes du chapitre 13 et du tableau des amputations sont ensuite **ajoutées**.

Les varices sont évaluées au chapitre 13, Hypertension et affections vasculaires. Si une amputation est nécessaire en raison de varices, une cote est également attribuée à l'aide du tableau des amputations dans ce chapitre. Les cotes du chapitre 13 et du tableau des amputations sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Les engelures, pied d'immersion et autres lésions dues au froid sont évaluées au chapitre 13, Hypertension et affections vasculaires. Si une amputation est nécessaire en raison d'engelures, pied d'immersion et autres lésions dues au froid, une cote est également attribuée à l'aide du tableau des amputations dans ce chapitre. Les cotes du chapitre 13 et du tableau des amputations sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Les affections de nature neurologiques qui sont évaluées dans ce chapitre sont notamment les suivantes :

- lésion ou maladie du cerveau avec atteinte à un membre inférieur ou supérieur mais pas aux deux
- lésion ou maladie de la moelle épinière (y compris la sténose spinale centrale, mais excluant une lésion ou une maladie de la moelle épinière avec atteinte **à la fois** à la fonction des membres supérieurs et à celle des membres inférieurs)
- compression des racines nerveuses de la colonne vertébrale
- syndromes complexes de douleur locale de type 1 et de type 2
- syndrome de loge
- syndrome du défilé thoracobrachial
- affections neurologiques périphériques affectant les membres qui ne sont pas évaluées à l'aide du **tableau 20.5** du chapitre 20, Affections neurologiques.

Aucune cote n'est attribuée dans ce chapitre pour les affections énumérées ci-dessous. Chaque puce indique le chapitre à utiliser.

- La déficience liée à une lésion ou une maladie de la moelle épinière qui affecte à la fois la fonction des membres supérieurs et inférieurs est évaluée au chapitre 19, Activités de la vie quotidienne.
- La déficience liée à des affections vasculaires périphériques est évaluée au chapitre 13, Hypertension et affections vasculaires.
- La déficience liée aux troubles de la douleur reconnue dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) et au syndrome de la douleur chronique est évaluée au chapitre 21, Affections psychiatriques, et au chapitre 19, Activités de la vie quotidienne. Les cotes sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

- La déficience liée aux affections musculosquelettiques qui ont des effets sur l'ensemble de l'organisme comme l'arthrite rhumatoïde, l'arthrose généralisée et la spondylarthrite ankylosante est évaluée au chapitre 19, Activités de la vie quotidienne.
- Le syndrome du défilé thoracobrachial ne causant qu'une déficience vasculaire est évalué au chapitre 13, Hypertension et affections vasculaires.
- La déficience liée à la thoracoplastie à la suite d'une tuberculose est évaluée au chapitre 24, Tuberculose.
- La déficience liée aux affections malignes musculosquelettiques est évaluée au chapitre 18, Affections malignes. Suivre les étapes indiquées dans ce chapitre.

Tableaux et graphiques de cotation

Ce chapitre contient treize tableaux sur la « Perte fonctionnelle » et huit tableaux « Autres déficiences » que l'on peut utiliser pour évaluer les affections musculosquelettiques ouvrant droit à des indemnités d'invalidité. Ce chapitre contient également six graphiques de référence dont cinq donnent les valeurs pour la position optimale d'une articulation ankylosée et l'amplitude moyenne des mouvements des articulations. Un graphique décrit les effets de la compression des racines nerveuses (compression radiculaire).

Tableaux et graphiques de ce chapitre :

Table	Loss of Function	Other Impairment
Tableau 17.1	Perte fonctionnelle – Membres supérieurs	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques qui influent sur la fonction d'un membre supérieur dans son ensemble.
Tableau 17.2	Perte fonctionnelle – Membres supérieurs – Épaule	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques affectant l'amplitude active des mouvements de l'épaule.
Tableau 17.3	Perte fonctionnelle – Membres supérieurs – Coude	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques affectant l'amplitude active des mouvements du coude.
Tableau 17.4	Perte fonctionnelle – Membres supérieurs – Poignet	Ce tableau permet de coter la déficience liée à affections musculosquelettiques affectant l'amplitude active des mouvements du poignet.
Tableau 17.5	Perte fonctionnelle – Membres supérieurs – Pouce et doigts	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques affectant l'amplitude active des mouvements du pouce et des doigts.

Tableau 17.6	Autres déficiences – Fractures et affections musculosquelettiques diverses des membres supérieurs et du thorax	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux fractures et affections musculosquelettiques diverses des membres supérieurs et du thorax.
Tableau 17.7	Autres déficiences – Membres supérieurs – Amputations	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux amputations de membres supérieurs.
Tableau 17.8	Autres déficiences – Ostéomyélite – Membres supérieurs	Ce tableau permet de coter la déficience liée à l'ostéomyélite d'un membre supérieur.
Tableau 17.9	Perte fonctionnelle – Membres inférieurs	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques qui influent sur la fonction des membres inférieurs dans leur ensemble.
Tableau 17.10	Perte fonctionnelle – Membres inférieurs – Hanche	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques qui influent sur l'amplitude active des mouvements de la hanche.
Tableau 17.11	Perte fonctionnelle – Membres inférieurs – Genou	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques qui influent sur l'amplitude active des mouvements du genou.
Tableau 17.12	Perte fonctionnelle – Membres inférieurs – Cheville	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques qui influent sur l'amplitude active des mouvements de la cheville.
Tableau 17.13	Perte fonctionnelle – Membres inférieurs – Pieds et orteils	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques des pieds et des orteils.
Tableau 17.14	Autres déficiences – Fractures des membres inférieurs	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux fractures des membres inférieurs.
Tableau 17.15	Autres déficiences – Membres inférieurs – Amputations	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux amputations de membres inférieurs.
Tableau 17.16	Autres déficiences – Ostéomyélite – Membres inférieurs	Ce tableau permet de coter la déficience liée à l'ostéomyélite des membres inférieurs.
Tableau 17.17	Perte fonctionnelle – Colonne cervicale	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques influant sur la colonne cervicale.

Tableau 17.18	Perte fonctionnelle – Colonne dorsale	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques influant sur la colonne dorsale.
Tableau 17.19	Perte fonctionnelle – Colonne lombaire	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques influant sur la colonne lombaire.
Tableau 17.20	Autres déficiences – Coccyx, bassin, et articulations sacro-iliaques	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques influant sur le coccyx, le bassin et les articulations sacro-iliaques.
Tableau 17.21	Autres déficiences – Ostéomyélite – Colonne vertébrale et bassin	Ce tableau permet de coter la déficience liée à l'ostéomyélite de la colonne vertébrale et du bassin.
Graphique 1	Position optimale d'une articulation ankylosée – Membres supérieurs	Ce graphique contient les valeurs correspondant à la position optimale d'une articulation ankylosée d'un membre supérieur.
Graphique 2	Amplitude moyenne des mouvements de l'articulation – Membres supérieurs	Ce graphique contient les valeurs correspondant à l'amplitude des mouvements d'articulations particulières du membre supérieur.
Graphique 3	Position optimale d'une articulation ankylosée – Membres inférieurs	Ce graphique contient les valeurs correspondant à la position optimale d'une articulation ankylosée d'un membre inférieur.
Graphique 4	Amplitude moyenne des mouvements de l'articulation – Membres inférieurs	Ce graphique contient les valeurs correspondant à l'amplitude des mouvements des articulations d'un membre inférieur.
Graphique 5	Amplitude moyenne des mouvements de l'articulation – Colonne vertébrale	Ce graphique contient les valeurs correspondant à l'amplitude des mouvements de la colonne vertébrale.
Graphique 6	Syndrome de compression radiculaire	Ce graphique décrit les effets de la compression des racines nerveuses.

Amplitude des mouvements

Les tableaux sur la perte fonctionnelle de ce chapitre se fondent sur l'amplitude **active** (indépendante) des mouvements. L'amplitude active des mouvements de toutes les articulations doit être inscrite en degrés. L'amplitude des mouvements est mesurée dans la position anatomique neutre de toutes les articulations à l'exception de la supination et pronation de l'avant-bras qui sont mesurées dans la position neutre de l'avant-bras (supination/pronation médiane). Il est préférable d'utiliser un goniomètre, mais une évaluation visuelle des degrés des mouvements est acceptable. Les graphiques de référence indiquent les valeurs normales de l'amplitude des mouvements et la position optimale de l'ankylose des articulations.

Certains mouvements d'une articulation sont jugés plus importants sur le plan fonctionnel. Cette importance fonctionnelle a été prise en compte dans les tableaux de cotation.

Douleur

La cotation dans les tableaux sur les affections musculosquelettiques tient compte de la présence de douleurs pouvant accompagner une affection musculosquelettique et limiter l'amplitude des mouvements ou la fonction. Dans les tableaux sur les affections musculosquelettiques, la douleur est considérée comme faisant partie de nombreuses affections et on estime qu'elle est présente dans la plupart des cas au-delà des niveaux de déficience minimaux. Lorsqu'elle est indiquée à un niveau donné du tableau, la présence de la douleur est considérée comme un facteur distinctif entre les niveaux de cotation. Une fois qu'il est déterminé qu'il y a douleur, on estime qu'elle est présente à tous les niveaux successifs.

Ostéomyélite

Une cote est attribuée à l'aide du tableau applicable pour chaque ostéomyélite ouvrant droit à des indemnités d'invalidité.

Compression des racines nerveuses de la colonne vertébrale et lésion ou maladie de la moelle épinière

On doit suivre les instructions suivantes pour attribuer les cotes pour la compression des racines nerveuses de la colonne vertébrale et/ou les lésions ou maladies de la moelle épinière.

Colonne cervicale

- La compression des racines nerveuses due à une affection de la colonne cervicale est évaluée au **tableau 17.17** – Perte fonctionnelle – Colonne cervicale.
- Les lésions ou maladies de la moelle épinière au niveau cervical accompagnées de troubles neurologiques dans les membres supérieurs sont évaluées au **tableau 17.1** – Perte fonctionnelle – Membres supérieurs. Si l'on doit évaluer la colonne cervicale, la cote du **tableau 17.1** est **comparée** à celle du **tableau 17.17** – Perte fonctionnelle – Colonne cervicale, et la plus **élevée** est retenue.
- Les lésions ou maladies de la moelle épinière au niveau cervical accompagnées de troubles neurologiques dans les membres supérieurs et inférieurs sont évaluées au chapitre 19, Activités de la vie quotidienne. Si l'on doit évaluer la colonne cervicale, la cote du **chapitre 19** est **comparée** à celle du **tableau 17.17** – Perte fonctionnelle – Colonne cervicale, et la **plus élevée** est retenue.

Colonne dorsale

- La compression des racines nerveuses due à une affection de la colonne dorsale est évaluée individuellement.
- Les lésions ou maladies de la moelle épinière au niveau du thorax accompagnées de troubles neurologiques dans les membres supérieurs sont évaluées au **tableau 17.1** – Perte fonctionnelle – Membres supérieurs. Si l'on doit évaluer la colonne dorsale, la cote du **tableau 17.1** est **comparée** à celle du **tableau 17.18** – Perte fonctionnelle – Colonne dorsale, et la **plus élevée** est retenue.
- Les lésions ou maladies de la moelle épinière au niveau du thorax accompagnées de troubles neurologiques dans les membres inférieurs sont évaluées au **tableau 17.9** – Perte fonctionnelle – Membres inférieurs. Si l'on doit évaluer la colonne dorsale, la cote du **tableau 17.9** est **comparée** à celle du **tableau 17.18** – Perte fonctionnelle – Colonne dorsale, et la **plus élevée** est retenue.
- Les lésions ou maladies de la moelle épinière au niveau du thorax accompagnées de troubles neurologiques dans les membres inférieurs et supérieurs sont évaluées au chapitre 19, Activités de la vie quotidienne. Si l'on

doit évaluer la colonne dorsale, la cote du chapitre 19 est **comparée** à celle du **tableau 17.18** – Perte fonctionnelle – Colonne dorsale, et la **plus élevée** est retenue.

Colonne lombaire :

- La compression des racines nerveuses due à une affection de la colonne lombaire est évaluée au **tableau 17.19** – Perte fonctionnelle – Colonne lombaire.
- Les lésions ou maladies de la moelle épinière au niveau lombaire accompagnées de troubles neurologiques dans les membres inférieurs sont évaluées au **tableau 17.9** – Perte fonctionnelle – Membres inférieurs. Si l'on doit évaluer la colonne lombaire, la cote du **tableau 17.9** est **comparée** à celle du **tableau 17.19** – Perte fonctionnelle – Colonne lombaire, et la **plus élevée** est retenue.
- Le syndrome de la queue de cheval est évalué individuellement.

Section 1 – Déterminer la déficience liée aux affections musculosquelettiques des membres supérieurs et du thorax

Pour évaluer la déficience de membres supérieurs, une cote supérieure peut convenir pour le membre supérieur dominant. S'il y a lieu, les tableaux de cette section indiquent les cotes pour le membre supérieur dominant et le membre supérieur non dominant.

