



Québec, le 26 juin 2026



Objet : Demande d'accès du 27 mai 2026
N/ D : 2694119SST

La présente donne suite à votre demande du 27 mai dernier, visant à obtenir les documents suivants :

- 1- Tous les guides, documents de formation, manuels, présentations, directives, notes internes ou documents d'interprétation utilisés par les médecins-conseils de la CNESST relativement à l'application du barème des dommages corporels prévu à la LATMP.
- 2- Tous les documents de formation, guides, présentations, procédures, directives administratives ou documents pédagogiques remis ou utilisés dans le cadre de la formation des médecins désignés par la CNESST.
- 3- Tous les documents, directives, notes de service, guides d'interprétation ou outils cliniques portant sur les situations particulières, cas complexes, exceptions, critères d'évaluation ou modalités d'application du barème des dommages corporels, incluant les versions les plus récentes et leurs mises à jour.
- 4- Toute version consolidée, révisée ou mise à jour des documents mentionnés ci-dessus actuellement en vigueur au moment du traitement de la présente demande.
- 5- Le cas échéant, les index ou listes de diffusion des documents de référence utilisés par les médecins-conseils ou médecins désignés concernant le barème des dommages corporels.

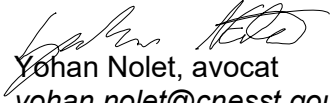
Vous trouverez, ci-joint, une copie des documents visés par votre demande.

Conformément aux articles 53 et 54 de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, RLRQ, c. A-2.1, les documents ont été élagués et dépersonnalisés afin de protéger le caractère confidentiel ou personnel de certains renseignements qu'ils contiennent.

Nous devons vous informer que vous pouvez demander à la Commission d'accès à l'information de réviser cette décision. Nous joignons une note explicative concernant l'exercice de ce recours.


Espérant le tout à votre satisfaction, veuillez agréer nos salutations distinguées.

Le substitut du responsable de l'accès aux documents et
de la protection des renseignements personnels,



Yohan Nolet, avocat

yohan.nolet@cnesst.gouv.qc.ca

Téléphone : 418 266-4900, poste 

Télécopieur : 418 528-7245

YN/sl

p.j.

AVIS DE RECOURS EN RÉVISION

RÉVISION

a) Pouvoir

L'article 135 de la Loi prévoit qu'une personne peut, lorsque sa demande écrite a été refusée en tout ou en partie par le responsable de l'accès aux documents ou de la protection des renseignements personnels ou dans le cas où le délai prévu pour répondre est expiré, demander à la Commission d'accès à l'information de réviser cette décision.

La demande de révision doit être faite par écrit; elle peut exposer brièvement les raisons pour lesquelles la décision devrait être révisée (art. 137).

L'adresse de la Commission d'accès à l'information est la suivante :

QUÉBEC

Commission d'accès à l'information
Bureau 2.36
525, boul. René-Lévesque Est
Québec (Québec) G1R 5S9

Tél : (418) 528-7741
Télec : (418) 529-3102

MONTRÉAL

Commission d'accès à l'information
Bureau 900
2045, rue Stanley
Montréal (Québec) H3A 2V4

Tél : (514) 873-4196
Télec : (514) 844-6170

b) Motifs

Les motifs relatifs à la révision peuvent porter sur la décision, sur le délai de traitement de la demande, sur le mode d'accès à un document ou à un renseignement, sur les frais exigibles ou sur l'application de l'article 9 (notes personnelles inscrites sur un document, esquisses, ébauches, brouillons, notes préparatoires ou autres documents de même nature qui ne sont pas considérés comme des documents d'un organisme public).

c) Délais

Les demandes de révision doivent être adressées à la Commission d'accès à l'information dans les 30 jours suivant la date de la décision ou de l'expiration du délai accordé au responsable pour répondre à une demande (art. 135).

La loi prévoit spécifiquement que la Commission d'accès à l'information peut, pour motif raisonnable, relever le requérant du défaut de respecter le délai de 30 jours (art. 135).

L.R.Q., chapitre A-2.1

LOI SUR L'ACCÈS AUX DOCUMENTS DES ORGANISMES PUBLICS ET SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

CHAPITRE III PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

SECTION I CARACTÈRE CONFIDENTIEL DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

53. Les renseignements personnels sont confidentiels sauf dans les cas suivants:

1° la personne concernée par ces renseignements consent à leur divulgation;

2° ils portent sur un renseignement obtenu par un organisme public dans l'exercice d'une fonction juridictionnelle; ils demeurent cependant confidentiels si l'organisme les a obtenus alors qu'il siégeait à huis-clos ou s'ils sont visés par une ordonnance de non-divulgation, de non-publication ou de non-diffusion.

1982, c. 30, a. 53; 1985, c. 30, a. 3; 1989, c. 54, a. 150; 1990, c. 57, a. 11; 2006, c. 22, a. 29; 2021, c. 25, a. 8.

L.R.Q., chapitre A-2.1

LOI SUR L'ACCÈS AUX DOCUMENTS DES ORGANISMES PUBLICS ET SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

CHAPITRE III PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

SECTION I CARACTÈRE CONFIDENTIEL DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

54. Dans un document, sont personnels les renseignements qui concernent une personne physique et permettent, directement ou indirectement, de l'identifier.

1982, c. 30, a. 54; 2006, c. 22, a. 110; 2021, c. 25, a. 10.

Objet : Répertoire actuel des séquelles utilisées par analogie pour la COVID longue et l'infection à COVID-19 pour l'accompagnement des médecins-conseils.

Comme vous le savez, il n'existe pas de code spécifique pour la COVID longue et l'infection à COVID-19 dans le règlement annoté sur le barème des dommages corporels. Par conséquent, les médecins évaluateurs utilisent actuellement une approche par analogie. Afin de soutenir les médecins-conseils dans leur collaboration avec les médecins évaluateurs, nous vous présentons les codes les plus fréquemment employés par analogie par certains d'entre eux.

Rappelons que les médecins évaluateurs demeurent libres de choisir le code qu'ils jugent le plus adapté à leur évaluation.

De même, comme tout bilan des séquelles, le médecin-conseil analyse le bilan retenu en vérifiant si celui-ci est concordant avec le rapport décrit par l'évaluateur.

- Le code 211005 : Syndrome cérébral organique, classe 1 (page 134). Ce code est utilisé lorsque la COVID longue se manifeste principalement par un tableau clinique neurocognitif (exemple : brouillard cérébral).
- Le code 221183, correspondant à la "capacité résiduelle fonctionnelle, classe 1, avec angine ou essoufflement spontanés ou provoqués" à la page 231, est utilisé pour les cas de COVID longue présentant une capacité fonctionnelle réduite à l'effort ou des manifestations cardiaques avec intolérance à l'effort (exemple : POTS).
- Le code 223127, classe 1 à la page 264, associé au code 223083 correspondant à "l'intolérance à l'effort avec anomalies discrètes" (page 263), peut être choisi en précisant qu'il s'agit d'une analogie pour une COVID longue se manifestant par une dyspnée fonctionnelle.
- Le code 223127, classe 1 à la page 264, associé au code 223092 correspondant à "l'intolérance à l'effort avec anomalies importantes" (page 263), peut également être sélectionné, en indiquant qu'il s'agit d'une analogie pour une COVID longue se manifestant par une dyspnée fonctionnelle plus marquée.
- Le code 222547, correspondant au syndrome névrotique mineur, groupe 1 (p.258), est notamment utilisé en présence de COVID longue se manifestant par plusieurs atteintes surtout subjectives mais vraisemblables. Le code 222556 est parfois choisi pour les cas plus sévères.

L'EXPERTISE MÉDICALE À LA CNESST

ET LES LÉSIONS PSYCHIQUES

Direction de l'expertise médicale et des services de santé
2026

REPRODUCTION INTERDITE

Toute reproduction ou diffusion de cette formation est interdite sans l'autorisation de la Direction de l'expertise médicale et des services de santé de la CNESST.

Elle seule peut permettre à un tiers d'en utiliser le contenu.

Déclaration de conflits d'intérêts potentiels

Affiliations : Psychiatre-conseil de la CNESST,
Direction de l'expertise médicale et des services de santé

Société commerciale / non commerciale : Aucune

Support financier : Aucun

Objectifs

À la fin de cette présentation, vous serez en mesure de mieux:

- Rédiger votre rapport d'expertise psychiatrique en fonction des particularités de la Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles (LATMP).
- Déterminer l'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique (APIPP) en lien avec le système psychique.
- Connaître la démarche proposée pour déterminer les limitations fonctionnelles psychiatriques.

Plan de la présentation

- Rédaction du rapport d'expertise
- Détermination de l'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique (APIPP)
- Détermination des limitations fonctionnelles psychiatriques
- Points à améliorer fréquemment retrouvés dans les expertises psychiatriques
- Post-test

Ressources en ligne

Professionnels de la santé désignés

<https://www.cnesst.gouv.qc.ca/fr/demarches-formulaires/professionnels-intervenants-sante/professionnels-sante-designes>

M. Laplante

- Vous rencontrez ce travailleur dans le cadre d'une expertise demandée par la CNESST.
- Votre avis est demandé pour les points 2 à 5.
- Le diagnostic accepté par la CNESST est celui de trouble de stress post-traumatique.

Parmi les affirmations suivantes, laquelle est vraie ?

M. Laplante

- 1) Si vous croyez que la condition est incompatible avec un trouble de stress post-traumatique, vous donnez votre avis au point 1 concernant le diagnostic qui devrait être retenu, même si votre opinion n'est pas sollicitée à ce sujet.
- 2) Compte tenu que la lésion est stabilisée, vous prévoyez la date de consolidation dans deux semaines afin que la psychothérapie puisse prendre fin.
- 3) Vous consolidez la lésion en date de votre expertise et vous recommandez des limitations fonctionnelles temporaires afin de permettre une réintégration progressive au travail.
- 4) Vous donnez votre avis sur la capacité de travail.
- 5) Aucune de ces réponses.

M. Laplante

- 1) Si vous croyez que la condition est incompatible avec un trouble de stress post-traumatique, vous donnez votre avis au point 1 concernant le diagnostic qui devrait être retenu, même si votre opinion n'est pas sollicitée à ce sujet.
- 2) Compte tenu que la lésion est stabilisée, vous prévoyez la date de consolidation dans deux semaines afin que la psychothérapie puisse prendre fin.
- 3) Vous consolidez la lésion en date de votre expertise et vous recommandez des limitations fonctionnelles temporaires afin de permettre une réintégration progressive au travail.
- 4) Vous donnez votre avis sur la capacité de travail.
- 5) **Aucune de ces réponses.**

Rédaction d'un rapport d'expertise psychiatrique

Rédaction d'un rapport d'expertise psychiatrique



- Chaque section qui suit identifie les éléments à retrouver dans un rapport d'expertise psychiatrique.
- Lorsqu'un élément est absent ou n'a pas pu être évalué (refus du patient, contrainte de temps, etc.), le mentionner.
- Vous trouverez dans les documents joints un exemple de rapport d'expertise intégrant une majorité de ces éléments.
- Un rapport concis est souvent un défi en psychiatrie.