Sélection des tableaux et graphiques

Tableaux pouvant servir à coter les déficiences liées aux affections musculosquelettiques des membres supérieurs et du thorax :

Table	Loss of Function	Other Impairment
Tableau 17.1	Perte fonctionnelle – Membres supérieurs	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques qui influent sur la fonction d'un membre supérieur dans son ensemble.
Tableau 17.2	Perte fonctionnelle – Membres supérieurs – Épaule	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques affectant l'amplitude active des mouvements de l'épaule.
Tableau 17.3	Perte fonctionnelle – Membres supérieurs – Coude	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques affectant l'amplitude active des mouvements du coude.
Tableau 17.4	Perte fonctionnelle – Membres supérieurs – Poignet	Ce tableau permet de coter la déficience liée à affections musculosquelettiques affectant l'amplitude active des mouvements du poignet.
Tableau 17.5	Perte fonctionnelle – Membres supérieurs – Pouce et doigts	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques affectant l'amplitude active des mouvements du pouce et des doigts.
Tableau 17.6	Autres déficiences – Fractures et affections musculosquelettiques diverses des membres supérieurs et du thorax	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux fractures et affections musculosquelettiques diverses des membres supérieurs et du thorax.
Tableau 17.7	Autres déficiences – Membres supérieurs – Amputations	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux amputations de membres supérieurs.
Tableau 17.8	Autres déficiences – Ostéomyélite – Membres supérieurs	Ce tableau permet de coter la déficience liée à l'ostéomyélite d'un membre supérieur.

Graphique 1	Position optimale d'une articulation ankylosée – Membres supérieurs	Ce graphique contient les valeurs correspondant à la position optimale d'une articulation ankylosée d'un membre supérieur.
Graphique 2	Amplitude moyenne des mouvements de l'articulation – Membres supérieurs	Ce graphique contient les valeurs correspondant à l'amplitude des mouvements d'articulations particulières du membre supérieur.

Perte fonctionnelle - Membre supérieur

Le tableau 17.1 contient les critères permettant d'évaluer la capacité des membres supérieurs dans leur ensemble à accomplir les activités quotidiennes. On ne peut attribuer qu'une seule cote pour chaque membre supérieur. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Ce tableau permet de coter certaines affections, notamment les suivantes :

- lésion ou maladie du cerveau influant sur la fonction d'un membre supérieur ou des deux
- lésion ou maladie de la moelle épinière influant sur la fonction d'un membre supérieur ou des deux
- syndromes complexes de douleur locale de type 1 et de type 2 d'un membre supérieur ou des deux
- syndrome de loge d'un membre supérieur ou des deux
- syndrome du défilé thoracobrachial influant sur un membre supérieur ou les deux
- affections neurologiques périphériques influant sur un membre supérieur ou les deux qui ne sont pas évaluées au **tableau 20.5** du chapitre 20, Affections neurologiques.

Pour les cas de lésion ou de maladie de la moelle épinière, voir les instructions données dans l'introduction du présent chapitre.

Si l'on doit évaluer plus d'une affection du même membre à l'aide du **tableau 17.1**, les affections sont regroupées aux fins de l'évaluation.

Si les affections des membres supérieurs ouvrant droit à des indemnités d'invalidité entraînent une déficience permanente d'autres systèmes de l'organisme, il faut rendre une décision relative à une affection consécutive. Si celle-ci est favorable, la déficience de ce système de l'organisme sera évaluée à l'aide des tableaux pertinents sur les systèmes et appareils de l'organisme.

Si des affections n'ouvrant pas droit à des indemnités d'invalidité ou des affections cotées dans un autre chapitre/tableau de la Table des invalidités contribuent à la déficience globale, il faut alors utiliser le Tableau des contributions partielles (TCP) pour établir la cote correspondant aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Perte fonctionnelle - Membres supérieurs - Épaule

Le **tableau 17.2** permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques de l'épaule. On ne peut attribuer qu'une seule cote pour chaque épaule. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Si l'on doit évaluer plus d'une affection de l'épaule d'un même membre à l'aide du **tableau 17.2**, les affections sont regroupées aux fins de l'évaluation.

Si les affections de l'épaule d'un membre supérieur ouvrant droit à des indemnités d'invalidité entraînent une déficience permanente d'autres systèmes de l'organisme, il faut rendre une décision relative à une affection consécutive. Si celle-ci est favorable, la déficience de ce système de l'organisme sera évaluée à l'aide des tableaux pertinents sur les systèmes et appareils de l'organisme.

Si des affections n'ouvrant pas droit à des indemnités d'invalidité ou des affections cotées dans un autre chapitre/tableau de la Table des invalidités contribuent à la déficience globale, il faut alors utiliser le TCP pour établir la cote correspondant aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Perte fonctionnelle - Membres supérieurs - Coude

Le **tableau 17.3** permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques du coude. On ne peut attribuer qu'une seule cote pour chaque coude. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Si l'on doit évaluer plus d'une affection du coude d'un même membre à l'aide du **tableau 17.3**, les affections sont regroupées aux fins de l'évaluation.

Si les affections du coude d'un membre supérieur ouvrant droit à des indemnités d'invalidité entraînent une déficience permanente d'autres systèmes de l'organisme, il faut rendre une décision relative à une affection consécutive. Si celle-ci est favorable, la déficience de ce système de l'organisme sera évaluée à l'aide des tableaux pertinents sur les systèmes et appareils de l'organisme.

Si des affections n'ouvrant pas droit à des indemnités d'invalidité ou des affections cotées dans un autre chapitre/tableau de la Table des invalidités contribuent à la déficience globale, il faut alors utiliser le TCP pour établir la cote correspondant aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Perte fonctionnelle - Membres supérieurs - Poignet

Le tableau 17.4 permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques du poignet. On ne peut attribuer qu'une seule cote pour chaque poignet. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Si l'on doit évaluer plus d'une affection du poignet d'un même membre à l'aide du **tableau 17.4**, les affections sont regroupées aux fins de l'évaluation.

Si les affections du poignet d'un membre supérieur ouvrant droit à des indemnités d'invalidité entraînent une déficience permanente d'autres systèmes de l'organisme, il faut rendre une décision relative à une affection consécutive. Si celle-ci est favorable, la déficience de ce système de l'organisme sera évaluée à l'aide des tableaux pertinents sur les systèmes et appareils de l'organisme.

Si des affections n'ouvrant pas droit à des indemnités d'invalidité ou des affections cotées dans un autre chapitre/tableau de la Table des invalidités contribuent à la déficience globale, il faut alors utiliser le TCP pour établir la cote correspondant aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Perte fonctionnelle - Membres supérieurs - Pouce et doigts

Le tableau 17.5 permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques du pouce et des doigts. On ne peut attribuer qu'une seule cote pour chaque doigt à l'aide du **tableau 17.5**. Si plusieurs s'appliquent à un seul doigt, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Si plus d'une affection d'un seul doigt donne droit à des indemnités d'invalidité, les affections sont regroupées aux fins de l'évaluation.

Si les affections du pouce et des doigts ouvrant droit à des indemnités d'invalidité entraînent une déficience permanente d'autres systèmes de l'organisme, il faut rendre une décision relative à une affection consécutive. Si celle-ci est favorable, la déficience de ce système de l'organisme sera évaluée à l'aide des tableaux pertinents sur les systèmes et appareils de l'organisme.

Si des affections n'ouvrant pas droit à des indemnités d'invalidité ou des affections cotées dans un autre chapitre/tableau de la Table des invalidités contribuent à la déficience globale, il faut alors utiliser le TCP pour établir la cote correspondant aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Autres déficiences - Fractures et affections musculosquelettiques diverses des membres supérieurs et du thorax

Le **tableau 17.6** permet de coter la déficience liée aux fractures et aux affections musculosquelettiques diverses des membres supérieurs et du thorax. On peut attribuer une cote pour chaque affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité. Si plusieurs s'appliquent à une affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité, elles sont **comparées**, la **plus élevée** est retenue.

Si une fracture est intra-articulaire, on doit également utiliser le tableau applicable des articulations pour coter la déficience.

Si les fractures et affections musculosquelettiques diverses des membres supérieurs et du thorax ouvrant droit à des indemnités d'invalidité entraînent une déficience permanente d'autres systèmes de l'organisme, il faut rendre une décision relative à une affection consécutive. Si celle-ci est favorable, la déficience de ce système de l'organisme sera évaluée à l'aide des tableaux pertinents sur les systèmes et appareils de l'organisme.

Si des affections n'ouvrant pas droit à des indemnités d'invalidité ou des affections cotées dans un autre chapitre/tableau de la Table des invalidités contribuent à la déficience globale, il faut alors utiliser le TCP pour établir la cote correspondant aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Autres déficiences - Amputations de membres supérieurs

Le **tableau 17.7** permet de coter la déficience liée à l'amputation d'un membre supérieur.

Les amputations d'un membre supérieur, quelle que soit la cause de l'amputation (vasculaire, traumatisme ou infection), sont évaluées à l'aide de ce tableau.

Lorsque des affections antérieures ouvrant droit à des indemnités d'invalidité sont retirées ultérieurement en raison d'une amputation ouvrant droit à des indemnités d'invalidité, la nouvelle cote est attribuée à l'aide du **tableau 17.7 - Autres déficiences** –

Amputations de membres supérieurs. Mais dans quelques cas rares, il existe plus d'une affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité d'un membre supérieur et la somme des cotes pourrait être supérieure à la cote d'amputation. Dans ces cas, on doit conserver les cotes correspondant aux affections antérieures ouvrant droit à des indemnités d'invalidité qui s'appliquaient immédiatement avant l'amputation.

Lorsqu'une ou plusieurs affections antérieures ouvrant droit à des indemnités d'invalidité sont retirées en raison d'une amputation n'ouvrant pas droit à des indemnités d'invalidité, on doit conserver la cote correspondant aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité qui s'appliquait immédiatement avant l'amputation.

Si les amputations de membres supérieurs ouvrant droit à des indemnités d'invalidité entraînent une déficience permanente d'autres systèmes de l'organisme, il faut rendre une décision relative à une affection consécutive. Si celle-ci est favorable, la déficience de ce système de l'organisme sera évaluée à l'aide des tableaux pertinents sur les systèmes et appareils de l'organisme.

Si des affections n'ouvrant pas droit à des indemnités d'invalidité ou des affections cotées dans un autre chapitre/tableau de la Table des invalidités contribuent à la déficience globale, il faut alors utiliser le TCP pour établir la cote correspondant aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Autres déficiences - Ostéomyélite - Membres supérieurs

Le **tableau 17.8** permet de coter la déficience liée à ostéomyélite d'un membre supérieur. On peut attribuer une cote pour chaque partie affectée par l'ostéomyélite. Si plusieurs s'appliquent à une partie, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Si l'ostéomyélite d'un membre supérieur ouvrant droit à des indemnités d'invalidité entraîne une déficience permanente d'autres systèmes de l'organisme, il faut rendre une décision relative à une affection consécutive. Si celle-ci est favorable, la déficience de ce système de l'organisme sera évaluée à l'aide des tableaux pertinents sur les systèmes et appareils de l'organisme.

Si des affections n'ouvrant pas droit à des indemnités d'invalidité ou des affections cotées dans un autre chapitre/tableau de la Table des invalidités contribuent à la déficience globale, il faut alors utiliser le TCP pour établir la cote correspondant aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Tableaux, Étapes et Graphiques

Tableau 17.1 - Perte fonctionnelle - Membres supérieurs

On ne peut donner qu'une cote pour chaque membre supérieur à l'aide du tableau 17.1. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Chaque puce (•) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **tableau 17.1**, suivre les « **et** » et les « **ou** ».

Tableau 17.1 - Perte fonctionnelle - Membres supérieurs

Cote membre dominant	Cote membre non dominant	Critères
Zéro	Zéro	Peut se servir du membre facilement pour manger, s'habiller, écrire et accomplir d'autres tâches quotidiennes.
Deux	Un	- Peut se servir du membre facilement pour des tâches normales mais avec une fatigue excessive et/ou des douleurs vers la fin de la journée; ou - Paresthésie et/ou engourdissement.
Quatre	Deux	Peut se servir du membre facilement pour des tâches normales mais avec une fatigue excessive et/ou des douleurs survenant au bout d'une heure.
Neuf	Quatre	- Peut se servir du membre assez bien dans la plupart des cas, mais difficultés fréquentes se manifestant par : - une perte mineure de la dextérité des doigts entraînant un changement d'écriture, ou difficulté à manipuler des objets fins ou de petite taille, p. ex. lacer des chaussures ou remonter une montre, ou - une perte mineure de la force de préhension causant des difficultés à saisir des objets modérément lourds à lourds comme une casserole, un seau et un arrosoir; ou - Peut se servir du membre facilement pour des tâches normales mais avec une fatigue excessive et/ou des douleurs survenant au bout de 10 minutes.