Rédaction d'un rapport d'expertise psychiatrique : sections

- 1) Cadre de l'entrevue
- 2) Objectifs de l'expertise incluant le(s) dx accepté(s) et/ou à l'étude
- 3) Évaluation spécifique : anamnèse et documents consultés
- 4) Antécédents pertinents au mandat

Rédaction d'un rapport d'expertise psychiatrique : sections

- 5) État actuel
- 6) Examen mental
- 7) Synthèse et discussion
- 8) Conclusions : réponses aux questions avec motivation

1. Cadre de l'entrevue

Identification

- Nom du travailleur/travailleuse
- N.A.M.
- Numéro de la demande
- Numéro de dossier
- Date de l'événement et/ou de la RRA
- Date et lieu de l'expertise
- Nom du psychiatre désigné
- Codes de complexité (md-psychiatre)
- Identification du mandant

1. Cadre de l'entrevue (suite)

Cadre

- Date et lieu de l'entrevue
- Durée de l'entrevue et ambiance
- Consentement explicite du travailleur. Inclut des explications concernant :
 - Votre statut d'évaluateur indépendant
 - Votre mandat (points de l'article 212)
 - Les limites à la confidentialité, compte tenu de ce mandat
 - Que vous n'agirez pas comme professionnel traitant ni consultant
 - À qui s'adresser pour obtenir une copie de l'évaluation
 - Que vous allez procéder à un questionnaire subjectif ainsi qu'à un examen mental détaillé
- Finalement, s'assurer que l'expertisé n'a pas d'autres questions.

2. Objectifs de l'expertise

Mandat

Identification du **mandant** : md-conseil de la CNESST

Objectifs de la présente évaluation : le but de la présente évaluation est de répondre aux points suivants de l'article 212 de la LATMP (**selon le mandat**) :

- 1) Diagnostic
- 2) Date de consolidation
- 3) Nature, nécessité, durée des soins ou traitements administrés ou prescrits
- 4) Existence et pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique
- 5) Existence et évaluation des limitations fonctionnelles résultant de la lésion professionnelle

...pour les diagnostics à l'étude/acceptés suivants :

2. Objectifs de l'expertise : exemple

Avis sur les points 1 à 5 pour le diagnostic à l'étude de trouble de stress post-traumatique.

Ainsi qu'avis 2 à 5 pour le diagnostic accepté de trouble de l'adaptation.

N.B. Lorsque votre avis est demandé pour le point 1 (diagnostic), vous n'avez pas à répondre sur les points 2 à 5 si vous ne retenez pas le diagnostic.

3. Évaluation spécifique : documents consultés

Dossier de la CNESST et dossier médical soumis :

- Rapports des investigations effectuées lorsque pertinentes (IRM cérébrale, TSH, etc.)
- Rapports des différents professionnels
- Consultations, expertises, avis du BEM, décisions de DGRA, décisions du TAT
- Notes cliniques du PSQAC lorsque présentes

3. Évaluation spécifique

- Identification du travailleur/travailleuse.
- Historique de travail.
- **Description du travail** et des tâches effectuées au moment de l'événement.
- **Description du fait accidentel** ayant mené à la lésion physique si diagnostic initial, mais aussi ce qui a mené au diagnostic psychiatrique. RTR et version lors de l'entrevue.
- Préciser si actuellement en arrêt de travail complet, retour progressif, ATT, etc.

3. Évaluation spécifique

Résumer l'historique du suivi médical depuis l'événement, selon les notes évolutives :

- Diagnostics inscrits vs diagnostics retenus par la CNESST au cours de l'évolution : chronologie des visites (RME).
- Préciser si RMF (avec/sans APIPP/LF), REM, date prochaine visite médicale.
- Consultations, expertises, BEM, DRA, TAT.
- Suivi psychologique : **absence ou présence** (fréquence, type de thérapie, **évolution**).
- Autres suivis : service social, ergothérapie santé mentale, psychoéducation...
- Historique de la médication (posologie, observance, effets thérapeutiques et/ou secondaires).
- Mentionner si essais RAT ou retour progressif, et si échec donner le motif.

3. Évaluation spécifique : éléments importants

- La lecture de la chronologie doit permettre une bonne compréhension du dossier.
- Il faut éviter de vous prononcer sur la relation, car il revient à la CNESST de statuer.
- La relation entre l'événement d'origine et le diagnostic appartient et doit être faite par la CNESST.

4. Antécédents pertinents au mandat

- Antécédents psychiatriques personnels.
- Antécédents psychiatriques familiaux.
- Antécédents médicaux et chirurgicaux.
- Antécédents judiciaires, situation financière.
- Habitudes de vie (tabagisme, cannabis et autres substances, ROH, produits naturels, café et boisson énergisante).

Bref, les classiques.

4. Antécédents pertinents au mandat

Mais aussi :

- Réclamations antérieures (CNESST, IVAC, SAAQ, assurances privées).
- Loisirs, conduite automobile.
- Histoire longitudinale* et professionnelle.

5. État actuel

- Description des symptômes allégués actuels.
- Influence des symptômes sur les AVD et les AVQ (sports, loisirs, etc.).
Description d'une journée type = fonctionnement quotidien actuel
- Médication actuelle (posologie, réactions, observance, bénéfices).
- Facteurs perpétuants : réactions de l'entourage (surprotection, assurances, conflits au travail...), avantages à ne pas travailler (garde enfants, études, entreprise, etc.).
- Facteurs concomitants (stresseurs familiaux, pathologie physique, etc.).

5. État actuel : éléments importants

Important de bien décrire l'état actuel

- Le but premier de la CNESST :
 - Retour au travail régulier de façon sécuritaire;
 - Sinon, retour à un emploi convenable;
 - **Éviter la chronicité.**
- Description importante pour les limitations fonctionnelles.
- Description importante pour l'emploi.

6. Examen mental : objectif et exhaustif

- Apparence, attitude, collaboration
- Activité psychomotrice
- Humeur et affect
- Pensée
- Perceptions
- Sensorium et fonctions mentales supérieures
- Jugement et autocritique

6. Examen mental : éléments importants

L'examen clinique objectif – importance :

- Appui pour la motivation des avis
- Aide pour le professionnel de la santé qui a charge et la CNESST
- Détermination de l'APIPP
- Détermination des limitations fonctionnelles
- Donne un portrait objectif à un moment précis

L'examen objectif est un élément essentiel pour les motivations en cas de RRA, d'un diagnostic évolutif ou de nouveaux diagnostics.

7. Synthèse et discussion (opinion médicale)

Il s'agit d'un préambule à la **conclusion** où vous donnerez un avis motivé pour chaque point du mandat.

La **synthèse** est un résumé des faits saillants incluant les éléments suivants :

- Le fait accidentel
- Le ou les diagnostics retenus
- Les antécédents pertinents
- Les plaintes actuelles
- L'examen clinique et les examens paracliniques pertinents
- Les traitements et l'évolution clinique
- La notion de stabilisation, le cas échéant.

7. Synthèse et discussion (opinion médicale)

La **discussion** quant à elle détaille **votre opinion médicale** sur toute considération médicale pouvant éclairer le lecteur et servant à remplir votre mandat en tant qu'expert indépendant. Il peut s'agir d'une formulation biopsychosociale concernant le fait accidentel et son évolution.

Notamment :

L'examen clinique et le fonctionnement concordent-il avec les plaintes subjectives au regard des séquelles? Pourquoi? Si discordances, les mettre en évidence pour appuyer votre opinion. Comment comprenez-vous l'évolution à ce jour?

8. Conclusions

Leur justification est **essentielle**.

Motivations basées sur les données scientifiques reconnues.

Motivations cohérentes avec l'examen clinique.

8. Conclusions

La motivation de vos conclusions doit comprendre au minimum, **pour chaque point de l'article 212** et **chaque diagnostic**, les éléments essentiels suivants :

- Notion de stabilisation/consolidation ou non
- Notion d'examen clinique
- Notion d'examens paracliniques (si pertinent)
- Notion d'antécédents pertinents

Éviter un copier-coller de votre argumentaire sur les différents points abordés en conclusion.

À moduler en fonction de votre évaluation.

8. Conclusions

La motivation de vos conclusions doit comprendre au minimum, **pour chaque point de l'article 212** et **chaque diagnostic**, les éléments essentiels suivants :

- Notion de stabilisation/consolidation ou non
- Notion d'examen clinique
- Notion d'examens paracliniques (si pertinent)
- Notion d'antécédents pertinents

Éviter un copier-coller de votre argumentaire sur les différents points abordés en conclusion.

À moduler en fonction de votre évaluation.

8. Conclusions : 1. Le diagnostic

Les éléments importants à ajouter pour motiver le **diagnostic** sont :

- **le fait accidentel**
- **l'évolution de la pathologie**



S'il y a un nouveau diagnostic émis, il faut bien l'expliquer et surtout le motiver avec des données objectives.

- Importance de retenir un **diagnostic précis** car votre avis sera soumis au PSQAC et une décision sera éventuellement rendue par la CNESST.
- Les diagnostics **«probables»** et **«possibles»** ne sont habituellement pas étudiés à la CNESST, car ils sont considérés comme une hypothèse diagnostique.

8. Conclusions : 2. La consolidation

Rappel définition de la consolidation :

- La consolidation ne correspond pas toujours à l'absence de signe et symptôme ou la guérison.
- Elle ne conduit pas non plus systématiquement à la fermeture du dossier.
- La consolidation correspond à l'atteinte d'un plateau de stabilité clinique à partir duquel on ne s'attend plus à une amélioration significative et objectivable.

8. Conclusions : 2. La consolidation

Rappel définition de la consolidation :

- La consolidation ne correspond pas toujours à l'absence de signe et symptôme ou la guérison.
- Elle ne conduit pas non plus systématiquement à la fermeture du dossier.
- La consolidation correspond à l'atteinte d'un plateau de stabilité clinique à partir duquel on ne s'attend plus à une amélioration significative et objectivable.

8. Conclusions : 2. La consolidation

Les éléments importants à ajouter pour motiver la consolidation ou non de la lésion sont :

- Le ou les diagnostics retenus : **chaque lésion doit être consolidée**, s'il y a lieu.
- Les traitements reçus et l'évolution.

La date de consolidation correspond au plus tard à la date de votre expertise.

8. Conclusions : 2. La consolidation

Les éléments importants à ajouter pour motiver la consolidation ou non de la lésion sont :

- Le ou les diagnostics retenus : **chaque lésion doit être consolidée**, s'il y a lieu.
- Les traitements reçus et l'évolution.

La date de consolidation correspond au plus tard à la date de votre expertise.

8. Conclusions : 3. Nature, nécessité, suffisance durée des soins ou des traitements administrés ou prescrits

Le fait de consolider ne représente pas en soit un frein à la réalisation de traitement d'entretien ex : médication, banque de traitements en psychothérapie (durée définie). Aucun traitement curatif cependant.

- Si consolidation : suffisance des soins et des traitements
- Si non consolidation : suggérer des soins et traitements et préciser ceux qui doivent être cessés

Motiver en fonction des traitements reçus et l'évolution.

8. Conclusions : 4a. Existence de l'APIPP

Avis concernant l'existence ou non et, s'il y a lieu, le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique (APIPP) pour chacun des diagnostics retenus considérés consolidés.

- Se prononcer :
 - S'il y a APIPP ou non (par catégorie de déficit et non par diagnostic)
 - S'il y a notion de séquelles antérieures
- S'il n'y a pas de consolidation pour un diagnostic retenu, inscrire qu'il est **trop tôt pour se prononcer**.

N.B. : la motivation de l'APIPP doit être cohérente avec l'examen clinique et le fonctionnement quotidien.

8. Conclusions : 4b. Évaluation de l'APIPP

Règlement annoté sur le barème des dommages corporels:

<https://www.cnesst.gouv.qc.ca/fr/organisation/documentation/formulaires-publications/reglement-annote-sur-bareme-dommages-corporels>



Commission des normes, de l'équité,
de la santé et de la sécurité du travail
[cnesst.gouv.qc.ca/medecins](https://www.cnesst.gouv.qc.ca/medecins)

CNESST

8. Conclusions : 4b. Évaluation de l'APIPP

Déficit anatomo-physiologique (DAP)

- Les % inscrits sous le titre DAP correspondent à un déficit précis et **ne peuvent être modifiés** ni à la hausse, ni à la baisse, en fonction de ce déficit.
- Donc, dès que l'évaluateur juge que les séquelles identifiées lors de son examen mental correspondent à tel déficit décrit dans le barème, il doit retenir le % prévu au barème pour ce déficit. Il s'agit donc d'un barème **non-discrétionnaire**.

8. Conclusions : 4b. Évaluation de l'APIPP. Barème pour le système psychique

Catégories

- **Névrose**
- Psychose
- Trouble de la personnalité

Groupes

1. Mineur = 5%
2. Modéré = 15%
3. Grave = 45%
4. Très grave = 100%

8. Conclusions : 5a. Limitations fonctionnelles

Avis concernant l'existence ou non de limitations fonctionnelles permanentes et, s'il y a lieu, l'évaluation des limitations pour chacun des diagnostics considérés consolidés.

Les éléments importants à ajouter pour motiver les limitations fonctionnelles sont :

- La cohérence avec l'examen mental et les observations directes retrouvées au dossier. Les difficultés doivent être **objectivables**.
- Différencier entre ce qu'elle devrait éviter et ce qu'elle ne peut pas faire. Les LF sont habituellement ce qu'elle **ne peut pas** faire (« éviter » porte à confusion).

8. Conclusions : 5b. Limitations fonctionnelles

- Une limitation fonctionnelle (LF) correspond à toute **réduction** ou à toute **restriction** de la capacité physique ou psychique d'accomplir certaines activités ou le fait d'en subir les effets.
- Une LF se traduit donc par l'**incapacité** d'exécuter certaines activités ou encore de subir certaines contraintes dans des conditions ou situations déterminées.
- Les LF doivent être décrites en fonction de la **lésion professionnelle**, en tenant compte des activités de vie domestique et quotidienne et non pas uniquement en fonction des tâches de travail.
 - Ex: travailleur avec difficultés de concentration mais qui conduit sécuritairement ne pourrait avoir une LF « ne peut effectuer de tâche requérant de la concentration soutenue ».

8. Conclusions : 5b. Limitations fonctionnelles

Pour les diagnostics retenus non consolidés, préciser qu'il est **trop tôt** pour évaluer les limitations fonctionnelles permanentes.

Attention

- Des limitations fonctionnelles temporaires ne peuvent être émises que dans le cadre d'une **assignation temporaire**.
- Se rappeler que les limitations fonctionnelles sont **permanentes et définitives**.
- Bien distinguer les limitations fonctionnelles qui sont strictement reliées à une condition personnelle (si c'est possible) ou une lésion physique de celles psychiatriques.

Détermination de l'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique (APIPP)

Détermination de l'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique (APIPP)

- L'APIPP inclut le déficit anatomophysiologique (DAP) et un montant pour douleurs et perte de jouissance de la vie (DPJV).
- Montant forfaitaire unique.
- Versé au travailleur ayant des atteintes permanentes.
- Dépend de l'âge du travailleur.

Détermination de l'APIPP

Le DPJV :

- Le barème se présente sous forme d'une table d'équivalence mathématique.
- Il s'applique au DAP et au préjudice esthétique (PE) de façon distincte.
- Le pourcentage de DPJV débute à 0,01 % de la somme des DAP (ou des PE) avec un maximum de 50 % de la somme lorsque celle-ci excède 70 %.
- Il est calculé informatiquement par la CNESST.

Vous n'avez donc pas à l'évaluer

Détermination de l'APIPP

Règlement annoté sur le barème des dommages corporels : chapitre XV Système psychique

Catégories

- Névrose
- Psychose
- Trouble de la personnalité

Groupes

1. Mineur = 5%
2. Modéré = 15%
3. Grave = 45%
4. Très grave = 100%

Détermination de l'APIPP

Chapitre XV Système psychique

c) Les névroses

Les individus réagissent différemment aux difficultés de la vie et certains travailleurs sont susceptibles de développer une adaptation névrotique au traumatisme et à ses séquelles. Les névroses n'ont pas de base organique démontrable. Le sujet reste lucide et capable de distinguer entre la réalité extérieure et ses expériences subjectives. La personnalité n'est pas désorganisée, mais le comportement peut

être perturbé dans les limites qui sont en général socialement acceptables. Le syndrome est fait d'anxiété excessive, de phobies, de symptômes hystériques, obsessionnels et compulsifs, dépressifs et parfois d'une composante psychosomatique.

Détermination de l'APIPP : névroses

	Groupe 1 (mineur)	
222547	Le syndrome névrotique est surtout subjectif, mais vraisemblable, complet, cohérent et il s'accompagne de modifications mineures et qui ne rendent pas incapable de conduites adaptatives. Il n'y a pas de réduction des activités quotidiennes, ni d'altération du rendement social ou personnel.	5

Détermination de l'APIPP : névroses

222556 Groupe 2 (modéré)
L'intensité symptomatique de la névrose, quoique d'ordinaire variable, oblige le sujet à un recours constant à des mesures thérapeutiques soulageantes, à une modification de ses activités quotidiennes conduisant à une réduction plus ou moins marquée de son rendement social et personnel. Le syndrome peut s'accompagner de désordres psycho-physiologiques fonctionnels nécessitant un traitement symptomatique et occasionnant un arrêt intermittent des activités régulières.

15

Groupe 3 (grave)
222565 Le syndrome névrotique est envahissant et conduit alors à une nette détérioration du rendement social et personnel. Il s'accompagne de modifications sérieuses et constantes des relations interpersonnelles : isolement ou besoin d'être encouragé et réconforté. Les activités quotidiennes sont bouleversées et le sujet a besoin d'une surveillance ou de l'assistance de son entourage. La composante psychosomatique peut s'accompagner de lésions pathologiques tissulaires plus ou moins réversibles.

45

Détermination de l'APIPP : névroses

222574	<p>Groupe 4 (très grave)</p> <p>L'état névrotique s'accompagne d'un état de régression, de détérioration et de dépendance importante. Le sujet requiert une surveillance occasionnelle et des directives dans sa vie quotidienne.</p>	100
--------	---	-----

Madame Lépine

- Cette travailleuse a été victime de harcèlement sexuel au travail par un collègue.
- Diagnostic reconnu : trouble de l'adaptation.
- Lésion consolidée.
- Elle a repris le travail dans un nouveau département. Elle demeure craintive mais autrement a repris son fonctionnement antérieur.
- Elle n'a pas d'antécédent connu CNESST ou SAAQ, ni personnel.

Pourriez-vous établir le bilan des séquelles actuelles ?

Madame Lépine

- Y a-t-il des signes et symptômes résiduels?
- Si oui, lesquels?
- Quel est l'impact au quotidien?

Il peut y avoir des symptômes résiduels sans que cela ne corresponde à un DAP.

Comment établir le bilan des séquelles : deux parties à considérer

Dresser le bilan des séquelles et commenter, s'il y a lieu

Pour chaque séquelle, inscrire le code, la nature et le pourcentage que vous avez fixés. Pour ce faire, veuillez vous référer au Règlement annoté sur le barème des dommages corporels*.

Regrouper, sous le titre approprié, les séquelles qui appartiennent à l'un ou à l'autre des trois groupes suivants :

1. **Séquelles actuelles** (ensemble des séquelles aux sièges de la lésion professionnelle)
code nature %
2. **Séquelles antérieures** (de toute origine aux sièges de la lésion professionnelle avant son aggravation)
code nature %
3. **Autres déficits liés à la lésion** (autres déficits permanents, de toute origine, non pris en 1 et en 2 mais devant être considérés dans le calcul de la totalité)
code nature %

Page 329 ou 331

Séquelles antérieures

- Ne pas oublier que les séquelles antérieures sont celles **de toute origine** aux **sièges de la lésion professionnelle** avant son aggravation (barème page 331).
- De plus, ces séquelles antérieures **doivent être reconduites aux séquelles actuelles.**
 - à moins d'être remplacées par une séquelle plus importante

Bilan des séquelles : Madame Lafleur

- Cette travailleuse a déjà eu un trouble d'adaptation accepté à titre de lésion professionnelle en 2018 pour lequel un DAP de névrose classe 1 (5%) avait été déterminé.
- Elle a présenté un trouble dépressif caractérisé en 2022, consolidé avec un DAP de névrose classe 2 (15%).
- Elle présente aussi un trouble de la personnalité limite au long cours, ayant un certain impact au niveau de ses relations interpersonnelles.

Quel bilan des séquelles devrait être retenu ?

Bilan des séquelles : Madame Lafleur

Séquelles actuelles :

222556	Névrose groupe 2 (modéré)	15%
--------	---------------------------	-----

Séquelles antérieures :

222547	Névrose groupe 1 (mineur)	5%
--------	---------------------------	----

Trouble de la personnalité ➡ condition personnelle ➡ aucun DAP

Détermination des limitations fonctionnelles psychiatriques

Détermination des limitations fonctionnelles psychiatriques

- Une limitation fonctionnelle (LF) correspond à toute **réduction** ou à toute **restriction** de la capacité physique ou psychique d'accomplir certaines activités ou le fait d'en subir les effets.
- Une LF se traduit donc par l'**incapacité** d'exécuter certaines activités ou encore de subir certaines contraintes dans des conditions ou situations déterminées.
- Les LF doivent être décrites en fonction de la lésion **professionnelle**, en tenant compte des activités de vie domestique et quotidienne et non pas uniquement en fonction des tâches de travail.
 - Ex: travailleur avec difficultés de concentration mais qui conduit sécuritairement ne pourrait avoir une LF « ne peut effectuer de tâche requérant de la concentration soutenue ».