Treize	Neuf	• Peut se servir du membre assez bien dans la plupart des cas, mais difficultés fréquentes se manifestant par : • une perte mineure de la dextérité des doigts entraînant un changement d'écriture, ou difficulté à manipuler des objets fins ou de petite taille, p. ex. lacer des chaussures ou remonter une montre; et • une perte mineure de la force de préhension causant des difficultés à saisir des objets modérément lourds à lourds comme une casserole, un seau et un arrosoir.
Vingt et un	Treize	• Peut se servir du membre assez bien dans certains cas, mais avec des difficultés plus marquées se manifestant par : - une perte modérée de la dextérité des doigts entraînant de la difficulté à manipuler de gros objets, p. ex. tourner la poignée d'une porte; et/ou - une forte perte de la force de préhension causant des difficultés à saisir des objets légers comme un couteau, une fourchette, une tasse, une brosse à dents, etc.
Trente-quatre	Vingt et un	• Utilise le membre avec difficulté dans toutes les circonstances. L'utilisation du membre est gravement limitée; préhension légère seulement. Plusieurs aides peuvent être nécessaires pour les activités quotidiennes comme l'écriture et l'alimentation.
Trente-quatre	Trente-quatre	• Douleur rebelle*.
Cinquante-deux	Trente-neuf	• Incapable de se servir du membre pour les soins personnels ou les activités quotidiennes. Le membre est pratiquement inutile.

* Une douleur rebelle est une douleur grave, persistante et continue qui ne répond pas aux traitements habituels.

Étapes à suivre pour évaluer la déficience musculosquelettique des membres supérieurs

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 17.1** (Perte fonctionnelle - Membres supérieurs).

Note : Le **tableau 17.1** permet de coter des affections particulières dont :

- lésion ou maladie du cerveau influant sur la fonction d'un membre supérieur ou des deux
- lésion ou maladie de la moelle épinière influant sur la fonction d'un membre supérieur ou des deux
- syndromes complexes de la douleur locale de type 1 et de type 2 d'un membre supérieur ou des deux
- syndromes de loge d'un membre supérieur ou des deux
- syndrome du défilé thoroacobrahial influant sur un membre supérieur ou les deux
- affections neurologiques périphériques influant sur un membre supérieur ou les deux qui ne sont pas évaluées à l'aide du **tableau 20.5** du chapitre 20, Affections neurologiques

Si l'on doit évaluer plus d'une affection d'un seul membre supérieur ouvrant droit à des indemnités d'invalidité à l'aide du **tableau 17.1**, on doit regrouper les affections.

Étape 2 : Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 1.

Étape 3 : Déterminer la cote de la qualité de vie.

Étape 4 : Additionner les cotes des étapes 2 et 3.

Étape 5 : S'il existe un droit partiel à des indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Tableau 17.2 - Perte fonctionnelle - Membres supérieurs - Épaule

On ne peut donner qu'une cote pour chaque épaule à l'aide du **tableau 17.2**. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Chaque puce (•) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **tableau 17.2**, suivre les « **et** » et les « **ou** ».

Tableau 17.2 - Perte fonctionnelle - Membres supérieurs – Épaule

Cote du membre dominant	Cote du membre non dominant	Critères
Zéro	Zéro	Amplitude normale des mouvements sans douleur.
Quatre	Deux	Amplitude normale des mouvements en général, mais douleur présente quotidiennement et/ou avec le mouvement.
Neuf	Quatre	- Flexion + extension d'au plus 150°; ou - Rotations interne + externe d'au plus 130°; ou - Abduction + adduction d'au plus 175°.
Treize	Neuf	- Rotations interne + externe d'au plus 50°; et - Pas d'abduction au-delà de 90°.
Vingt et un	Treize	- Flexion + extension d'au plus 40°; et - Rotations interne + externe d'au plus 30°; et - Pas d'abduction au-delà de 60°.
Vingt-six	Vingt-trois	- Flexion + extension d'au plus 20°; et - Rotations interne + externe d'au plus 15°; et - Pas d'abduction au-delà de 25°.
Trente-quatre	Vingt-six	Ankylose en position de fonction.
Cinquante-deux	Quarante-cinq	- Ankylose dans une position défavorable; ou - Articulation ballante*

* **Une articulation ballante** est une articulation présentant une mobilité anormale et paradoxale.

Étapes à suivre pour évaluer la déficience musculosquelettique - Épaule

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 17.2** (Perte fonctionnelle - Membres supérieurs - Épaule).

Note : Si l'on doit évaluer plus d'une affection de l'épaule d'un seul membre supérieur, *on doit regrouper les affections*.

Étape 2 : Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 1.

Étape 3 : Déterminer la cote de la qualité de vie.

Étape 4 : Additionner les cotes des étapes 2 et 3.

Étape 5 : S'il existe un droit partiel à des indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Tableau 17.3 - Perte fonctionnelle - Membre supérieur - Coude

On ne peut donner qu'une cote pour chaque coude à l'aide du **tableau 17.3**. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** retenue.

Chaque puce (•) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **tableau 17.3**, suivre les « **et** » et les « **ou** ».

Tableau 17.3 - Perte fonctionnelle - Membres supérieurs – Coude

Cote du membre dominant	Cote du membre non dominant	Critères
Zéro	Zéro	Amplitude normale des mouvements sans douleur.
Quatre	Deux	Amplitude normale des mouvements en général, mais douleur présente quotidiennement et/ou avec le mouvement.
Neuf	Quatre	- Pas de flexion au-delà de 100°; ou - Perte de 10° d'extension; ou - Pronation plus supination d'au plus 30°.
Treize	Neuf	- Pas de flexion au-delà de 75°; et - Perte de 30° d'extension; ou - Perte complète de la pronation et la supination.
Vingt et un	Treize	- Pas de flexion au-delà de 60°; et - Perte de 45° d'extension.
Vingt-six	Vingt-trois	Ankylose en position de fonction.
Trente-quatre	Vingt-six	- Ankylose dans une position défavorable; ou - Articulation ballante*

*Une articulation ballante est une articulation présentant une mobilité anormale et paradoxale.

Étapes à suivre pour évaluer la déficience musculosquelettique du coude

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 17.3** (Perte fonctionnelle - Membres supérieurs - Coude).

Note : Si l'on doit évaluer plus d'une affection du coude d'un seul membre supérieur ouvrant droit à des indemnités d'invalidité à l'aide du **tableau 17.3**, il faut regrouper les affections.

Étape 2 : Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 1.

Étape 3 : Déterminer la cote de la qualité de vie.

Étape 4 : Additionner les cotes des étapes 2 et 3.

Étape 5 : S'il existe un droit partiel à des indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Tableau 17.4 - Perte fonctionnelle - Membres supérieurs - Poignet

On ne peut donner qu'une cote pour chaque poignet à l'aide du **tableau 17.4**. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Chaque puce (•) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **tableau 17.4**, un seul critère doit être respecté à un niveau de déficience pour que cette cote soit choisie.

Tableau 17.4 - Perte fonctionnelle - Membres supérieurs – Poignet

Cote du membre dominant	Cote du membre non dominant	Critères
Zéro	Zéro	Amplitude normale des mouvements sans douleur.
Quatre	Deux	Amplitude normale des mouvements en général, mais douleur présente quotidiennement et/ou avec le mouvement.
Neuf	Quatre	- Flexion palmaire d'au plus 15°; ou - Dorsiflexion d'au plus 25°.
Treize	Neuf	- Flexion palmaire d'au plus 10°; ou - Dorsiflexion d'au plus 10°.
Dix-huit	Douze	Ankylose en position de fonction.
Vingt et un	Quinze	- Ankylose dans une position défavorable; ou - Articulation ballante*.

*Une **articulation ballante** est une articulation présentant une mobilité anormale et paradoxale.

Étapes à suivre pour évaluer la déficience musculosquelettique du poignet

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 17.4** (Perte fonctionnelle - Membres supérieurs - Poignet).

Note : Si l'on doit évaluer plus d'une affection du poignet d'un seul membre supérieur ouvrant droit à des indemnités d'invalidité à l'aide du **tableau 17.4**, il faut regrouper les affections.

Étape 2 : Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 1.

Étape 3 : Déterminer la cote de la qualité de vie.

Étape 4 : Additionner les cotes des étapes 2 et 3.

Étape 5 : S'il existe un droit partiel à des indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Tableau 17.5 - Perte fonctionnelle - Membres supérieurs - Pouce et doigts

On ne peut donner qu'une cote pour chaque doigt à l'aide du **tableau 17.5**. Si plusieurs s'appliquent à un seul doigt, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Chaque puce (·) du **tableau 17.5** représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **tableau 17.5**, tous les critères désignés à ce niveau de cote doivent être respectés.

Tableau 17.5 - Perte fonctionnelle – Membres supérieurs - Pouce et doigts

Pouce		
Cote du membre dominant	Cote du membre non dominant	Critère
Un	Zéro	Amplitude réduite des mouvements et/ou amplitude douloureuse des mouvements de l'articulation interphalangienne (IP), et/ou de l'articulation métacarpophalangienne (MCP) et/ou de l'articulation carpométacarpienne (CMC).
Deux	Un	Ankylose en position favorable de fonction d'une ou de deux des articulations suivantes : IP, MCP, CMC.
Treize	Treize	- Ankylose en position défavorable de fonction d'une ou de deux des articulations suivantes : IP, MCP, CMC; ou - Ankylose en position favorable de fonction de toutes les articulations suivantes : IP, MCP, CMC.
Dix-huit	Dix-huit	Ankylose en position défavorable de fonction de toutes les articulations suivantes : IP, MCP, CMC.
Index ou Majeur		
Cote du membre dominant	Cote du membre non dominant	Critère
Un	Zéro	Amplitude réduite des mouvements et/ou amplitude douloureuse des mouvements de l'articulation interphalangienne distale (IPD) et/ou de l'articulation interphalangienne proximale (IPP) et/ou de l'articulation métacarpophalangienne (MCP).
Deux	Un	Ankylose en position favorable de fonction d'une ou de deux des articulations suivantes : IPD, IPP, MCP.

Cinq	Trois	- Ankylose en position défavorable de fonction d'une ou de deux des articulations suivantes : IPD, IPP, MCP; ou - Ankylose en position favorable de fonction de toutes les articulations suivantes : IPD, IPP, MCP.
Neuf	Quatre	Ankylose en position défavorable de fonction de toutes les articulations suivantes : IPD, IPP, MCP.
Annulaire ou auriculaire		
Cote du membre dominant	Cote du membre non dominant	Critère
Zéro	Zéro	Amplitude réduite des mouvements et/ou amplitude douloureuse des mouvements de l'articulation interphalangienne distale (IPD) et/ou de l'articulation interphalangienne proximale (IPP) et/ou de l'articulation métacarpophalangienne (MCP).
Un	Zéro	Ankylose en position favorable de fonction d'une ou de deux des articulations suivantes : IPD, IPP, MCP.
Deux	Un	- Ankylose en position défavorable de fonction d'une ou de deux des articulations suivantes : IPD, IPP, MCP; ou - Ankylose en position favorable de fonction de toutes les articulations suivantes : IPD, IPP, MCP.
Trois	Deux	Ankylose en position défavorable de fonction de toutes les articulations suivantes : DIP, PIP, MCP.

Étapes à suivre pour évaluer la déficience musculosquelettique - Pouce et doigts

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 17.5** (Perte fonctionnelle - Membres supérieurs - Pouce et doigts).

Note : On peut sélectionner **une** cote pour **chaque** doigt à l'aide du **tableau 17.5**. Mais si plus d'une affection d'un seul doigt donne droit à des indemnités d'invalidité, on doit regrouper les affections aux fins de l'évaluation. Les cotes applicables sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Étape 2 : Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 1.

Étape 3 : Déterminer la cote de la qualité de vie.

Étape 4 : Additionner les cotes des étapes 2 et 3.

Étape 5 : S'il existe un droit partiel à des indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Tableau 17.6 - Autres déficiences - Fractures et affections musculosquelettiques diverses des membres supérieurs et du thorax

On ne peut donner qu'une cote à chaque affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité à l'aide du **tableau 17.6**. Si plusieurs s'appliquent à une affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité, elles sont **comparées** et la **plus élevée** est retenue.

Chaque puce (•) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **tableau 17.6**, un seul critère doit être respecté à un niveau de déficience pour que cette cote soit choisie.

Tableau 17.6 - Autres déficiences - Fractures et affections musculosquelettiques diverses des membres supérieurs et du thorax

Cote	Critères
Zéro	- Fractures du sternum, des côtes, de l'omoplate, de la clavicule, de l'humérus, du cubitus, du radius, des os carpiens, des os métacarpiens et des phalanges qui ne sont pas articulaires et sont bien guéries sans difformité ni déviation ou sans absence de consolidation; ou - Séparations costales.
Un	- Rupture du tendon de la longue portion du biceps; ou - Fracture de la clavicule avec défigurement; ou - Fracture des os métacarpiens ou des phalanges avec difformité ou déviation.
Deux	Syndrome chondrocostal/de Tietze avec malaise/douleur intermittents.
Trois	Fracture de l'humérus, du radius ou du cubitus avec difformité ou déviation.
Quatre	- Fracture de l'omoplate avec défaut d'alignement donnant lieu à une crépitation scapulo-dorsale douloureuse; ou - Syndrome chondrocostal/de Tietze avec malaise/douleur persistants.

Les fractures qui ne sont pas consolidées seront évaluées individuellement.