Détermination des limitations fonctionnelles psychiatriques

Incapacité (ne peut, ne doit pas...) :

- D'exécuter certaines activités
- D'être exposé à certains déclencheurs

Les limitations doivent être :

- Réalistes, en lien avec la lésion
- Observées dans des activités de la vie quotidienne (AVQ) et domestique (AVD)

Les **symptômes, peurs, désirs** ne sont pas des limitations fonctionnelles.

Détermination des limitations fonctionnelles psychiatriques

- Rôle déterminant pour l'admissibilité en réadaptation.
- **Permanente**, pour tous les emplois, actuels et futurs.
- Doivent être **précises, réalistes, concrètes, applicables**.
- Repose sur des données médicales **objectives**.
- En relation avec la lésion professionnelle acceptée seulement et non en fonction du travail.
- Doivent être présentes dans toutes les sphères de la vie du travailleur et non seulement pour le travail (peu importe le contexte biopsychosocial).

Détermination des limitations fonctionnelles psychiatriques

Les limitations fonctionnelles ne sont pas liées :

- À la **personnalité** de la personne
- À une **condition psychiatrique personnelle**
- Aux **habitudes de consommation**
- Au manque de **tolérance** et de **motivation**
- Aux **craintes et désirs** du patient
- À la **douleur**

Détermination des limitations fonctionnelles psychiatriques

Niveaux d'atteinte :

Léger : Aucun impact **significatif** dans fonctionnement quotidien.
Pas de LF.

Modéré : Affecte **fréquemment** son fonctionnement **habituel**, besoin de stratégies compensatoires/soutien.

Sévère : Devenue **dépendante** des autres pour AVQ/AVD/gestion.

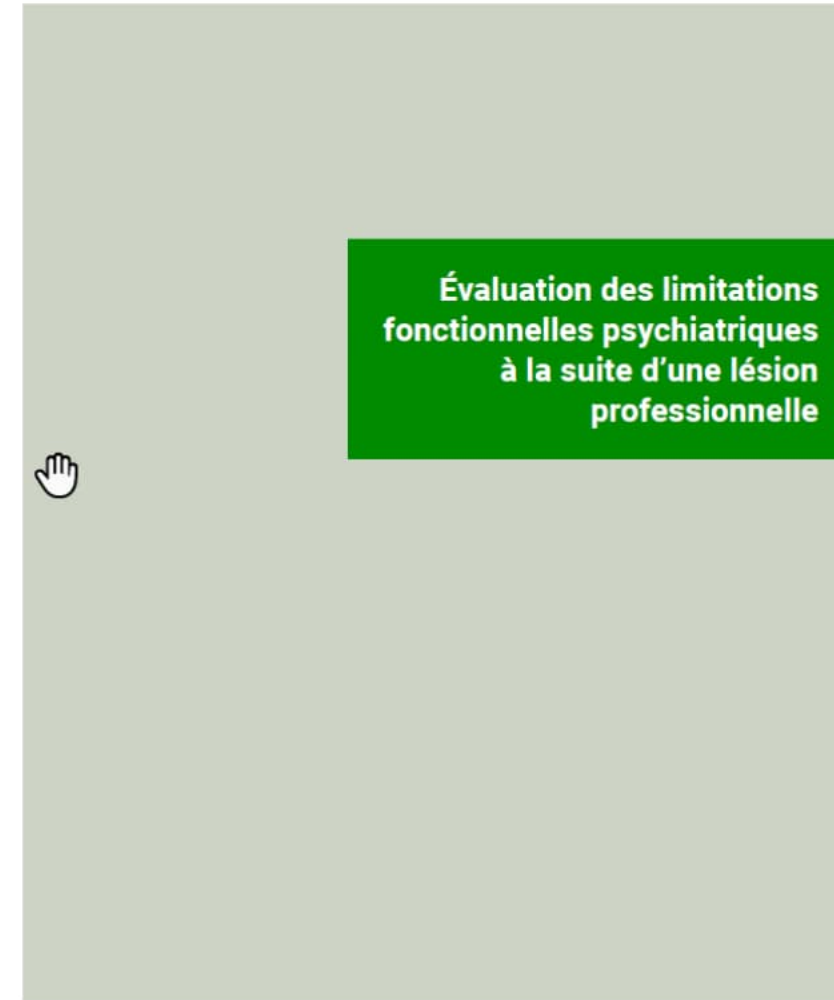
Détermination des limitations fonctionnelles psychiatriques



Outil d'aide à l'évaluation
des limitations fonctionnelles
psychiatriques à la suite
d'une lésion professionnelle

Commission des normes, de l'équité,
de la santé et de la sécurité du travail
cnesst.gouv.qc.ca

CNESST



Évaluation des limitations
fonctionnelles psychiatriques
à la suite d'une lésion
professionnelle

Commission des normes, de l'équité,
de la santé et de la sécurité du travail
cnesst.gouv.qc.ca

CNESST

Démarche proposée pour déterminer les limitations fonctionnelles psychiatriques

1. Effectuer un **examen mental complet** à la recherche de signes objectifs de dysfonction.
2. Réviser les **rapports** des différents professionnels de la santé au dossier à la recherche de faits objectivés par ceux-ci.
3. Déterminer s'il y a atteinte objectivée en 1 et 2. En l'absence d'atteinte, **il n'y a pas de limitation fonctionnelle**. En présence d'atteinte : aller à 4.
4. En présence d'atteinte objectivée en 1 et 2, évaluer si l'atteinte est liée au **diagnostic psychiatrique accepté** par la CNESST ou si une **condition personnelle** est en cause.

Démarche proposée pour déterminer les limitations fonctionnelles psychiatriques

5. Questionner l'impact sur le **fonctionnement quotidien** du patient (AVQ/AVD) et le changement quant à son fonctionnement antérieur.
6. Corroborer les éléments **subjectifs** vs **objectifs**.
7. Rédiger les limitations fonctionnelles en fonction de ce que le patient **ne peut plus/ne doit plus faire**.

Trouble de stress post-traumatique (TSPT) / Diagnostic secondaire à une situation d'harcèlement

- Il peut arriver qu'un patient n'ait aucune séquelle ni limitation fonctionnelle, sauf s'il est en contact avec **le déclencheur** qui réactive les symptômes.
- La limitation fonctionnelle devient alors de **ne pas être exposé** au(x) déclencheur(s).

Important : être le plus précis possible.

Mme Larose / étapes 1 et 2

Vous évaluez madame dans le cadre d'une expertise pour le point 5.

Dx accepté: Trouble de l'adaptation.

Examen mental de la patiente : dans les limites de la normale.

Rapports des autres professionnels de la santé : Aucune information supplémentaire.

Madame Larose / étape 3

Y a-t-il des difficultés persistantes objectivables?

- La patiente se dit fatiguée.
- La patiente se sent inquiète de reprendre son travail et se dit moins concentrée qu'avant.
- La patiente vaque à ses AVQ, ses AVD et **conduit son véhicule** sans souci.
- Examen mental dans les limites de la normale.

Conclusion :

Aucune LF pour Madame Larose

Monsieur Desrosiers

Vous évaluez monsieur dans le cadre d'une expertise pour le point 5.

Dx accepté: Trouble dépressif caractérisé.
Névrose groupe 2 : DAP 15%

Lésion professionnelle initiale: tendinite de la coiffe des rotateurs G, consolidé avec APIPP et LF. Aussi : douleur chronique 3-4/10.

Monsieur Desrosiers / étape 1

Examen mental :

- Barbe de quelques jours (dit qu'avant rasé de près, « se laisse un peu aller »)
- Euthymique, pointes d'anxiété s'il pense au travail, affect congruent mobilisable.
- Tendance aux ruminations anxieuses. Aucun contenu dépressif.
- Diminution de l'attention en fin de rencontre. Oublie souvent son manteau lorsqu'il quitte. Doit prendre en note les recommandations sinon il oublie.

ATCD psy personnels :

- Premier épisode dépressif il y a 10 dans, contexte de séparation houleuse. Résolution complète, aucune médication au moment de la lésion professionnelle.

Monsieur Desrosiers / étape 2

Rapport ergothérapeute santé mentale :

- Reprise AVQ.
- Soutien pour AVD → coude.
- Anxiété parfois envahissante, devient alors « figé ».
- Aucune attaque de panique.
- Fractionnement des tâches quotidiennes avec « pauses mentales ». Permet de compléter sa journée.
- Évaluation cognitive : difficulté d'attention soutenue et aux calculs mentaux.

Rapport psychologue :

- Distorsions cognitives ne sont plus à l'avant-plan.
- Moins disponible en fin de rencontre, donc font exercices plus exigeants au début.
- Prend en note les exercices sinon oublie.
- Oublie ses effets personnels.

Monsieur Desrosiers / étapes 3-4

Y a-t-il une atteinte objectivable? Oui

Difficultés persistantes objectivées :

- Diminution attention soutenue, compensée par pauses mentales et prise de notes.
- Peut figer momentanément lorsque plus anxieux.

Secondaire au diagnostic accepté ou plutôt dû à une condition personnelle?

- Aucune condition personnelle intercurrente. Épisode antérieur était résolu.

Monsieur Desrosiers / étape 5

Impact fonctionnement quotidien :

- Reprise des AVQ et des loisirs hormis le golf.
- AVD : Embauche d'une entreprise de ménage, aide de la part des enfants.
- Rôle parental : Aide son fils avec les devoirs mais doit prendre des pauses.
- Organisation et planification au quotidien : liste épicerie, préparation des repas difficile.
- Budget : retards de paiements, erreurs de calculs.
- S'endort souvent devant la télévision.
- Reprise de la conduite automobile.

Monsieur Desrosiers / étape 6

Corroboration des éléments objectifs vs subjectifs

Objectif	Subjectif
Diminution attention/concentration au bureau et avec les professionnels	Doit prendre des pauses pour les devoirs, nécessite mesures compensatoires pour éviter les oublis au quotidien
Fatigue en fin de rencontre	
Difficulté aux calculs mentaux	Problèmes de gestion financière
	Difficulté aux AVD secondaire à la douleur



Monsieur Desrosiers / étape 7

Détermination des LF :

Ce que monsieur **ne peut plus faire**, avec *difficulté modérée*

- Il ne peut effectuer une activité demandant une attention/ concentration soutenue sans possibilité de pause mentale.
- Il ne peut effectuer une tâche où des oublis répétitifs pourraient engendrer des conséquences importantes.
- Il ne peut effectuer une tâche exigeant des calculs mentaux à répétition.

Détermination des limitations fonctionnelles psychiatriques

En donner trop

=

conséquences

Danger de perte d'emploi

En donner trop peu

=

conséquences

Risque de RRA

Il appartient à la CNESST de déterminer la capacité de travail

Détermination des limitations fonctionnelles psychiatriques

Exemples :

Cette personne ne peut effectuer une activité...

- requérant une prise rapide de décision.
- exigeant de retenir mentalement plusieurs nouvelles informations simultanément.
- où des oublis répétitifs pourraient engendrer des conséquences importantes.

Cette personne...

- Ne peut être seul avec son agresseur ni sous son autorité.
- Ne peut aller sur les lieux de l'événement traumatique (préciser l'étendue des lieux).
- Ne peut utiliser des machines coupantes.

Détermination des limitations fonctionnelles psychiatriques

Contre-exemples (à éviter) :

- « Ne peut être en contact avec des hommes ».
- « Ne peut travailler s'il y a du stress ».
- « Ne peut interagir avec des gens ».
- « Ne peut travailler à temps plein (ou max 3 jours par semaine, etc.) ».
- « Ne peut occuper tout emploi ».
- « Présente une difficulté légère à faire ses AVD ».

**Points à améliorer fréquemment retrouvés
dans les expertises psychiatriques**

Porter une attention spécifique aux éléments suivants

- Description du travail et de l'événement succinctes ou portant uniquement sur la lésion physique.
- Examen mental : fonctions cognitives peu détaillées.
- Histoire longitudinale parfois trop sommaire.
- Différenciation entre les symptômes secondaires à la condition physique et celle psychiatrique lorsque comorbidité.
- La mise en évidence des discordances objectifivo-subjectives/ incongruences entre le fonctionnement et propos lorsque présentes.
- L'état actuel objectif (AVD, AVQ, soins aux enfants, loisirs, auto, etc.).
- La justification des limitations fonctionnelles.

Post-test

Post-test (VRAI ou FAUX)

- 1) Si vous croyez que le diagnostic accepté par la CNESST est incorrect, vous donnez votre avis en conclusion au point 1 concernant le diagnostic qui devrait être retenu même si vous n'êtes pas questionné à ce sujet.
- 2) Vous pouvez considérer une lésion comme étant consolidée à une date ultérieure à celle de votre évaluation.
- 3) Le barème des dommages corporels permet une détermination de l'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique à la discrétion de l'évaluateur (APIPP).

Post-test (VRAI ou FAUX)

- 4) En décrivant les limitations fonctionnelles psychiatriques lors de la rédaction de votre rapport, vous devez aussi donner votre avis concernant la réorientation professionnelle.
- 5) Si des limitations fonctionnelles psychiatriques permanentes sont retenues, celles-ci doivent être évaluées en fonction du travail exercé.
- 6) Lorsqu'une condition est consolidée, des limitations fonctionnelles temporaires peuvent être retenues si celle-ci est susceptible de s'améliorer.

Post-test (VRAI ou FAUX)

- 1) Si vous croyez que le diagnostic accepté par la CNESST est incorrect, vous donnez votre avis en conclusion au point 1 concernant le diagnostic qui devrait être retenu même si vous n'êtes pas questionné à ce sujet. **F**
- 2) Vous pouvez considérer une lésion comme étant consolidée à une date ultérieure à celle de votre évaluation. **F**
- 3) Le barème des dommages corporels permet une détermination de l'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique (APIPP) à la discrétion de l'évaluateur. **F**

Post-test (VRAI ou FAUX)

- 4) En décrivant les limitations fonctionnelles lors de la rédaction de votre rapport, vous devez aussi donner votre avis concernant la réorientation professionnelle. **F**
- 5) Si des limitations fonctionnelles permanentes sont retenues, celles-ci doivent être évaluées en fonction du travail exercé. **F**
- 6) Lorsqu'une condition est consolidée, des limitations fonctionnelles temporaires peuvent être retenues si celle-ci est susceptible de s'améliorer. **F**

Codes de complexité en psychiatrie

Octroyés d'emblée : 9978, 9985, 9949

Selon la complexité du dossier :

9950	9931
<p>Un ou l'autre des 4 grands critères suivants:</p> <ul style="list-style-type: none">• Évaluation nécessitant une recherche particulière, sauf manuels courants: recherche particulière avec bibliographie inédite annexées• Évaluation où en raison de facteur humain la durée de l'expertise s'est prolongée de façon exceptionnelle• Expertise en psychiatrie questionnant l'usage de cannabis• Dossiers avec plus de 4 ans d'évolution ET dossier volumineux ($\geq 8\text{cm}/800\text{ p.}$)	<p>Deux des 4 grands critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none">• Tous les dossiers avec un des Dx suivants : fibromyalgie, « failed back surgery syndrome », SDRC, polytraumatisme (> 3 sites lésionnels), covid/covid longue• Plus de 7 ans d'évolution ET dossier volumineux ($\geq 8\text{cm}/800\text{ p.}$)• Au moins 3 RRA ET au moins sept expertises médicales antérieures/avis BEM• Dossier dont le niveau de complexité est vraiment hors normes

Pour nous joindre



Adresse courriel pour les professionnels désignés :

➤ soutienprofessionneldesigne@cnesst.gouv.qc.ca

Questions?

7. Bilan des séquelles

Barème: chapitre III Système nerveux central

A. Cerveau (déficit des fonctions cérébrales)

a) Syndrome cérébral organique : cognitif & émotif

- Classe 1 = 15 %
- Classe 2 = 45 %
- Classe 3 = 80 %
- Classe 4 = 100 %

Barème: chapitre III Système nerveux central

D. Traumatisme cranio-cérébral

a) Commotion

- Mineure. L'amnésie ou perte de conscience est de 60 minutes ou moins = 1 %
- Modérée. L'amnésie ou perte de conscience est de plus de 60 minutes et moins de 24 heures = 2 %
- Grave. L'amnésie ou perte de conscience est de 24 heures et plus = 5 %

Si suivie de séquelles, c'est le % DAP le plus élevé de la commotion cérébrale **OU** des séquelles fonctionnelles qui est retenu.

Barème: chapitre XV Système psychique

- Névrose
- Psychose
- Trouble de la personnalité
- Mineur = 5 %
- Modéré = 15 %
- Grave = 45 %
- Très grave = 100 %

RÈGLEMENT ANNOTÉ SUR LE BARÈME DES DOMMAGES CORPORELS

INTRODUCTION ET RÈGLES PARTICULIÈRES

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux
Janvier 2025

Direction des services de santé,
du bien-être et de la sécurité de travail
cnesst.gouv.qc.ca





1

OBJECTIFS

À la fin de cette formation, vous serez en mesure de mieux :

- Identifier la structure du Règlement annoté sur le barème des dommages corporels
- Décrire les notions de déficit anatomo-physiologique, de préjudice esthétique et de bilatéralité
- Expliquer les règles particulières applicables au système musculo-squelettique
- Définir les principes concernant la détermination de l'indemnité pour préjudice corporel

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux



2

RÈGLEMENT ANNOTÉ SUR LE BARÈME DES DOMMAGES CORPORELS



<https://www.cnesst.gouv.qc.ca/sites/default/files/publications/reglement-annote-bareme-dommages-corporels.pdf>

Direction des services de santé,
du bien-être et de la sécurité de travail




3

RÈGLEMENT ANNOTÉ SUR LE BARÈME DES DOMMAGES CORPORELS

- Août 1985 : Entrée en vigueur de la LATMP
- Octobre 1987 : Entrée en vigueur du Règlement
- Avril 1988 : Début de son application

Direction des services de santé,
du bien-être et de la sécurité de travail



4

AUTEURS ET RÉFÉRENCES

- Médecins de la CSST
- 40 médecins spécialistes délégués par 16 associations
- 3 médecins de la SAAQ
- 1 médecin omnipraticien
- Principaux barèmes nord-américains et européens (surtout le « Guide to the Evaluation of Permanent Impairment » de l'American Medical Association)
- Études actuarielles

Direction des services de santé,
du bien-être et de la sécurité de travail




5

BARÈME DES DOMMAGES CORPORELS : GAZETTE OFFICIELLE ET VERSION ANGLAISE

Voir références à la Banque des connaissances du site médical

Direction des services de santé,
du bien-être et de la sécurité de travail



6

RÈGLEMENT ANNOTÉ SUR LE BARÈME DES DOMMAGES CORPORELS

Voir version numérique sur le site internet de la CNESST

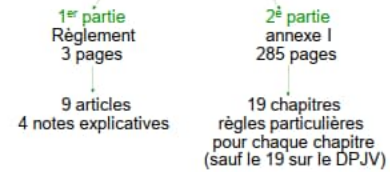
Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

CNESST

7

RÈGLEMENT ANNOTÉ SUR LE BARÈME DES DOMMAGES CORPORELS

CONTENU DU RÈGLEMENT



Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

CNESST

8

RÈGLEMENT ANNOTÉ SUR LE BARÈME DES DOMMAGES CORPORELS

1^{er} partie : Règlement

Neuf articles qui énoncent les principes de base relatifs à :

- APIPP
- DPJV
- dépassement du 100 %
- aggravation
- la bilatéralité
- son contenu général

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

CNESST

9

RÈGLEMENT ANNOTÉ SUR LE BARÈME DES DOMMAGES CORPORELS

2^e partie : Annexe I (le barème médical)

- 1) **DAP**
chapitres I à XVII
barème sur les déficits anatomo-physiologiques
- 2) **PE**
chapitre XVIII
barème sur le préjudice esthétique
- 3) **DPJV**
chapitre XIX
barème sur la douleur et la perte de jouissance de la vie

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

CNESST

10

RÈGLEMENT ANNOTÉ SUR LE BARÈME DES DOMMAGES CORPORELS

CODE PARTICULIER POUR CHAQUE SÉQUELLE

	■ vi. Ménisectomie sans séquelle fonctionnelle	
103033	☐ interne	1
103042	☐ externe	1
103051	☐ interne et externe	2
	■ avec séquelles fonctionnelles	
103060	☐ interne	1
103079	☐ externe	1
103088	☐ interne et externe	2

de plus, se référer au tableau 8 des ankyloses
du genou et au tableau 9 des instabilités du
genou

dap

Page 39

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

11

CNESST

11

EXPLICATIONS COMPLÉMENTAIRES

Encadrés gris

Pour faciliter la fixation des pourcentages de DAP propre à chaque séquelle permanente à la main, les tableaux A à F placés après les schémas de la main indiquent les pourcentages relatifs aux amputations partielles ou totales et aux ankyloses incomplètes ou complètes de la main ainsi que le code correspondant à chacune de ces séquelles.