Étapes à suivre pour évaluer la déficience liée aux fractures et affections musculosquelettiques diverses des membres supérieurs et du thorax

- Étape 1 :** Déterminer la cote à l'aide du **tableau 17.6** (Autres déficiences - Fractures et affections diverses des membres supérieurs et du thorax).
- Étape 2 :** Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 1.
- Étape 3 :** Déterminer la cote de la qualité de vie.
- Étape 4 :** Additionner les cotes des étapes 2 et 3.
- Étape 5 :** S'il existe un droit partiel à des indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Tableau 17.7 - Autres déficiences - Membres supérieurs - Amputations

On ne peut donner qu'une cote pour chaque amputation ou combinaison d'amputations ouvrant droit à des indemnités d'invalidité à l'aide du **tableau 17.6**. Si plusieurs s'appliquent à une affection ou combinaison d'amputations ouvrant droit à des indemnités d'invalidité, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Chaque puce (•) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **tableau 17.7**, un seul critère doit être respecté à un niveau de déficience pour que cette cote soit choisie.

Tableau 17.7 - Autres déficiences - Amputation de membres supérieurs

Cote	Critère
Auriculaire	
Un Deux Trois	• Amputation d'une phalange de l'auriculaire. • Amputation de deux phalanges de l'auriculaire. • Amputation de trois phalanges de l'auriculaire.
Annulaire	
Un Deux Quatre	• Amputation d'une phalange de l'annulaire. • Amputation de deux phalanges de l'annulaire. • Amputation de trois phalanges de l'annulaire.
Majeur	
Deux Quatre Neuf	• Amputation d'une phalange du majeur. • Amputation de deux phalanges du majeur. • Amputation de trois phalanges du majeur.
Index	
Trois Six Neuf	• Amputation d'une phalange de l'index. • Amputation de deux phalanges de l'index. • Amputation de trois phalanges de l'index.
Pouce	
Neuf Treize Dix-huit	• Amputation d'une phalange. • Amputation de deux phalanges du pouce. • Amputation de deux phalanges du pouce et amputation du métacarpe.
Autres	
Neuf	• Amputation de l'annulaire et de l'auriculaire.

Vingt et un	• Amputation de l'index et du majeur; ou • Amputation du majeur, de l'annulaire et de l'auriculaire.
Vingt-six	• Amputation de l'index, du majeur et de l'annulaire; ou • Amputation du pouce et de l'index; ou • Amputation du pouce et du majeur.
Trente-quatre	• Perte de deux pouces à l'articulation MCP.
Trente-neuf	• Perte de deux pouces et d'os métacarpiens; ou • Amputation de l'index, du majeur, de l'annulaire et de l'auriculaire; ou • Amputation du pouce, de l'index et du majeur.
Quarante-trois	• Amputation du pouce, de l'index, du majeur et de l'annulaire.
Cinquante-deux	• Amputation du pouce à l'articulation MCP et de tous les doigts; ou • Amputation au mi-carpien; ou Amputation au mi-métacarpien; ou • Désarticulation au niveau du poignet.
Soixante et un	• Amputation de l'avant-bras, de la partie supérieure à la désarticulation au poignet jusqu'à 7,5 cm au-dessous de l'extrémité de l'olécrâne.
Soixante-huit	• Amputation de l'avant-bras à moins de 7,5 cm au-dessous de l'extrémité de l'olécrâne à la perte du bras en-dessous du niveau de l'insertion du deltoïde.
Soixante et onze	• Amputation au-dessus de l'insertion du deltoïde; ou • Désarticulation à l'épaule.
Soixante-seize	• Amputation interscapulo-thoracique*.
Quatre-vingt-cinq	• Perte de tous les doigts (y compris les pouces), ou de tous sauf un, aux deux mains.

***L'amputation interscapulo-thoracique** est une amputation de l'articulation de l'épaule avec excision d'une partie de l'omoplate ainsi que de la clavicule.

Les amputations ne figurant pas dans ce tableau seront évaluées individuellement.

Étapes à suivre pour évaluer la déficience musculosquelettique
Amputations de membres supérieurs

- Étape 1 :** Déterminer la cote à l'aide du **tableau 17.7** (Autres déficiences - Membres supérieurs - Amputations).
- Étape 2 :** Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 1.
- Étape 3 :** Déterminer la cote de la qualité de vie.
- Étape 4 :** Additionner les cotes des étapes 2 et 3.
- Étape 5 :** S'il existe un droit partiel à des indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Tableau 17.8 - Autres déficiences - Ostéomyélite - Membres supérieurs

On peut attribuer une cote for chaque partie touchée par l'ostéomyélite des membres supérieurs à l'aide du **tableau 17.8**. Si plusieurs s'appliquent à une partie, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Chaque puce (•) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **tableau 17.8**, un seul critère doit être respecté à un niveau de déficience pour que cette cote soit choisie.

Tableau 17.8 - Autres déficiences - Ostéomyélite - Membres supérieurs

Cote	Critères
Un	Épisode unique d'ostéomyélite ayant cessé grâce à un traitement, sans effets résiduels.
Quatre	Exacerbations répétées d'ostéomyélite dans les 5 dernières années sans douleur chronique, perte osseuse, formation d'un tractus sinusal ou drainage persistant.
Neuf	Ostéomyélite chronique avec douleur chronique et/ou perte locale d'os.
Treize	Ostéomyélite chronique avec formation d'un tractus sinusal et drainage persistant.

Étapes à suivre pour évaluer la déficience liée à l'ostéomyélite des membres supérieurs

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 17.8** (Autres déficiences - Membres supérieurs - Ostéomyélite).

Note : On peut attribuer une cote for chaque partie touchée par l'ostéomyélite du membre supérieur ouvrant droit à des indemnités d'invalidité. On doit répéter les étapes pour chaque partie ouvrant droit à des indemnités d'invalidité.

Étape 2 : Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 1.

Étape 3 : Déterminer la cote de la qualité de vie.

Étape 4 : Additionner les cotes des étapes 2 et 3.

Étape 5 : S'il existe un droit partiel à des indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Graphique 1 - Position optimale de l'ankylose des articulations - Membres supérieurs

Les valeurs suivantes servent de guide. La position réelle d'une ankylose articulaire chirurgicale peut varier selon la décision du chirurgien en tenant compte des besoins et des circonstances particulières du membre, de l'ancien combattant ou du client.

Graphique 1 - Position optimale de l'ankylose des articulations - Membres supérieurs

Articulation		Position optimale de l'ankylose
Épaule		Articulation de l'épaule à 45° d'abduction avec soulèvement avant de 30° et rotation externe de 20°.
Coude		90 - 100° de flexion.
Poignet		25 - 30° de dorsiflexion sans inclinaison cubitale ou radiale.
Pouce	IP MCP CMC	20° de flexion. 25° de flexion. Métacarpe en opposition.
Doigts	IPD IPP MCP	15 - 20° de flexion. 40 - 50° de flexion. 20 - 30° de flexion.

Graphique 2 - Amplitude moyenne des mouvements articulaires - Membres supérieurs

Les mesures indiquées dans le graphique 2 ci-dessous sont établies dans une position anatomique neutre à l'exception de la supination et pronation de l'avant-bras qui sont mesurées dans une position neutre de l'avant-bras.

Graphique 2 - Amplitude moyenne des mouvements articulaires - Membres supérieurs

Articulation		Mouvement	Amplitude de mouvement
Épaule		Abduction	180°
		Flexion (soulever vers l'avant)	170°
		Rotation externe	90°
		Adduction	45°
		Extension (soulever vers l'arrière)	30°
		Rotation interne	90°
Coude		Flexion	140°
		Supination	80°
		Extension	0°
		Pronation	80°
Poignet		Extension (dorsiflexion)	60°
		Inclinaison cubitale	30°
		Flexion (flexion palmaire)	70°
		Inclinaison radiale	20°
Pouce	IP	Flexion	90°
		Extension	20°
	MCP	Flexion	50°
		Extension	0°
	CMC	Abduction	70°
		Adduction	0°
		Opposition	Pouce vers les doigts
Doigts	IPP	Flexion	45 - 90°
		Extension	0 - 20°
	IPD	Flexion	100°
		Extension	0°
	MCP	Flexion	90°
		Extension	30 - 45°

Section 2 - Évaluer les affections musculosquelettiques des membres inférieurs**Sélection des tableaux et graphiques**

Tableaux pouvant servir à évaluer la déficience liée aux affections musculosquelettiques des membres inférieurs :

Table	Loss of Function	Other Impairment
Tableau 17.9	Perte fonctionnelle – Membres inférieurs	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques qui influent sur la fonction des membres inférieurs dans leur ensemble.
Tableau 17.10	Perte fonctionnelle – Membres inférieurs – Hanche	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques qui influent sur l'amplitude active des mouvements de la hanche.
Tableau 17.11	Perte fonctionnelle – Membres inférieurs – Genou	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques qui influent sur l'amplitude active des mouvements du genou.
Tableau 17.12	Perte fonctionnelle – Membres inférieurs – Cheville	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques qui influent sur l'amplitude active des mouvements de la cheville.
Tableau 17.13	Perte fonctionnelle – Membres inférieurs – Pieds et orteils	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques des pieds et des orteils.
Tableau 17.14	Autres déficiences – Fractures des membres inférieurs	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux fractures des membres inférieurs.
Tableau 17.15	Autres déficiences – Membres inférieurs – Amputations	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux amputations de membres inférieurs.
Tableau 17.16	Autres déficiences – Ostéomyélite – Membres inférieurs	Ce tableau permet de coter la déficience liée à l'ostéomyélite des membres inférieurs.
Graphique 3	Position optimale d'une articulation ankylosée – Membres inférieurs	Ce graphique contient les valeurs correspondant à la position optimale d'une articulation ankylosée d'un membre inférieur.
Graphique 4	Amplitude moyenne des mouvements de l'articulation – Membres inférieurs	Ce graphique contient les valeurs correspondant à l'amplitude des mouvements des articulations d'un membre inférieur.

Perte fonctionnelle - Membres inférieurs

Le **tableau 17.9** contient les critères permettant d'évaluer la capacité des membres inférieurs en tant qu'unité fonctionnelle à accomplir les activités quotidiennes comme marcher et se tenir debout. On ne peut choisir qu'une seule cote pour les membres inférieurs en tant qu'unité. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Ce tableau permet de coter des affections particulières, notamment :

- lésions ou maladies du cerveau influant sur la fonction d'un membre inférieur ou des deux
- lésions ou maladies de la moelle épinière influant sur la fonction d'un membre inférieur ou des deux
- syndromes complexes de la douleur locale de type 1 et de type 2 d'un membre inférieur ou des deux
- syndrome de loge d'un membre inférieur ou des deux
- affections neurologiques périphériques influant sur un membre inférieur ou les deux qui ne sont pas évaluées à l'aide du **tableau 20.5** du chapitre 20, Affections neurologiques.

En cas de lésion ou de maladie de la moelle épinière, voir les instructions données dans l'introduction de ce chapitre.

Si l'on doit évaluer plus d'une affection des membres inférieurs à l'aide du **tableau 17.9**, il faut regrouper les affections aux fins de l'évaluation.

Si les affections des membres inférieurs ouvrant droit à des indemnités d'invalidité entraînent une déficience permanente d'autres systèmes de l'organisme, il faut rendre une décision relative à une affection consécutive. Si celle-ci est favorable, la déficience de ce système de l'organisme sera évaluée à l'aide des tableaux pertinents sur les systèmes et appareils de l'organisme.

Si des affections n'ouvrant pas droit à des indemnités d'invalidité ou des affections cotées dans un autre chapitre/tableau de la Table des invalidités contribuent à la déficience globale, il faut alors utiliser le TCP pour établir la cote correspondant à l'affection ou aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Perte fonctionnelle - Membres inférieurs - Hanche

Le **tableau 17.10** permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques de la hanche. On ne peut choisir qu'une seule cote pour chaque hanche. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Si l'on doit évaluer plus d'une affection de la hanche d'un même membre inférieur à l'aide du **tableau 17.10**, il faut regrouper les affections aux fins de l'évaluation.

Si les affections de la hanche ouvrant droit à des indemnités d'invalidité entraînent une déficience permanente d'autres systèmes de l'organisme, il faut rendre une décision relative à une affection consécutive. Si celle-ci est favorable, la déficience de ce système de l'organisme sera évaluée à l'aide des tableaux pertinents sur les systèmes et appareils de l'organisme.

Si des affections n'ouvrant pas droit à des indemnités d'invalidité ou des affections cotées dans un autre chapitre/tableau de la Table des invalidités contribuent à la déficience globale, il faut alors utiliser le TCP pour établir la cote correspondant à l'affection ou aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Perte fonctionnelle - Membres inférieurs - Genou

Le **tableau 17.11** permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques du genou. On ne peut choisir qu'une seule cote pour chaque genou. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Si l'on doit évaluer plus d'une affection du genou à l'aide du **tableau 17.11**, il faut regrouper les affections aux fins de l'évaluation.

Si les affections du genou ouvrant droit à des indemnités d'invalidité entraînent une déficience permanente d'autres systèmes de l'organisme, il faut rendre une décision relative à une affection consécutive. Si celle-ci est favorable, la déficience de ce système de l'organisme sera évaluée à l'aide des tableaux pertinents sur les systèmes et appareils de l'organisme.