Page 15

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

12

CNESST

12

EXEMPLES D'ÉVALUATION

EXEMPLE D'ÉVALUATION DE LA VISION

Pourcentage d'efficacité visuelle dans son entier

Oeil gauche

a) *Acuité visuelle*

- Vision de près de 14/28.
- Vision à distance de 20/80.
- Selon le tableau 19, le déficit de la vision centrale est de 25 %,

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

Page 173

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

13

INDEX ALPHABÉTIQUE

INDEX ALPHABÉTIQUE

A

Abcès cérébral post-traumatique, 147
 Accommodations, paragraphes de 7, 172
 Acuité visuelle centrale, 161, 167, 168, 169
 Allergie (considérations):
 urticaire, 235
 gastro-intestinale, 265
 autres, 241
 Amputations:
 doigts, 15, 18 à 24, 26 à 29
 membre inférieur, 24
 membre supérieur, 7
 orifice, 26
 bras, 15, 17, 20, 25
 Ankylose, voir le site de l'employé
 Anémies, 125
 Anesthésie, 172
 Appareil auditif, 175
 Appareil digestif:
 fonction, 196
 santé, 208
 Appareil urinaire, 189
 Bactéries, 192
 yeux, 180

B

Atteintes des voies motrices, 68
 membres supérieurs, 22
 Atrophie:
 muscles inférieurs, tableau 7, 80
 membres supérieurs, tableau 9, 81
 Audition, 177

C

Calculs, 42
 Cardiaque infarctus, coronarienne, 142
 Corps, 15, 18
 Craniotomie, 177

Page 291

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

14

INDEX NUMÉRIQUE DES CODES

Index numérique des codes

INDEX NUMÉRIQUE DES CODES

Code	Page	Code	Page
A			
100018	7	100410	12
100027	7	100429	12
100036	7	100438	12
100045	7	100447	12
100054	7	100456	12
100063	7	100465	12
100072	7	100474	12
100081	7	100483	12
100090	7	100492	12
100107	8	100506	12
100116	8	100515	12
100125	8	100526	12
100134	8	100535	12
100143	8	100544	12
100152	8	100553	12
100161	8	100562	12
100170	8	100571	12
		100580	12
		100589	12

Page 299

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

15

RAPPORT D'ÉVALUATION MÉDICALE (REM) : GUIDE D'UTILISATION ET EXEMPLES

Annexe A

FORMULAIRES D'ÉVALUATION MÉDICALE ET GUIDE D'UTILISATION

(formulaire 2064)

Le rapport d'évaluation médicale sert à évaluer la ou les atteintes permanentes des que la lésion professionnelle est consolidée.

Il est rempli prioritairement par le médecin qui a charge du travailleur. Si ce médecin ne fait pas l'évaluation médicale, il doit, dans la mesure du possible, relayer le travailleur, avec l'accord de ce dernier, à un autre médecin qui la fera à sa place. Le rapport de ce dernier est alors considéré comme celui du médecin qui a charge du travailleur.

En l'absence d'une telle référence, il appartient au travailleur de choisir son médecin pour l'évaluation. Dès que celui-ci accepte de faire l'évaluation, le travailleur prend rendez-vous avec lui et envoie immédiatement la Commission. Celle-ci fera parvenir le dossier du travailleur à ce médecin.

Page 321

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

16

SCHÉMAS ANATOMIQUES : ANNEXE B

TRAITE

Page 339

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

17

Page 340

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

Pour nous joindre
 appelez le 1-800-387-0200
 1-888-838-0200

18

UTILITÉ DES CODES

PRÉFIXE : APPLICATION DU PRINCIPE DE BILATÉRALITÉ

• PRÉFIXE : 1 2 3 4 5 6

Préfixe 1 : bilatéralité s'applique (ex. : membres, SNP)
Préfixe 2 : bilatéralité ne s'applique pas (ex. : sacrum, SNC)
Préfixe 3 : un seul des deux organes symétriques est atteint (ex. : système maxillo-facial)
Préfixe 4 : les deux organes symétriques sont atteints et la bilatéralité est déjà appliquée (ex. : hernies inguinales)

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 19

CNESST

19

UTILITÉ DES CODES

CODE DE SÉQUELLE : REPÈRAGE DES SÉQUELLES

• CODE DE SÉQUELLE: 1 2 3 4 5 6

code séquentiel : sert à identifier numériquement et de façon séquentielle chacun des déficits

- le premier déficit porte le numéro 0001 (désarticulation inter-scapulo-thoracique page 7)
- le dernier déficit porte le code 2371 (asthme professionnel Tableau 33 page 268)
- le PE débute avec le numéro 2400 page 276
- le DPJV débute avec le numéro 2500 page 287

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 20

CNESST

20

UTILITÉ DES CODES

CHIFFRE VALIDEUR

• CHIFFRE VALIDEUR: 1 2 3 4 5 6

Suffixe : numéro auto-valideur des chiffres qui précèdent

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 21

CNESST

21

UTILITÉ DES CODES

Trouver le code 105406

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 22

CNESST

22

UTILITÉ DES CODES

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 23

CNESST

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 23

CNESST

CODE	DEGRÉ	ANCIENNETÉ
105350	01 (normal)	0
105362	10	1
105374	20	2
105386	30	3
105398	40	4
105410	50	5
105422	60	6
105434	70	7
105446	80	8
105458	90	9
105470	100	10
105482	110	11
105494	120	12
105506	130	13
105518	140	14
105530	150	15
105542	160	16
105554	170	17
105566	180	18
105578	190	19
105590	200	20

23

UTILITÉ DES CODES

Trouver le code 121120

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 24

CNESST

24

Code	% DAP
VI. LÉSIONS VEINEUSES ET LYMPHATIQUES	
Membre supérieure	
Déséquilibre veineux superficiel ou	
microcirculation superficielle élastique	
121113	2
Insuffisance veineuse pour phlébitique ou	
insuffisance lymphatique	
121120	3
■ classe 1	
sans ou peu de séquelles	
121120	5
■ classe 2	
séquelles pour phlébitiques légers, bien contrôlés	
par un traitement médical usuel	
121120	10
■ classe 3	
séquelles pour phlébitiques modérés,	
surtout lorsqu'ils sont compliqués par un traitement	
médical usuel	
121120	15
■ classe 4	
séquelles pour phlébitiques sévères, sans contrôle	
par un traitement médical usuel, avec troubles	
trophiques sans ulcération	
121120	25
■ classe 5	
séquelles pour phlébitiques sévères, sans contrôle	
par un traitement médical usuel, avec troubles	
trophiques et ulcération étendue	

25

DRESSER LE BILAN DES SÉQUELLES : TROIS PARTIES À CONSIDÉRER

Dresser le bilan des séquelles et commenter, s'il y a lieu
Pour chaque séquelle, inscrire le code, la nature et le pourcentage que vous avez fixés. Pour ce faire, veuillez vous référer au Règlement annoté sur le barème des dommages corporels*.
Regrouper, sous le titre approprié, les séquelles qui appartiennent à l'un ou à l'autre des trois groupes suivants :

- Séquelles actuelles** (ensemble des séquelles aux sièges de la lésion professionnelle)
code nature %
- Séquelles antérieures** (de toute origine aux sièges de la lésion professionnelle avant son aggravation)
code nature %
- Autres déficits reliés à la bilatéralité** (autres déficits permanents de toute origine, non identifiés en 1 et en 2 mais devant être considérés dans le calcul de la bilatéralité)
code nature %

26

BILAN DES SÉQUELLES

Atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique (APIPP) comprend :

- Déficit anatomo-physiologique (DAP, chapitre I à XVII du Barème)
- Bilatéralité (la bilatéralité sera calculée par la CNESST mais vous devez décrire les atteintes nécessaires à ce calcul)
- Préjudice esthétique (PE, chapitre XVIII)
- Pourcentage pour douleur et perte de jouissance de la vie (DPJV, chapitre XIX)
Le DPJV ne nécessite pas une évaluation

27

DÉFICIT ANATOMO-PHYSIOLOGIQUE (DAP)

28

DÉFICIT ANATOMO-PHYSIOLOGIQUE (DAP)

- Les % inscrits sous le titre DAP correspondent à un déficit précis et **ne peuvent être modifiés** ni à la hausse, ni à la baisse, en fonction de ce déficit
- Donc, dès que le PSQAC juge que les séquelles identifiées lors de son examen physique correspondent à tel déficit décrit dans le barème, il doit retenir le % prévu au barème pour ce déficit. Il s'agit donc d'un barème **non-discrétionnaire**

29

RÈGLES PARTICULIÈRES DU SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE

- 1) L'examen d'une articulation se fait par comparaison à **l'articulation du membre opposé lorsque saine**.

Dans les autres cas, on se réfère aux données conventionnelles du barème.

30

PREMIÈRE RÈGLE PARTICULIÈRE

CNESP N. dap

TITREAU :

ANKYLOSES PERMANENTES DU GENOU

II. INCOMPLETE

■ Période de 10 ans consécutifs à la fixation maximale jusqu'à 130° antérieurement

Degrés

100010	100	100/100	0
100014	100		1
100018	100		2
100022	100		3
100026	100		4
100030	100		5
100034	100		6
100038	100		7
100042	100		8
100046	100		9
100050	100		10
100054	100		11
100058	100		12
100062	100		13
100066	100		14
100070	100		15
100074	100		16
100078	100		17
100082	100		18
100086	100		19
100090	100		20

00

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

21

>130 degrés

<130 degrés

CNESST

31

PREMIÈRE RÈGLE PARTICULIÈRE

En l'absence d'un tableau clinique significatif permettant de considérer une articulation comme non saine comparativement à la moyenne des individus du même âge, cette articulation devrait être considérée comme saine.

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

22

CNESST

32

RÈGLES PARTICULIÈRES DU SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE

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

Page 5

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

23

CNESST

33

MME D.-L.

Horticultrice de 29 ans.
A chuté sur un plancher mouillé.
Diagnostic reconnu de fracture de la clavicle gauche. Lésion consolidée.
Lors du REM, l'abduction de l'épaule gauche est mesurée à 145° comparativement à une mobilité de l'épaule droite qui est superposable aux valeurs normales du barème.

Le PSQAC vous appelle afin d'obtenir votre avis concernant le bilan des séquelles qui pourrait être retenu.

Que lui répondez-vous ?

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

24

CNESST

34

b) FRACTURE, LUXATION, ENTORSE

1. Clavicule, omoplate

i. Fracture consolidée

100090 ■ sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique 0

■ avec séquelles fonctionnelles

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

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

25

CNESST

35

Barème musculosquelettique

CNESP N. dap

II. INCOMPLETE

■ Période de 10 ans consécutifs à la fixation maximale jusqu'à 145° antérieurement

Degrés perdus Degrés restants

100100	145	145	0
100104	145	140	1
100108	145	135	2
100112	145	130	3
100116	145	125	4
100120	145	120	5
100124	145	115	6
100128	145	110	7
100132	145	105	8
100136	145	100	9
100140	145	95	10
100144	145	90	11
100148	145	85	12
100152	145	80	13
100156	145	75	14
100160	145	70	15
100164	145	65	16
100168	145	60	17
100172	145	55	18
100176	145	50	19
100180	145	45	20

00

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

26

CNESST

36

MME D.-L.

Séquelles actuelles :

104817 abduction épaule gauche à 145° retenus 2%

Séquelles antérieures :

Nil

Autres déficits reliés à la bilatéralité :

Nil

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 27

CNESST

37

M. C.

Boucher de 34 ans.
Fracture du plateau tibial interne du genou droit consolidée.
Flexion du genou droit à 125°. Flexion du genou gauche à 140°.
Le reste de l'examen est normal.

Quel bilan des séquelles est applicable ?

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 28

CNESST

38

3. Genou

L'examen se pratique le genou en extension complète ou maximale.

i. Fracture

d'un ou des plateaux tibiaux

102935 ■ sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique 0

■ avec séquelles fonctionnelles

se référer au tableau 8 des ankyloses du genou ou à ceux des autres articulations atteintes, ainsi qu'au tableau 9 des instabilités du genou

dap

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 29

CNESST

39

CODE % DAP

TABLEAU 8

ANKYLOSES PERMANENTES DU GENOU

II. INCOMPLETE

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

	Degrés	
106815	130 (normal)	0
106824	120	1
106833	110	2
106842	90	4
106851	75	5
106860	60	6
106879	45	8
106888	30	10
106897	15	15
106904	0	20

BB

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

CNESST

40

M. C.

Séquelles actuelles :

106833 perte de 15° de flexion du genou droit 2%

Séquelles antérieures :

Nil

Autres déficits reliés à la bilatéralité :

Nil

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 31

CNESST

41

MME D.

T qui a subi une hernie discale lombaire opérée. Flexion antérieure à 65°.

Quel serait le DAP à retenir pour la perte de mouvement ?

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 32

CNESST

42

CODE		% DAP	
TABLEAU 12			
ANKYLOSES PERMANENTES DE LA COLONNE DORSO-LOMBAIRE			
207564	A. ANKYLOSE COMPLÈTE PERMANENTE	30	
	B. ANKYLOSE INCOMPLÈTE		
	■ Flexion antérieure (normale 0 à 90°)		
	Degrés perdus	Degrés retenus	
207573	90	0	9
207582	60	30	7
207591	40	50	5
207608	20	70	3
207617	0	90 (normal)	0

Page 99

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

CNESST

43

MME D.

Séquelles actuelles :

207591 flexion antérieure à 65° 5%

Séquelles antérieures :

Nil

Autres déficits reliés à la bilatéralité :

Nil

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

CNESST

44

MOUVEMENTS ACTIFS OU MOUVEMENTS PASSIFS ?

- Lorsqu'il y a **ANKYLOSE VÉRITABLE**, en principe les mouvements actifs sont superposables aux mouvements **PASSIFS**. La mesure des mouvements passifs ou actifs assistés sans manœuvre intempestive devrait servir à déterminer le % de DAP
- Lorsqu'il y a un **ÉCART NON EXPLIQUÉ** par une ankylose véritable, les mouvements **PASSIFS** devraient être retenus pour déterminer le % de DAP
- Il ne s'agit pas d'une règle absolue**


Direction de l'accès au régime et des services médicaux

CNESST

45

MOUVEMENTS ACTIFS OU MOUVEMENTS PASSIFS ?

Exceptionnellement, dans le cas d'une **rupture importante** de la coiffe des rotateurs avec atrophie ou d'un « mallet finger » (ou doigt en maillet), c'est la mesure du **mouvement actif** qui devrait être utilisée



Direction de l'accès au régime et des services médicaux

CNESST

46

M. P.

Travailleur qui présente une atteinte du nerf sciatique poplité externe gauche à la suite d'un traumatisme local.
Une perte d'extension résiduelle de 5° de la cheville gauche est objectivée.

Le PSQAC vous contacte pour vérifier quelle est l'atteinte permanente qui devrait s'appliquer pour cette perte de mouvement.

Que lui répondez-vous ?

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

CNESST

47

ANKYLOSES À LA SUITE D'UNE LÉSION NEUROLOGIQUE

- Les ankyloses qui sont **secondaires à une atteinte neurologique** centrale ou périphérique ne sont pas indemnisables en sus de cette lésion neurologique
- Les DAP prévus pour les lésions neurologiques ne mentionnent pas de se référer au tableau des ankyloses

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

CNESST

48

ATTENTION AUX DEGRÉS RETENUS VS DEGRÉS PERDUS

Épaule

TABLEAU

CODE	% DAP
A) Éléments anatomiques	
(ensemble de 0 à 100°)	
	Degrés perdus
	Degrés retenus
104039	0
104036	1
104015	1,5
104034	2
104023	2,5
104042	3
104051	3,5
104002	4
104079	5
104084	6

Page 67

CNESST

49

ATTENTION AUX DEGRÉS RETENUS VS DEGRÉS PERDUS

TABLEAU

CODE	% DAP
B) Éléments anatomiques	
(ensemble de 0 à 100°)	
	Degrés
	(0 à 100°)
100113	0
100022	1
100051	4
100040	1
100053	8
100043	10
100042	10
100041	20
100052	25
100044	25
100077	30
100061	plus de 30

CNESST

50

DÉTERMINER LE DAP EN FONCTION DE LA PERTE DE FLEXION DU GENOU

DAP ?

CNESST

51

DÉTERMINER LE DAP EN FONCTION DE LA PERTE DE FLEXION DU GENOU

106888 10%

106851 5%

106842 4%

CNESST

52

DÉTERMINER LE DAP EN FONCTION DE LA PERTE D'EXTENSION DU GENOU

DAP ?

CNESST

53

DÉTERMINER LE DAP EN FONCTION DE LA PERTE D'EXTENSION DU GENOU

106977 30%

CNESST

54

MME G.

T de 27 ans, droitère, préposée dans un service de buanderie.
Chute au travail.
Diagnostic retenu : entorse au genou gauche.
Lésion consolidée.

Mouvements du genou gauche : 0 à 150°.

Mouvements du genou droit : 10° d'hyperextension et flexion à 150°.

**Quels sont les DAP à considérer
pour les mouvements du genou gauche ?**

55

MME G.

CODE % DAP

■ Extension
ou se référer à l'extension maximale
jusqu'à 0° jusqu'à

Degrés

106813	0 (normal)	0
106822	5	1
106931	10	4
106940	20	7
106959	25	8
106968	35	10
106977	50	30
106986	plus de 50	45

106931 4 %

Page 89

56

**RÈGLES PARTICULIÈRES
DU SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE**

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

Page 5

57

MME L.-R.

Horticultrice victime d'une entorse du genou droit avec déchirure du ligament croisé antérieur.

Le bilan des séquelles suivant est retenu par le PSQAC.
Il communique avec vous pour vérifier votre avis.

Que lui répondez-vous ?

58

MME L.-R.**Séquelles actuelles :**

106842	Flexion 100°	DAP 4 %
106940	Extension 15°	DAP 7 %
107066	Instabilité nécessitant le port d'une orthèse pour certaines activités	DAP 10 %

Séquelles antérieures :

Nil

Autres déficits liés à la bilatéralité :

Nil

59

MME L.-R.

système musculo-squelettique

CODE % DAP

TABLEAU I

ANEYLOSES PERMANENTES DU GENOU

A. COMPLÈTE

106708	Ankylose complète du genou en légère flexion de 10° avec ou sans patelloclavéaire, sans varus, ni valgus, incluant le raccourcissement réel de 3 cm ou moins ainsi que l'atrophie musculaire permanente et secondaire de la cuisse	20
--------	--	----

Page 87

60

MME L.-R.

Séquelles actuelles :

106842 Flexion 100°	DAP 4 %
106940 Extension 15°	DAP 7 %
107066 Instabilité nécessitant le port d'une orthèse pour certaines activités	DAP 10 %


Ces 3 codes doivent être remplacés par :

106708 Ankylose complète du genou DAP 20% maximum en position de fonction

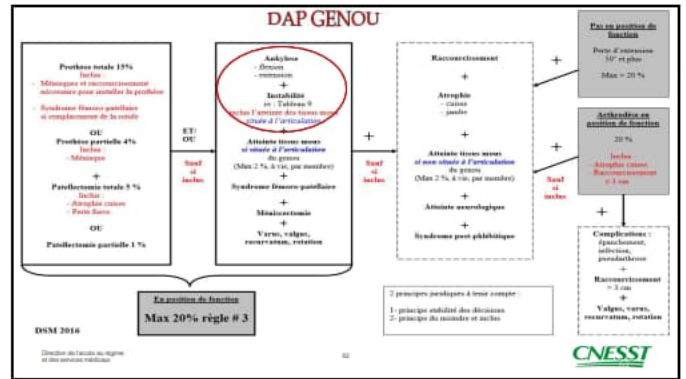
Séquelles antérieures :
Nil

Autres déficits reliés à la bilatéralité :
Nil

Direction de l'accès au régime et des services médicaux



61



62

SÉQUELLES ANTÉRIEURES

Direction de l'accès au régime et des services médicaux




63

M. S.

- Poissonnier chez qui un diagnostic d'arthrose du genou gauche a été reconnu en RRA le 25 juillet 2022.
- Une ménisectomie interne du genou gauche avait été réalisée en lien avec l'évènement d'origine du 7 avril 2007.
- Une prothèse totale du genou gauche a été réalisée le 30 septembre 2022.
- Lésion consolidée le 15 avril 2023.

Direction de l'accès au régime et des services médicaux




64

M. S.

- L'examen du genou gauche démontre une perte de flexion de 20° comparativement au genou droit qui est considéré sain. L'examen des genoux est normal par ailleurs.
- Le code 103060 pour ménisectomie interne du genou gauche avec séquelles fonctionnelles pour un DAP de 1% et le code 106922 pour perte de 5° d'extension avaient été retenus à l'évènement d'origine.

Pourriez-vous préciser le bilan des séquelles à retenir ?