Si des affections n'ouvrant pas droit à des indemnités d'invalidité ou des affections cotées dans un autre chapitre/tableau de la Table des invalidités contribuent à la déficience globale, il faut alors utiliser le TCP pour établir la cote correspondant à l'affection ou aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce

tableau.

Perte fonctionnelle - Membres inférieurs - Cheville

Le **tableau 17.12** permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques de la cheville. On ne peut choisir qu'une cote pour chaque cheville. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Si l'on doit évaluer plus d'une affection de la cheville à l'aide du **tableau 17.12**, il faut regrouper les affections aux fins de l'évaluation.

Si les affections de la cheville ouvrant droit à des indemnités d'invalidité entraînent une déficience permanente d'autres systèmes de l'organisme, il faut rendre une décision relative à une affection consécutive. Si celle-ci est favorable, la déficience de ce système de l'organisme sera évaluée à l'aide du tableau pertinent ou des tableaux pertinents sur les systèmes et appareils de l'organisme.

Si des affections n'ouvrant pas droit à des indemnités d'invalidité ou des affections cotées dans un autre chapitre/tableau de la Table des invalidités contribuent à la déficience globale, il faut alors utiliser le TCP pour établir la cote correspondant à l'affection ou aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Perte fonctionnelle - Membres inférieurs - Pieds et orteils

Le **tableau 17.13** permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques des pieds et des orteils. On ne peut choisir qu'une cote **pour chaque pied** à l'aide du **tableau 17.13**. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Si l'on doit évaluer plus d'une affection du pied ou des orteils à l'aide du **tableau 17.13**, il faut regrouper les affections aux fins de l'évaluation.

Si les affections des pieds et des orteils ouvrant droit à des indemnités d'invalidité entraînent une déficience permanente d'autres systèmes de l'organisme, il faut rendre une décision relative à une affection consécutive. Si celle-ci est favorable, la déficience de ce système de l'organisme sera évaluée à l'aide des tableaux pertinents sur les systèmes et appareils de l'organisme.

Si des affections n'ouvrant pas droit à des indemnités d'invalidité ou des affections

cotées dans un autre chapitre/tableau de la Table des invalidités contribuent à la déficience globale, il faut alors utiliser le TCP pour établir la cote correspondant à l'affection ou aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Autres déficiences - Fractures des membres inférieurs

Le **tableau 17.14** permet de coter la déficience liée aux fractures des membres inférieurs. On peut choisir une cote pour chaque affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité. Si plusieurs s'appliquent à une affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue. Si une fracture est intra-articulaire, on utilise également le tableau applicable sur les articulations pour coter la déficience.

Si les fractures des membres inférieurs ouvrant droit à des indemnités d'invalidité entraînent une déficience permanente d'autres systèmes de l'organisme, il faut rendre une décision relative à une affection consécutive. Si celle-ci est favorable, la déficience de ce système de l'organisme sera évaluée à l'aide du tableau pertinent ou des tableaux pertinents sur les systèmes et appareils de l'organisme.

Si des affections n'ouvrant pas droit à des indemnités d'invalidité ou des affections cotées dans un autre chapitre/tableau de la Table des invalidités contribuent à la déficience globale, il faut alors utiliser le TCP pour établir la cote correspondant à l'affection ou aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Autres déficiences - Membres inférieurs - Amputations

Le **tableau 17.15** permet de coter la déficience liée aux amputations de membres inférieurs.

Toutes les amputations de membres inférieurs quelle qu'en soit la cause (vasculaire, traumatisme ou infection) sont évaluées à l'aide de ce tableau.

On ne peut choisir qu'une seule cote pour chaque membre inférieur à l'aide du **tableau 17.15**. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Lorsque des affections antérieures ouvrant droit à des indemnités d'invalidité sont retirées ultérieurement en raison d'une amputation ouvrant droit à des indemnités

d'invalidité, la nouvelle cote est attribuée à l'aide du **tableau 17.7** - Autres déficiences - Amputations de membres inférieurs. Mais dans quelques cas rares, il existe plus d'une affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité d'un membre inférieur et la somme des cotes pourrait être supérieure à la cote d'amputation. Dans ce cas, on doit conserver les cotes correspondant aux affections antérieures ouvrant droit à des indemnités d'invalidité qui s'appliquaient immédiatement avant l'amputation.

Si les amputations de membres inférieurs ouvrant droit à des indemnités d'invalidité entraînent une déficience permanente d'autres systèmes de l'organisme, il faut rendre une décision relative à une affection consécutive. Si celle-ci est favorable, la déficience de ce système de l'organisme sera évaluée à l'aide du tableau pertinent ou des tableaux pertinents sur les systèmes et appareils de l'organisme.

Lorsqu'une ou plusieurs affections antérieures ouvrant droit à des indemnités d'invalidité sont retirées en raison d'une amputation n'ouvrant pas droit à des indemnités d'invalidité, on doit conserver la cote correspondant à l'affection ou aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité qui s'appliquait immédiatement avant l'amputation.

Si des affections n'ouvrant pas droit à des indemnités d'invalidité ou des affections cotées dans un autre chapitre/tableau de la Table des invalidités contribuent à la déficience globale, il faut alors utiliser le TCP pour établir la cote correspondant à l'affection ou aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Autres déficiences - Ostéomyélite - Membres inférieurs

Le **tableau 17.16** permet de coter la déficience liée à ostéomyélite des membres inférieurs. On peut choisir une cote pour chaque partie touchée par l'ostéomyélite. Si plusieurs s'appliquent à une partie, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Si l'ostéomyélite des membres inférieurs ouvrant droit à des indemnités d'invalidité entraîne une déficience permanente d'autres systèmes de l'organisme, il faut rendre une décision relative à une affection consécutive. Si celle-ci est favorable, la déficience de ce système de l'organisme sera évaluée à l'aide du tableau pertinent ou des tableaux pertinents sur les systèmes et appareils de l'organisme.

Si des affections n'ouvrant pas droit à des indemnités d'invalidité ou des affections cotées dans un autre chapitre/tableau de la Table des invalidités contribuent à la déficience globale, il faut alors utiliser le TCP pour établir la cote correspondant à

l'affection ou aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Tableaux, Étapes et Graphiques

Tableau 17.9 - Perte fonctionnelle - Membres inférieurs

On ne peut donner qu'une cote pour les membres inférieurs en tant qu'unité fonctionnelle à l'aide du **tableau 17.9**. Lorsque plusieurs cotes s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Chaque puce (•) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **tableau 17.9**, suivre les « **et** » et les « **ou** ».

Tableau 17.9 - Perte fonctionnelle - Membres inférieurs

Cote	Critères
Zéro	• Marche normalement pour son âge sur différents types de terrain et à des vitesses diverses.
Deux	• Paresthésie et/ou engourdissement d'une jambe ou des deux.
Quatre	• Peut se mettre debout sans aide et marche normalement sur terrain plat, mais avec des difficultés intermittentes pour monter des marches et sur du terrain inégal; ou • Douleur intermittente dans une jambe ou les deux.
Neuf	• Marche normalement sur terrain plat, mais difficulté constante à monter et descendre des marches ou sur terrain inégal; ou • Ne peut pas se lever à partir d'une position assise sans s'aider des deux mains; ou • Douleur quotidienne dans une jambe ou les deux; ou • La douleur limite la marche à 500 m ou moins.
Dix-huit	• Marche lentement sur terrain plat et a besoin normalement d'une canne ou de béquilles et ne peut pas monter des escaliers ou des rampes sans main courante; ou • La douleur limite la marche à 250 m ou moins.
Vingt et un	• Marche lentement sur terrain plat et a besoin normalement d'une canne ou de béquilles; et - une jambe ou les deux se dérobent fréquemment provoquant des chutes; ou - ne peut pas monter des escaliers sans une aide; ou • La douleur limite la marche à 100 m ou moins.
Trente-quatre	• Douleur rebelle*.

Cinquante-deux	• Ne peut marcher qu'à l'intérieur ou autour de la maison; et - a besoin d'une canne à quatre pieds, de béquilles, d'un déambulateur ou d'une aide semblable; ou - ne peut pas effectuer un transfert** sans aide.
Quatre-vingt-un	• Incapable de marcher ou de se tenir debout. Mobile seulement en fauteuil roulant.

* La douleur rebelle est une douleur grave, persistante et permanente qui ne répond pas aux modalités de traitement habituelles.

**On entend par transfert, par exemple, le fait de se déplacer d'un siège à un autre, de passer de la position assise à la position debout, de s'asseoir sur la cuvette des toilettes et de se lever, et de se coucher et de se lever.

Étapes à suivre pour évaluer la déficience musculosquelettique Membres inférieurs

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 17.9** (Perte fonctionnelle - Membres inférieurs).

Note : Ce tableau permet de coter certaines affections, notamment :

- lésions ou maladies du cerveau qui influent sur la fonction d'un membre inférieur ou des deux
- lésions ou maladies de la moelle épinière qui influent sur la fonction d'un membre inférieur ou des deux
- syndromes complexes de la douleur locale de type 1 et de type 2 touchant un membre inférieur ou les deux
- syndrome de loge d'un membre inférieur ou des deux
- affections neurologiques périphériques des membres inférieurs qui ne sont pas évaluées à l'aide du **tableau 20.5** du chapitre 20, Affections neurologiques.

Étape 2 : Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 1.

Étape 3 : Déterminer la cote de la qualité de vie.

Étape 4 : Additionner les cotes des étapes 2 et 3.

Étape 5 : S'il existe un droit partiel à des indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

(Table 17.10 modifiée novembre 2006)

Tableau 17.10 - Perte fonctionnelle - Membres inférieurs - Hanche

On ne peut donner qu'une cote pour chaque hanche à l'aide du **tableau 17.10**. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Chaque puce (•) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **tableau 17.10**, suivre les « **et** » et les « **ou** ».

Tableau 17.10 – Perte fonctionnelle – Membres inférieurs – Hanche

Cote	Critères
Zéro	• Amplitude normale des mouvements sans douleur.
Quatre	• Amplitude normale des mouvements en général, mais douleur présente quotidiennement et/ou avec le mouvement.
Treize	• Perte d'environ un quart de l'amplitude normale des mouvements.
Vingt-six	• Perte d'environ la moitié de l'amplitude normale des mouvements.
Trente-six	• Perte d'environ trois quarts de l'amplitude normale des mouvements.
Quarante-trois	• Ankylose en position de fonction.
Cinquante-deux	• Ankylose en position défavorable; ou Articulation ballante*.

***Une articulation ballante** est une articulation présentant une mobilité anormale et paradoxale.

Étapes à suivre pour évaluer la déficience musculosquelettique - Hanche

- Étape 1 :** Déterminer la cote à l'aide du **tableau 17.10** (Perte fonctionnelle - Membres inférieurs - Hanche).
- Étape 2 :** Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 1.
- Étape 3 :** Déterminer la cote de la qualité de vie.
- Étape 4 :** Additionner les cotes des étapes 2 et 3.
- Étape 5 :** S'il existe un droit partiel à des indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Tableau 17.11 - Perte fonctionnelle - Membres inférieurs - Genou

On ne peut donner qu'une cote pour chaque genou à l'aide du tableau 17.11. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Chaque puce (•) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **tableau 17.11**, un critère doit être respecté à un niveau de déficience pour que cette cote soit choisie.

Tableau 17.11 - Perte fonctionnelle - Membres inférieurs – Genou

Cote	Critères
Zéro	Amplitude normale des mouvements sans douleur.
Quatre	Amplitude normale des mouvements en général, mais douleur présente quotidiennement et/ou avec le mouvement.
Neuf	- Effusions intermittentes; ou - Perte de flexion d'au moins 15°.
Treize	- Genou instable* à l'examen clinique; ou - Perte d'extension de 10°; ou - Flexion d'au plus 90°.
Dix-huit	- Perte d'extension de 15°; ou Deux des signes suivants : - Genou instable* à l'examen clinique - Perte d'extension de 10° - Flexion d'au plus 90°.
Vingt-six	Trois des signes suivants : - Genou instable* à l'examen clinique - Perte d'extension de 10° - Flexion d'au plus 90°
Trente-quatre	Ankylose en position de fonction.
Quarante-trois	- Ankylose en position défavorable; ou - Articulation ballante*.

On entend par genou cliniquement *instable une articulation du genou dont un médecin a démontré l'instabilité lors d'un examen clinique ou opératoire.

*Une articulation ballante est une articulation présentant une mobilité anormale et paradoxale.

Étapes à suivre pour évaluer la déficience musculosquelettique - Genou

- Étape 1 :** Déterminer la cote à l'aide du **tableau 17.11** (Perte fonctionnelle - Membres inférieurs - Genou).
- Étape 2 :** Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 1.
- Étape 3 :** Déterminer la cote de la qualité de vie.
- Étape 4 :** Additionner les cotes des étapes 2 et 3.
- Étape 5 :** S'il existe un droit partiel à des indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Tableau 17.12 - Perte fonctionnelle - Membres inférieurs - Cheville

On ne peut donner qu'une cote pour chaque cheville à l'aide du tableau 17.12. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Chaque puce (•) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le tableau 17.12, suivre les « **et** » et les « **ou** ».

Tableau 17.12 - Perte fonctionnelle – Cheville

Cote	Critères
Zéro	• Amplitude normale des mouvements sans douleur.
Deux	• Foulures répétées de la cheville.
Quatre	• Amplitude normale des mouvements en général, mais douleur présente quotidiennement et/ou avec le mouvement.
Neuf	• Dorsiflexion d'au plus 10°; ou • Flexion plantaire d'au plus 15°; ou • Cheville instable* à l'examen clinique.
Treize	• Dorsiflexion d'au plus 5°; et • Flexion plantaire d'au plus 10°.
Dix-huit	• Ankylose en position de fonction.
Vingt-six	• Ankylose en position défavorable; ou • Articulation ballante**.

Une cheville **cliniquement *instable** est une articulation de la cheville dont un médecin a démontré l'instabilité lors d'un examen clinique ou opératoire.

****Une articulation ballante** est une articulation présentant une mobilité anormale et paradoxale.

Étapes à suivre pour évaluer la déficience musculosquelettique - Cheville

- Étape 1 :** Déterminer la cote à l'aide du **tableau 17.12** (Perte fonctionnelle - Membres inférieurs- Cheville).
- Étape 2 :** Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 1.
- Étape 3 :** Déterminer la cote de la qualité de vie.
- Étape 4 :** Additionner les cotes des étapes 2 et 3.
- Étape 5 :** S'il existe un droit partiel à des indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Tableau 17.13 - Perte fonctionnelle - Membres inférieurs - Pieds et orteils

Le **tableau 17.13** permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques des pieds et des orteils. On ne peut donner qu'une cote pour chaque pied à l'aide du **tableau 17.13** pour toute affection musculosquelettique ou combinaison d'affections. Si plusieurs s'appliquent à un pied, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Les affections énumérées au **tableau 17.13** renvoient à des affections unilatérales.

Les affections évaluées au **tableau 17.13** comprennent notamment :

- pied plat
- pied creux
- callosité plantaire
- orteils en marteau
- orteils en griffe
- orteils en maillet
- hallux valgus
- hallux rigidus
- inflammation de l'orteil
- métatarsalgie
- fasciite plantaire
- épine calcanéenne
- talalgie plantaire
- douleur sous-cutanée calcanéenne
- bursite talonnière postérieure
- Névrome de Morton
- tendinite du pied, y compris les tendons péronier antérieur, tibial postérieur, fléchisseur du gros orteil et péronier
- blessure ligamentaire du pied
- arthrose d'une articulation du pied ou des orteils
- bursite du pied
- fractures des phalanges provoquant une ankylose
- arthrose de l'articulation sous-astragalienne.

Chaque puce (•) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **tableau 17.13**, il faut satisfaire à un seul critère à un niveau de déficience pour que cette cote soit choisie.

Tableau 17.13 - Perte fonctionnelle - Membres inférieurs - Pieds et orteils

Cote	Critères
Zéro	• Une des affections énumérées sans symptômes; ou • Perte incomplète de l'amplitude des mouvements d'un orteil; ou • Ankylose du 2^e, 3^e, 4^e ou 5^e orteil en position favorable.
Un	• Ankylose en position défavorable d'un orteil (2^e, 3^e, 4^e ou 5^e).
Deux	• Une des affections énumérées avec symptômes intermittents, avec ou sans traitement; ou • Ankylose en position défavorable de deux orteils (2^e, 3^e, 4^e ou 5^e); ou • Ankylose de l'articulation IP du gros orteil en position favorable; ou • Perte d'amplitude des mouvements dans l'articulation sous-astragalienne.
Trois	• Ankylose en position défavorable de trois orteils (2^e, 3^e, 4^e ou 5^e).
Quatre	• Une des affections énumérées avec symptômes quotidiens légers à modérés, avec ou sans traitement; ou • Ankylose en position défavorable de quatre orteils (2^e, 3^e, 4^e ou 5^e); ou • Ankylose de l'articulation IP du gros orteil en position défavorable; ou • Ankylose de l'articulation MTP du gros orteil en position favorable; ou • Ankylose de l'articulation sous-astragalienne en position favorable.
Sept	• Ankylose de l'articulation MTP du gros orteil en position défavorable; ou • Une des affections énumérées avec symptômes graves et persistants malgré un traitement régulier*.

L'ankylose de l'articulation sous-astragalienne en position défavorable de la fonction est évaluée individuellement.

***Le traitement comprend l'utilisation d'appareils orthopédiques et de médicaments.**

Étapes à suivre pour évaluer la déficience musculosquelettique Pieds et orteils

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 17.13** (Perte fonctionnelle - Membres inférieurs - Pieds et orteils).

Note : Si plus d'une affection d'un pied et/ou d'un orteil donne droit à des indemnités d'invalidité et nécessite une évaluation, toutes les affections de ce pied ouvrant droit à des indemnités d'invalidité sont regroupées. Les cotes applicables sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Étape 2 : Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 1.

Étape 3 : Déterminer la cote de la qualité de vie.

Étape 4 : Additionner les cotes des étapes 2 et 3.

Étape 5 : S'il existe un droit partiel à des indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Tableau 17.14 - Autres déficiences - Fractures des membres inférieurs

On ne peut donner qu'une cote pour chaque affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité à l'aide du **tableau 17.14**. Si plusieurs s'appliquent à une affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Chaque puce (•) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **tableau 17.14**, il faut satisfaire à un seul critère à un niveau de déficience pour que cette cote soit choisie.

Tableau 17.14 - Autres déficiences- Fracture des membres inférieurs

Cote	Critères
Zéro	• Fractures du fémur, du tibia, du péroné, du calcanéum, des tarses, métatarses ou phalanges qui ne sont pas articulaires et sont bien guéries, sans difformité ni déviation ou sans absence de consolidation; ou • Fracture entraînant un raccourcissement de la jambe de moins de 2,5 cm.
Un	• Fracture du calcanéum, des tarses ou métatarses avec difformité ou déviation.
Trois	• Fracture du fémur, du tibia ou du péroné avec difformité ou déviation.
Sept	• Fracture entraînant un raccourcissement de la jambe de 2,5 cm à 7,4 cm.
Treize	• Fracture entraînant un raccourcissement de la jambe de 7,5 cm à 13 cm.

Les fractures qui aboutissent à une absence de consolidation seront évaluées individuellement.

Les fractures des phalanges qui provoquent une ankylose seront évaluées au tableau 17.13.

**Étapes à suivre pour évaluer la déficience musculosquelettique
Fractures des membres inférieurs**

- Étape 1 :** Déterminer la cote à l'aide du **tableau 17.14** (Autres déficiences - Fractures des membres inférieurs).
- Étape 2 :** Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 1.
- Étape 3 :** Déterminer la cote de la qualité de vie.
- Étape 4 :** Additionner les cotes des étapes 2 et 3.
- Étape 5 :** S'il existe un droit partiel à des indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Tableau 17.15 - Autres déficiences - Membres inférieurs - Amputations

Le **tableau 17.15** permet de coter la déficience liée aux amputations de membres inférieurs. On ne peut donner qu'une cote pour chaque membre inférieur à l'aide du **tableau 17.15** pour les amputations ouvrant droit à des indemnités d'invalidité. Si plusieurs cotes s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Chaque puce (•) du **tableau 17.15** représente un critère. Il faut satisfaire à un seul critère à un niveau particulier du **tableau 17.15** pour que cette cote soit choisie.

Tableau 17.15 – Autres déficiences – Amputations de membres inférieurs

Cote	Critères
Deux	• Amputation d'un orteil autre que le gros orteil aux articulations IPD, IPP ou MTP.
Quatre	• Amputation du gros orteil à l'articulation IP; ou • Amputation de 2 à 4 orteils à l'exclusion du gros orteil.
Sept	• Amputation du gros orteil.
Treize	• Amputation du gros orteil et d'un autre orteil à un pied.
Dix-huit	• Amputation du gros orteil et d'au moins 2 autres orteils à un pied; ou • Amputation mi-métatarsienne.
Vingt-six	• Amputation mi-tarsienne.
Quarante-trois	• Amputation à la cheville; ou • Amputation au-dessous du genou avec moignon d'au moins 11,5 cm.
Cinquante-deux	• Amputation au-dessous du genou avec moignon de moins de 11,5 cm; ou • Amputation à l'articulation du genou.
Soixante et un	• Amputation au-dessus du genou (tiers inférieur de la cuisse).
Soixante-trois	• Amputation au-dessus du genou (tiers médian de la cuisse).
Soixante-huit	• Amputation au-dessus du genou (tiers supérieur de la cuisse).
Soixante-seize	• Désarticulation de la hanche; ou • Amputation trans-pelvienne*; ou • Hémipelvectomie.

*On entend par amputation trans-pelvienne une amputation de toute l'articulation de la hanche ainsi que d'une portion des branches pubiennes et d'une portion de la tubérosité sciatique.

Les amputations non mentionnées dans ce tableau seront évaluées individuellement.

**Étapes à suivre pour évaluer la déficience musculosquelettique-
Amputations de membres inférieurs**

- Étape 1 :** Déterminer la cote à l'aide du **tableau 17.15** (Autres déficiences - Membres inférieurs - Amputations).
- Étape 2 :** Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 1.
- Étape 3 :** Déterminer la cote de la qualité de vie.
- Étape 4 :** Additionner les cotes des étapes 2 et 3.
- Étape 5 :** S'il existe un droit partiel à des indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Tableau 17.16 - Autres Déficiences - Ostéomyélite - Membres inférieurs

On peut attribuer une cote pour chaque partie de l'ostéomyélite du membre inférieur à l'aide du **tableau 17.16**. Si plusieurs s'appliquent à une partie, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Chaque puce (•) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **tableau 17.16**, il faut satisfaire à un seul critère à un niveau de déficience pour que cette cote soit choisie.

Tableau 17.16 – Autres déficiences – Ostéomyélite – Membres inférieurs

Cote	Critères
Un	• Épisode unique d'ostéomyélite ayant cessé avec un traitement; pas d'effets résiduels.
Quatre	• Exacerbations répétées d'ostéomyélite dans les 5 dernières années sans douleur chronique, perte osseuse, formation d'un tractus sinusal ou drainage persistant.
Neuf	• Ostéomyélite chronique accompagnée de douleur chronique et/ou perte osseuse locale.
Treize	• Ostéomyélite chronique avec formation d'un tractus sinusal et drainage persistant.

Étapes à suivre pour évaluer l'ostéomyélite des membres inférieurs

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 17.16** (Autres déficiences - Ostéomyélite des membres inférieurs).

Note : On peut attribuer une cote à chaque partie des membres inférieurs touchée par l'ostéomyélite ouvrant droit à des indemnités d'invalidité. On doit répéter les étapes pour chaque partie ouvrant droit à des indemnités d'invalidité.

Étape 2 : Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 1.

Étape 3 : Déterminer la cote de la qualité de vie.

Étape 4 : Additionner les cotes des étapes 2 et 3.

Étape 5 : S'il existe un droit partiel à des indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Graphique 3 - Position optimale de l'ankylose de l'articulation - Membres inférieurs

Les valeurs suivantes servent de guide. La position réelle d'une ankylose articulaire chirurgicale peut varier selon la décision du chirurgien en tenant compte des besoins et des circonstances particulières du membre, de l'ancien combattant ou du client.

Graphique 3 - Position optimale de l'ankylose de l'articulation - Membres inférieurs

Articulation	Position optimale de l'ankylose
Hanche	25 - 30° de flexion, 0 - 10° de rotation externe, 2 - 5° sans difformité ni déviation ou sans absence de consolidation d'adduction.
Genou	10 - 15° de flexion avec bon alignement.
Cheville	Position neutre sans flexion, extension, varus ou valgus.

Graphique 4 - Amplitude moyenne des mouvements articulaires - Membres inférieurs**Graphique 4 - Amplitude moyenne des mouvements articulaires - Membres inférieurs**

Articulation	Mouvement	Amplitude des mouvements
Hanche	Flexion	120°
	Abduction	40°
	Rotation interne	30°
	Extension	30°
	Adduction	20°
	Rotation externe	45°
Genou	Flexion	130°
	Extension	0°
Cheville	Dorsiflexion	25°
	Inversion	30°
	Flexion plantaire	40°
	Éversion	20°

Section 3 – Déterminer la déficience musculosquelettique – Colonne vertébrale, bassin et articulations sacro-iliaques.

Sélection des tableaux et graphiques

Voici les tableaux pouvant être utilisés pour coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques de la colonne vertébrale, du bassin et des articulations sacro-iliaques :

Table	Loss of Function	Other Impairment
Tableau 17.17	Perte fonctionnelle – Colonne cervicale	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques influant sur la colonne cervicale.
Tableau 17.18	Perte fonctionnelle – Colonne dorsale	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques influant sur la colonne dorsale.
Tableau 17.19	Perte fonctionnelle – Colonne lombaire	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques influant sur la colonne lombaire.
Tableau 17.20	Autres déficiences – Coccyx, bassin, et articulations sacro-iliaques	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques influant sur le coccyx, le bassin et les articulations sacro-iliaques.
Tableau 17.21	Autres déficiences – Ostéomyélite – Colonne vertébrale et bassin	Ce tableau permet de coter la déficience liée à l'ostéomyélite de la colonne vertébrale et du bassin.
Graphique 5	Amplitude moyenne des mouvements de l'articulation – Colonne vertébrale	Ce graphique contient les valeurs correspondant à l'amplitude des mouvements de la colonne vertébrale.
Graphique 6	Syndrome de compression radiculaire	Ce graphique décrit les effets de la compression des racines nerveuses.

Perte fonctionnelle - Colonne cervicale

Le **tableau 17.17** permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques de la colonne cervicale. On ne peut choisir qu'une seule cote à l'aide du **tableau 17.17**. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Si l'on doit évaluer plus d'une affection de la colonne cervicale à l'aide du **tableau 17.17**, les affections sont regroupées aux fins de l'évaluation.

Les effets de la compression des racines nerveuses de la colonne cervicale sont évalués à l'aide de ce tableau.

Pour évaluer les lésions ou maladies de la moelle épinière, voir les instructions données dans l'introduction de ce chapitre.

Si les affections de la colonne cervicale ouvrant droit à des indemnités d'invalidité entraînent une déficience permanente d'autres systèmes de l'organisme, il faut rendre une décision relative à une affection consécutive. Si celle-ci est favorable, la déficience de ce système de l'organisme sera évaluée à l'aide du tableau pertinent ou des tableaux pertinents sur les systèmes et appareils de l'organisme.

Si des affections n'ouvrant pas droit à des indemnités d'invalidité ou des affections cotées dans un autre chapitre/tableau de la Table des invalidités contribuent à la déficience globale, il faut alors utiliser le TCP pour établir la cote correspondant à l'affection ou aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Perte fonctionnelle - Colonne dorsale

Le **tableau 17.18** permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques de la colonne dorsale. On ne peut choisir qu'une cote à l'aide du **tableau 17.18**. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Si l'on doit évaluer plus d'une affection de la colonne dorsale à l'aide du **tableau 17.18**, les affections sont regroupées aux fins de l'évaluation.

Les effets de la compression des racines nerveuses due à une affection de la colonne dorsale sont évalués individuellement.

Pour évaluer les lésions ou maladies de la moelle épinière, voir les instructions données dans l'introduction de ce chapitre.

Si les affections de la colonne dorsale ouvrant droit à des indemnités d'invalidité entraînent une déficience permanente d'autres systèmes de l'organisme, il faut rendre une décision relative à une affection consécutive. Si celle-ci est favorable, la déficience de ce système de l'organisme sera évaluée à l'aide du tableau pertinent ou des tableaux pertinents sur les systèmes et appareils de l'organisme.

Si des affections n'ouvrant pas droit à des indemnités d'invalidité ou des affections cotées dans un autre chapitre/tableau de la Table des invalidités contribuent à la déficience globale, il faut alors utiliser le TCP pour établir la cote correspondant à l'affection ou aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce

tableau.

Perte fonctionnelle - Colonne lombaire

Le **tableau 17.19** permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques de la colonne lombaire. On ne peut choisir qu'une cote dans le **tableau 17.19**. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Si l'on doit évaluer plus d'une affection de la colonne lombaire à l'aide du **tableau 17.19**, les affections sont regroupées aux fins de l'évaluation.

Les effets de la compression des racines nerveuses de la colonne lombaire sont évalués à l'aide de ce tableau.

Lorsqu'on doit évaluer une lésion ou une maladie de la moelle épinière, voir les instructions données dans l'introduction de ce chapitre.

Si les affections de la colonne lombaire ouvrant droit à des indemnités d'invalidité entraînent une déficience permanente d'autres systèmes de l'organisme, il faut rendre une décision relative à une affection consécutive. Si celle-ci est favorable, la déficience de ce système de l'organisme sera évaluée à l'aide du tableau pertinent ou des tableaux pertinents sur les systèmes et appareils de l'organisme.

Si des affections n'ouvrant pas droit à des indemnités d'invalidité ou des affections cotées dans un autre chapitre/tableau de la Table des invalidités contribuent à la déficience globale, il faut alors utiliser le TCP pour établir la cote correspondant à l'affection ou aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Autres déficiences - Coccyx, bassin et articulations sacro-iliaques

Le **tableau 17.20** permet de coter la déficience musculosquelettique liée aux affections du coccyx, du bassin et des articulations sacro-iliaques. On peut attribuer une cote à l'aide du **tableau 17.20** à **chaque** partie ouvrant droit à des indemnités d'invalidité. Si plusieurs s'appliquent à une partie, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Aux fins de l'évaluation, les maladies de l'articulation sacro-iliaque sont considérées comme étant bilatérales.

Si les affections du coccyx, du bassin et des articulations sacro-iliaques ouvrant droit à des indemnités d'invalidité entraînent une déficience permanente d'autres systèmes de l'organisme, il faut rendre une décision relative à une affection consécutive. Si celle-ci

est favorable, la déficience de ce système de l'organisme sera évaluée à l'aide du tableau pertinent ou des tableaux pertinents sur les systèmes et appareils de l'organisme.

Si des affections n'ouvrant pas droit à des indemnités d'invalidité ou des affections cotées dans un autre chapitre/tableau de la Table des invalidités contribuent à la déficience globale, il faut alors utiliser le TCP pour établir la cote correspondant à l'affection ou aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Autres déficiences - Ostéomyélite - Colonne vertébrale et bassin

Le **tableau 17.21** permet de coter la déficience liée à l'ostéomyélite de la colonne vertébrale et du bassin. On peut choisir une cote pour chaque partie touchée par l'ostéomyélite. Si plusieurs s'appliquent à une partie, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Si l'ostéomyélite de la colonne vertébrale et du bassin ouvrant droit à des indemnités d'invalidité entraîne une déficience permanente d'autres systèmes de l'organisme, il faut rendre une décision relative à une affection consécutive. Si celle-ci est favorable, la déficience de ce système de l'organisme sera évaluée à l'aide du tableau pertinent ou des tableaux pertinents sur les systèmes et appareils de l'organisme.

Si des affections n'ouvrant pas droit à des indemnités d'invalidité ou des affections cotées dans un autre chapitre/tableau de la Table des invalidités contribuent à la déficience globale, il faut alors utiliser le TCP pour établir la cote correspondant à l'affection ou aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Tableaux, Étapes et Graphiques

Tableau 17.17 - Perte fonctionnelle - Colonne cervicale

On ne peut donner qu'une cote pour la colonne cervicale à l'aide du **tableau 17.17**. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Chaque puce (·) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **tableau 17.17** suivre les « **et** » et les « **ou** ».

Table 17.17 - Perte fonctionnelle - Colonne cervicale

Cote	Critères
Zéro	- Amplitude normale des mouvements sans douleur; et - Absence de douleur radiculaire; et - Absence de signes de compression radiculaire.
Quatre	Amplitude normale des mouvements en général, mais douleur présente quotidiennement et/ou avec le mouvement.
Neuf	- Perte allant jusqu'à la moitié de l'amplitude des mouvements; ou - Douleur radiculaire intermittente.
Treize	- Perte égale ou supérieure à la moitié de l'amplitude des mouvements; ou Un des signes de compression des racines nerveuses suivants sont présents dans les membres supérieurs : - Asymétrie importante des réflexes correspondants - Perte sensorielle au niveau du dermatome - Perte correspondante de la force musculaire.
Dix-huit	- Douleur radiculaire survenant au moins une fois par semaine; ou Deux des signes de compression radiculaire suivants sont présents dans les membres supérieurs : - Asymétrie importante des réflexes correspondants - Perte sensorielle au niveau du dermatome - Perte correspondante de la force musculaire.
Vingt et un	Tous les signes de compression radiculaire suivants sont présents dans les membres supérieurs : - Asymétrie importante des réflexes correspondants - Perte sensorielle au niveau du dermatome - Perte correspondante de la force musculaire.
Vingt-six	Ankylose dans une position de fonction.
Trente-quatre	- Douleur rebelle*; ou - Ankylose en position défavorable de fonction.

* La douleur rebelle est une douleur grave, persistante et permanente qui ne répond pas aux modalités de traitement habituelles.

Étapes à suivre pour évaluer la déficience musculosquelettique
Affections de la colonne cervicale
(Compression radiculaire seulement, p. ex. C5, C6, C7 et C8)

- Étape 1 :** Déterminer la cote à l'aide du **tableau 17.17** (Perte fonctionnelle - Colonne cervicale).
- Étape 2 :** Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 1.
- Étape 3 :** Déterminer la cote de la qualité de vie.
- Étape 4 :** Additionner les cotes des étapes 2 et 3.
- Étape 5 :** S'il existe un droit partiel à des indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Étapes à suivre pour évaluer la déficience musculosquelettique
Affections de la colonne cervicale
(Lésion ou maladie de la moelle épinière - Atteinte sur les membres supérieurs
seulement)

- Étape 1 :** Déterminer la cote à l'aide du **tableau 17.17** (Perte fonctionnelle - Colonne cervicale).
- Étape 2 :** Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 1.
- Étape 3 :** Attribuer une cote à l'aide du **tableau 17.1** (Perte fonctionnelle - Membres supérieurs).
- Note :** Si **un** membre supérieur est affecté, déterminer une cote pour ce membre.
ou
Si **les deux membres supérieurs** sont affectés, déterminer la cote appropriée pour chaque membre et les **additionner**.
- Étape 4 :** Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 3.
- Étape 5 :** **Comparer** les cotes aux étapes 2 et 4 et **choisir la plus élevée**.
- Étape 6 :** Déterminer la cote de la qualité de vie.
- Étape 7 :** Additionner les cotes des étapes 5 et 6.
- Étape 8 :** S'il existe un droit partiel à des indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 7.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Étapes à suivre pour évaluer la déficience musculosquelettique
Affections de la colonne cervicale
(Lésion ou maladie de la moelle épinière - Atteinte sur les membres supérieurs et inférieurs)

- Étape 1 :** Déterminer la cote à l'aide du **tableau 17.17** (Perte fonctionnelle - Colonne cervicale).
- Étape 2 :** Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 1.
- Étape 3 :** Attribuer une cote à l'aide du chapitre 19 (Activités de la vie quotidienne).
- Étape 4 :** Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 3.
- Étape 5 :** **Comparer** les cotes des étapes 2 et 4 et choisir la **plus élevée**.
- Étape 6 :** Déterminer la cote de la qualité de vie.
- Étape 7 :** Additionner les cotes des étapes 5 et 6.
- Étape 8 :** S'il existe un droit partiel à des indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 7.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Table 17.18 - Perte fonctionnelle - Colonne dorsale

On ne peut donner qu'une cote pour la colonne dorsale à l'aide du **tableau 17.18**. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Chaque puce (·) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **tableau 17.18**, tous les critères désignés à ce niveau de cote doivent être respectés.

Tableau 17.18 - Perte fonctionnelle - Colonne dorsale

Cote	Critères
Zéro	• Amplitude normale des mouvements sans douleur.
One	• Amplitude normale des mouvements en général, mais douleur présente quotidiennement et/ou avec le mouvement.
Deux	• Perte allant jusqu'à la moitié de l'amplitude des mouvements.
Trois	• Perte égale ou supérieure à la moitié de l'amplitude des mouvements.
Neuf	• Ankylose dans une position de fonction.
Treize	• Ankylose dans une position défavorable de fonction.

Note : Pour coter la colonne dorsale, on doit s'intéresser aux mouvements de rotation plutôt qu'aux mouvements de flexion et d'extension qui sont surtout une fonction de la colonne lombaire.

Les effets de la compression radiculaire de la colonne dorsale seront évalués individuellement.

Étapes à suivre pour évaluer la déficience musculosquelettique
Colonne dorsale
(Compression radiculaire seulement)

- Étape 1 :** Déterminer la cote à l'aide du **tableau 17.18** (Perte fonctionnelle - Colonne dorsale).
- Étape 2 :** Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? **Si oui**, appliquer à la cote de l'étape 1.
- Étape 3 :** Déterminer la cote de la qualité de vie.
- Étape 4 :** Additionner les cotes des étapes 2 et 3.
- Étape 5 :** S'il existe un droit partiel à des indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Étapes à suivre pour évaluer la déficience musculosquelettique
Colonne dorsale
(Lésion ou maladie de la moelle épinière - Atteinte aux membres supérieurs
seulement)

- Étape 1 :** Déterminer la cote à l'aide du **tableau 17.18** (Perte fonctionnelle - Colonne dorsale).
- Étape 2 :** Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 1.
- Étape 3 :** Déterminer les cotes à l'aide du **tableau 17.1** (Perte fonctionnelle - Membre supérieurs).
- Note :** Si **un** membre supérieur est affecté, déterminer une cote pour ce membre
ou
Si **les deux membres supérieurs** sont affectés, déterminer la cote qui convient pour chaque membre et les **additionner**.
- Étape 4 :** Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 3.
- Étape 5 :** **Comparer** les cotes des étapes 2 et 4 et **choisir la plus élevée**.
- Étape 6 :** Déterminer la cote de la qualité de vie.
- Étape 7 :** Additionner les cotes des étapes 5 et 6.
- Étape 8 :** S'il existe un droit partiel à des indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 7.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Étapes à suivre pour évaluer la déficience musculosquelettique
Colonne dorsale
(Lésion ou maladie de la moelle épinière - Atteinte aux membres inférieurs
seulement)

- Étape 1 :** Déterminer la cote à l'aide du **tableau 17.18** (Perte fonctionnelle - Colonne dorsale).
- Étape 2 :** Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 1.
- Étape 3 :** Déterminer la ou les cotes à l'aide du **tableau 17.9** (Perte fonctionnelle - Membres inférieurs).
- Étape 4 :** Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 3.
- Étape 5 :** Comparer les cotes des étapes 2 et 4 et **choisir la plus élevée**.
- Étape 6 :** Déterminer la cote de la qualité de vie.
- Étape 7 :** Additionner les cotes des étapes 5 et 6.
- Étape 8 :** S'il existe un droit partiel à des indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 7.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Étapes à suivre pour évaluer la déficience musculosquelettique
Colonne dorsale
(Lésion ou maladie de la moelle épinière - Atteinte aux membres inférieurs et supérieurs)

- Étape 1 :** Déterminer la cote à l'aide du **tableau 17.18** (Perte fonctionnelle - Colonne dorsale).
- Étape 2 :** Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 1.
- Étape 3 :** Déterminer la cote dans le chapitre 19 (Activités de la vie quotidienne).
- Étape 4 :** Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 3.
- Étape 5 :** **Comparer** les cotes des étapes 2 et 4 et **choisir la plus élevée**.
- Étape 6 :** Déterminer la cote de la qualité de vie.
- Étape 7 :** Additionner les cotes des étapes 5 et 6.
- Étape 8 :** S'il existe un droit partiel à des indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 7.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Table 17.19 - Perte fonctionnelle - Colonne lombaire

On ne peut donner qu'une cote pour la colonne lombaire à l'aide du **tableau 17.19**. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Chaque puce (·) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **tableau 17.19**, suivre les « **et** » et les « **ou** ».

Tableau 17.19 - Perte fonctionnelle - Colonne lombaire

Cote	Critères
Zéro	- Amplitude normale des mouvements sans douleur; et - Absence de névralgie sciatique*; et - Absence de signes de compression radiculaire.
Quatre	Amplitude normale des mouvements en général, mais douleur présente quotidiennement et/ou avec le mouvement.
Neuf	- Perte allant jusqu'à la moitié de l'amplitude des mouvements; ou - Névralgie sciatique intermittente.
Treize	- Perte égale ou supérieure à la moitié de l'amplitude des mouvements; ou Un des signes de compression des radiculaires suivants sont présents dans les membres inférieurs : - Asymétrie importante des réflexes correspondants - Perte sensorielle au niveau du dermatome - Perte correspondante de la force musculaire.
Dix-huit	- Névralgie sciatique survenant au moins une fois par semaine; ou Deux des signes de compression radiculaire suivants sont présents dans les membres inférieurs : - Asymétrie importante des réflexes correspondants - Perte sensorielle au niveau du dermatome - Perte correspondante de la force musculaire.
Vingt et un	- Douleur sciatique presque tous les jours; ou Tous les signes de compression radiculaire suivants sont présents dans les membres inférieurs : - Asymétrie importante des réflexes correspondants - Perte sensorielle au niveau du dermatome - Perte correspondante de la force musculaire.
Trente et un	Ankylose dans une position de fonction.
Trente-quatre	Douleur rebelle**.
Trente-neuf	Ankylose dans une position de fonction défavorable.

* On définit la névralgie sciatique comme une douleur qui irradie lors la distribution d'un dermatome lombaire ou sacré en dessous du niveau du genou et qui peut être accompagnée ou non d'un déficit sur les plans neurosensoriel et moteur.

** La douleur rebelle est une douleur grave, persistante et permanente qui ne répond pas aux modalités de traitement habituelles.

**Étapes à suivre pour évaluer la déficience
musculosquelettique
Colonne lombaire
(Compression radiculaire seulement, p. ex. L4, L5 et S1)**

- Étape 1 :** Déterminer la cote à l'aide du **tableau 17.19** (Perte fonctionnelle - Colonne lombaire).
- Étape 2 :** Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 1.
- Étape 3 :** Déterminer la cote de la qualité de vie.
- Étape 4 :** Additionner les cotes des étapes 2 et 3.
- Étape 5 :** S'il existe un droit partiel à des indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Étapes à suivre pour évaluer la déficience musculosquelettique
Colonne lombaire
(Lésion ou maladie de la moelle épinière - Atteinte aux membres inférieurs
seulement)

- Étape 1 :** Déterminer la cote à l'aide du **tableau 17.19** (Perte fonctionnelle - Colonne lombaire).
- Étape 2 :** Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 1.
- Étape 3 :** Déterminer la cote dans le **Table 17.9** (Perte fonctionnelle - Membres inférieurs - s'il y a lieu).
- Note :** Si une lésion ou maladie de la moelle épinière de la colonne lombaire ouvrant droit à des indemnités d'invalidité porte atteinte à la fonction d'un membre inférieur ou des deux, il faut établir une cote à l'aide du **tableau 17.9** (Perte fonctionnelle - Membres inférieurs). Que l'un des membres inférieurs ou les deux soient affectés, la cote établie à l'aide du **tableau 17.9** est **comparée** à celle du **Table 17.19**, et la **plus élevée** est retenue.
- Étape 4 :** Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 3.
- Étape 5 :** **Comparer** les cotes des étapes 2 et 4 et **choisir la plus élevée**.
- Étape 6 :** Déterminer la cote de la qualité de vie.
- Étape 7 :** Additionner les cotes des étapes 5 et 6.
- Étape 8 :** S'il existe un droit partiel à des indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 7.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Table 17.20 - Autres déficiences - Coccyx, bassin et articulations sacro-iliaques

On ne peut attribuer qu'une cote à l'aide du **tableau 17.20** pour chacune des parties suivantes : coccyx, bassin et articulations sacro-iliaques. Aux fins de l'évaluation, les maladies des articulations sacro-iliaques sont considérées comme étant bilatérales. Si plusieurs cotes s'appliquent à une partie, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Chaque puce (·) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **tableau 17.20**, un seul critère doit être respecté à un niveau de déficience pour que cette cote soit choisie.

Table 17.20 - Autres déficiences - Coccyx, bassin et articulations sacro-iliaques

Cote	Critères
Zéro	- Asymptomatique; site donneur de la greffe osseuse consolidé; ou - Asymptomatique; fracture du bassin consolidée avec ou sans déplacement; ou - Asymptomatique; maladie d'une articulation sacro-iliaque; ou - Asymptomatique; absence de consolidation, consolidation en mauvaise position ou excision du coccyx.
Un	Site donneur de la greffe osseuse douloureux.
Quatre	- Fracture du bassin consolidée accompagnée de déplacement et de symptômes intermittents; ou - Maladie d'une articulation sacro-iliaque accompagnée de sensibilité au toucher de l'articulation et de symptômes intermittents; ou - Absence de consolidation, consolidation en mauvaise position ou excision du coccyx accompagnée de symptômes intermittents.
Sept	Maladie d'une articulation sacro-iliaque accompagnée de sensibilité au toucher de l'articulation et de symptômes persistants; ou Absence de consolidation, consolidation en mauvaise position ou excision du coccyx accompagnée de symptômes persistants.
Treize	Fracture du bassin consolidée accompagnée de déplacement et de symptômes persistants.
Trente-quatre	Fracture du bassin provoquant une douleur rebelle*.

* La douleur rebelle est une douleur grave, persistante et permanente qui ne répond pas aux modalités de traitement habituelles.

Étapes à suivre pour évaluer la déficience musculosquelettique Coccyx, bassin et articulations sacro-iliaques

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 17.20** (Autres déficiences - Coccyx, bassin et articulations sacro-iliaques).

Note : **Une** cote est choisie à l'aide du **tableau 17.20** pour chaque affection du coccyx et du bassin ouvrant droit à des indemnités d'invalidité.

Une cote est choisie à l'aide du **tableau 17.20** pour les affections de l'articulation sacro-iliaque ouvrant droit à des indemnités d'invalidité que l'affection soit unilatérale ou bilatérale.

On doit répéter les étapes pour chaque partie ouvrant droit à des indemnités d'invalidité.

Étape 2 : Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 1.

Étape 3 : Déterminer la cote de la qualité de vie.

Étape 4 : Additionner les cotes des étapes 2 et 3.

Étape 5 : S'il existe un droit partiel à des indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Tableau 17.21 - Autres déficiences - Ostéomyélite - Colonne vertébrale et bassin

On ne peut attribuer qu'une cote à l'aide du **tableau 17.21** pour chaque partie de la colonne vertébrale et du bassin touchée par l'ostéomyélite. Si plusieurs cotes s'appliquent à une partie, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Chaque puce (•) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **tableau 17.21**, tous les critères à ce niveau de la cotation doivent être respectés.

Tableau 17.21 - Autres déficiences - Ostéomyélite - Colonne vertébrale et bassin

Cote	Critères
Un	Épisode unique d'ostéomyélite ayant cessé grâce à un traitement; sans effets résiduels.
Quatre	Exacerbations répétées d'ostéomyélite dans les 5 dernières années sans progression vers un écoulement sinusal, une perte osseuse locale et/ou une douleur chronique.
Neuf	Ostéomyélite chronique accompagnée de perte osseuse locale et/ou de douleur chronique.
Treize	Ostéomyélite chronique accompagnée de la formation d'un sinus et d'un écoulement persistant.

Étapes à suivre pour évaluer la déficience liée à l'ostéomyélite - Colonne vertébrale et bassin

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 17.21** (Autres déficiences - Ostéomyélite - Colonne vertébrale et bassin).

Note : On peut attribuer une cote pour chaque partie de la colonne vertébrale et du bassin touchée par l'ostéomyélite et ouvrant droit à des indemnités d'invalidité.

On doit répéter les étapes pour chaque partie ouvrant droit à des indemnités d'invalidité.

Étape 2 : Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 1.

Étape 3 : Déterminer la cote de la qualité de vie.

Étape 4 : Additionner les cotes des étapes 2 et 3 .

Étape 5 : S'il existe un droit partiel à des indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Graphique 5 - Amplitude moyenne du mouvement des articulations - Colonne vertébrale**Graphique 5 - Amplitude moyenne du mouvement des articulations - Colonne vertébrale**

Articulation	Mouvement	Amplitude des mouvements
Colonne cervicale	Flexion	60°
	Flexion latérale droite	45°
	Rotation droite	70°
	Extension	60°
	Flexion latérale gauche	45°
	Rotation gauche	70°
Colonne dorso-lombaire*	Flexion	90°
	Flexion latérale droite	35°
	Rotations droite	35°
	Extension	30°
	Flexion latérale gauche	35°
	Rotation gauche	35°

*En règle générale, chaque vertèbre dorsale contribue à environ 3 degrés de flexion ($3 \times 12 = 36$ degrés de flexion totale due à la colonne dorsale) et chaque vertèbre lombaire à environ 9 degrés de flexion ($9 \times 5 = 45$ degrés de flexion totale due à la colonne lombaire) pour une flexion totale de la colonne dorso-lombaire de 81 degrés.

Graphique 6 - Syndrome de compression radiculaire

Ce graphique donne une description des signes fréquents associés au syndrome de compression radiculaire au niveau de la colonne cervicale et de la colonne lombaire.

Graphique 6 - Syndrome de compression radiculaire

Racine nerveuse	Effets de la compression des racines nerveuses
Syndrome de compression radiculaire C5	- Faiblesse de l'abduction de l'épaule et de la flexion du coude. - Perte du réflexe du biceps. - Perte sensorielle sur la face externe du bras
Syndrome de compression radiculaire C6	- Faiblesse de la flexion du coude. - Faible réflexe du biceps. - Perte sensorielle sur la face radiale (externe) de l'avant-bras et sur le pouce.
Syndrome de compression radiculaire C7	- Faiblesse de l'extension du coude. - Perte du réflexe du triceps. - Perte sensorielle sur la face postérieure du bras et de l'avant-bras et sur le majeur.
Syndrome de compression radiculaire C8	- Faiblesse de la flexion des doigts. - Perte sensorielle sur la face cubitale (interne) de l'avant-bras et sur l'annulaire et l'auriculaire.
Syndrome de compression radiculaire L4	- Faiblesse de l'extension du genou. - Faiblesse du réflexe rotulien (genou). - Perte sensorielle sur la face interne de la jambe, en particulier la partie supérieure à la malléole interne.
Syndrome de compression radiculaire L5	- Faiblesse de la dorsiflexion de la cheville et de l'extension du gros orteil. Marche sur le talon restreinte. - Faiblesse de l'abduction de la hanche. Le test de Trendelenburg peut être positif. - Perte sensorielle sur la face latérale de la jambe et la face interne du dos du pied.
Syndrome de compression radiculaire S1	- Faiblesse de la flexion plantaire de la cheville. Marche sur la pointe du pied restreinte. - Faiblesse du grand fessier. Extension de la hanche restreinte. - Faiblesse du réflexe du tendon d'Achille (cheville). - Perte sensorielle sur la face postéro-latérale de la cuisse et de la jambe et sur la face latérale du pied.