Direction de l'accès au régime et des services médicaux



65

M. S.

Séquelles actuelles :


103066 prothèse totale du genou gauche avec séquelles fonctionnelles	15%
106833 perte de 20° de flexion du genou gauche	2%
106922 perte de 5° d'extension du genou gauche	1%

Séquelles antérieures :

103060 ménisectomie interne genou gauche avec séquelles fonctionnelles	1%
106922 perte de 5° d'extension du genou gauche	1%

Autres déficits reliés à la bilatéralité : aucun

Direction de l'accès au régime et des services médicaux



66

SÉQUELLES ANTÉRIEURES

- Les **séquelles antérieures** sont les séquelles **au même siège** que la lésion professionnelle actuelle, et **de toute origine** (personnelle ou professionnelle), avant son aggravation
- Les séquelles de la **lésion préexistante personnelle** sont évaluées suivant le barème, mais **uniquement** à des fins de calcul, afin qu'elles soient déduites des dommages corporels résultant de la lésion évaluée
- Le % d'APIPP antérieur est ensuite **déduit** du % d'APIPP actuel
- Si la CNESST possède des dossiers pour le même siège que la lésion professionnelle, elle les fait parvenir au PSQAC aux fins d'évaluation des séquelles antérieures

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

67

CNESST

67

SÉQUELLES ANTÉRIEURES

- Ne pas oublier que les séquelles antérieures sont celles **de toute origine** aux **sièges de la lésion professionnelle** avant son aggravation (barème page 331)
- De plus, ces séquelles antérieures **doivent être reconduites aux séquelles actuelles** (principe de la **stabilité des décisions** de la CNESST)
 - à moins d'**être remplacées par une séquelle plus importante** ou
 - à moins d'**être moindre et incluse par rapport à une autre séquelle**

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

68

CNESST

68

DEUX PRINCIPES ONT ÉTÉ APPLIQUÉS ...

- 1) Principe de la **stabilité des décisions de la CNESST** :
Maintien de la perte d'extension aux séquelles actuelles
- 2) Principe du **moindre et inclus** :
Remplacement du code de méniscectomie par celui de prothèse du genou

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

69

CNESST

69

BILATÉRALITÉ

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

70

CNESST

70

RÈGLES PARTICULIÈRES DU SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE

4) Bilatéralité

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

Page 5

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

71

CNESST

71

PRINCIPE DE LA BILATÉRALITÉ

- Un pourcentage additionnel est octroyé lorsqu'un T présente à la suite d'un événement professionnel :
 - des DAP à des **organes symétriques lors de l'événement** (donc d'origine professionnelle et contemporains à l'événement) et/ou
 - un DAP à un **organe symétrique à celui qui est déjà atteint** (donc DAP préexistant à la lésion professionnelle à un organe symétrique et ce, de toute origine, soit personnelle ou professionnelle)
- Donc un **DAP personnel post-lésionnel ne doit pas être considéré** pour le calcul de la bilatéralité.

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

72

CNESST

72

PRINCIPE DE LA BILATÉRALITÉ

- La bilatéralité correspond à la somme des % de DAP fixés pour **l'organe le moins atteint**
- Ce principe ne s'applique pas aux % prévus pour le PE et le DPJV
- Des règles particulières sont fixées pour chaque système et indiquées dans les règles particulières en début de chaque chapitre

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

73

CNESST

73

PRINCIPE DE LA BILATÉRALITÉ

- Nécessite l'**examen des organes symétriques (toujours)**
- La bilatéralité s'établit :
 - de **membre à membre**, soit membre supérieur droit avec membre supérieur gauche et membre inférieur droit avec membre inférieur gauche
 - ou **pour le thorax**, héli-thorax gauche avec héli-thorax droit
- Le membre supérieur inclut l'omoplate et la clavicule
- Le membre inférieur inclut la hanche et l'hémi-bassin
- La cage thoracique se divise en droite et gauche à partir de la ligne médiane de la cage

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

74

CNESST

74

UTILITÉ DES CODES

PRÉFIXE : APPLICATION DU PRINCIPE DE BILATÉRALITÉ

PRÉFIXE : 1 2 3 4 5 6

- Préfixe 1** : bilatéralité s'applique (ex. : membres, SNP)
Préfixe 2 : bilatéralité ne s'applique pas (ex. : sacrum, SNC)
Préfixe 3 : un seul des deux organes symétriques est atteint (ex. : système maxillo-facial)
Préfixe 4 : les deux organes symétriques sont atteints et la bilatéralité est déjà appliquée (ex. : hernies inguinales)

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

75

CNESST

75

M. L.

Préposé dans une épicerie.

Ce T a subi **en 2021 une rupture de la longue portion du biceps droit** en retenant une caisse. **DAP reconnu de 2%**.

Ce travailleur était **porteur de séquelles au majeur gauche** avec ankyloses résultant d'une fracture subie dans un accident d'automobile (**personnel**) en 2018. Cette séquelle au majeur gauche équivaut selon le barème à un DAP de **0.8 %**.

- Est-ce que la bilatéralité s'applique ?
- Dans l'affirmative, quel est le pourcentage applicable à la bilatéralité ?
- Sinon, pourquoi la bilatéralité ne s'applique pas ?

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

76

CNESST

76

M. L.

Bilatéralité antérieure (2018) :

Droite :	Gauche :	
aucune	majeur 0.8 %	donc aucune

Bilatéralité actuelle :

Droite :	Gauche :	
rupture du biceps 2 %	majeur 0.8 %	donc 0.8 %

Bilatéralité actuelle – bilatéralité antérieure = 0.8 %

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

77

CNESST

77

M. C.-L.

Le 20 avril 2024, un monteur d'abris d'automobile en toile a subi une fracture du **poignet gauche** ainsi qu'une fracture de la **tête humérale droite** suite à une chute de 6 pieds.

En 2012, il avait subi une fracture du **poignet gauche** à la suite d'une chute en ski avec limitation résiduelle de la dorsi-flexion à 40° (perte de 20°) ce qui représente un **DAP de 1 %**.

À la suite de l'accident de travail de 2024, pour les séquelles à l'**épaule droite un DAP de 2 %** pour perte de flexion antérieure et un **PE 2 %** (cicatrice 4 cm²) ont été évalués. Pour les séquelles au **poignet gauche**, un **DAP de 3 %** pour perte de flexion palmaire, 3% pour perte de dorsi-flexion et un **PE de 2 %** (cicatrice 2 cm²) ont été retenus.

Quel est le bilan des séquelles à retenir en 2012 ?

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

78

CNESST

78

M. C.-L.

Séquelles actuelles
 DAP
 104924 Perte de 60° flexion antérieure épaule droite 2 %
 106209 Perte de 60° dorsi-flexion poignet gauche 3 %
 106245 Perte de 70° flexion palmaire poignet gauche 3 %
 PE
 224233 Cicatrice vicieuse de 4 cm² épaule droite 2 %
 224251 Cicatrice vicieuse de 2 cm² poignet gauche 2 %

Séquelles antérieures
 DAP
 106183 Perte de 20° dorsi-flexion poignet gauche 1 %

Autres déficits reliés à la bilatéralité
 Aucun

Quelle est la bilatéralité applicable ?

Direction de l'accès au régime
 et des services médicaux

CNESST

79

Bil actuelle 2024 - Bil antérieure 2012 = Δ Bilatéralité

Membres supérieurs

Membres inférieurs

80

Bil actuelle 2024 - Bil antérieure 2012 = Δ Bilatéralité

Membres supérieurs

Membres inférieurs

0%

0%

1%

81

Bil actuelle 2024 - Bil antérieure 2012 = Δ Bilatéralité

Membres supérieurs

Membres inférieurs

2%

2%

3%

3%

0%

1%

2%

82

RÈGLES PARTICULIÈRES DU SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE

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

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

Direction de l'accès au régime
 et des services médicaux

CNESST

83

CODE % DAP

TABLEAU 8

ANKYLOSES PERMANENTES DU GENU

A. COMPLÈTE

106708 Ankylose complète du genou en légère flexion de 10° avec ou sans pallestectomie, sans varus, ni valgus, incluant le raccourcissement réel de 3 cm ou moins ainsi que l'atrophie musculaire permanente et secondaire de la cuisse 20

Pour faciliter l'application de la règle particulière numéro 5 du chapitre 1, les pourcentages additionnels de déficits anatomo-physiologiques ont été calculés; ils apparaissent ci-dessous et sont précédés de leur code spécifique.

106717	épanchement	10%	2
106726	infection chronique	15%	3
106735	pseudarthrose	25%	5

Page 87

Direction de l'accès au régime
 et des services médicaux

CNESST

84

DÉTERMINATION DU DAP POUR LE SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE

Dans le cas du système musculo-squelettique, la **détermination d'un DAP** comprend la recherche :

- a) **De séquelles anatomiques ou chirurgicales :**
 - Amputations
 - Résection (ménisectomie, discoïdectomie, etc.)
 - Fractures
 - Déchirure, rupture
 - Luxations
 - Prothèse articulaire
 - Entorses
 - Fusion vertébrale
- b) **Des conséquences physiologiques de ces atteintes anatomiques :**
 - Ankyloses
 - Atrophies musculaires permanentes
 - Instabilités articulaires
 - Atteintes neurologiques motrices ou sensibles

Direction de l'accès au régime et des services médicaux **CNESST**

85

ATTEINTE PERMANENTE PAR ANALOGIE : ARTICLE 84

- Si un préjudice corporel n'est pas mentionné dans le barème, le % qui y correspond est établi d'après les **préjudices corporels qui y sont mentionnés et qui sont du même genre**
- **Exemple de dommage corporel établi par analogie :**
atteinte des nerfs digitaux (non mentionné au barème) évaluée selon

↓

Tableau des ankyloses permanentes du pouce et des doigts (tableau F, page 30, du règlement annoté sur le barème)

Direction de l'accès au régime et des services médicaux **CNESST**

86

ATTEINTE PERMANENTE PAR ANALOGIE : ARTICLE 84

TABLEAU F ANKYLOSES PERMANENTES DU POUCE ET DES DOIGTS

	Ankylose en position de flexion			Ankylose en position de flexion			Ankylose en position de flexion			
	CO22	9,40F	CO23	9,40F	CO24	9,40F	CO25	9,40F	CO26	9,40F
Pouce										
Traumatisme organique	101918	0,5	102061	1,5	102213	3				
Méso-arthralgie organique	101927	1,5	102070	2,5	102221	5				
Isarthralgie organique	101936	1,5	102085	5	102230	10				
Doigts										
Méso-arthralgie organique	101945	0,5	102098	0,5	102249	1	107827	1,5	107949	2
Isarthralgie organique post-tru-	101954	1,5	102105	1	102258	2	107837	3	107958	4
Isarthralgie organique tru-	101963	1,5	102114	1	102267	2	107841	3	107967	4

Direction de l'accès au régime et des services médicaux **CNESST**

87

CALCUL DE L'APIPP : ÉQUATION GÉNÉRALE DE BASE, ARTICLE 83

APIPP = [DAP * + DPJV] + [PE + DPJV]

*** INCLUANT LE % DAP POUR BILATÉRALITÉ**

APIPP = [(DAP + BIL) + DPJV] + [PE + DPJV]

Les calculs relatifs à la fixation du % des préjudices corporels sont effectués en tenant compte des **deux premières décimales** (note 4 à la page 3)

Direction de l'accès au régime et des services médicaux **CNESST**

88

MME J.-L.

Journalière de 27 ans, employée dans une carrière.
Traumatisme important au genou gauche avec fracture de la cheville droite et plaies multiples aux membres inférieurs à la suite d'un éboulis.

Bilan des séquelles établi :

DAP : 20%
Bil : 10%
PE : 20%

Quel sera le pourcentage d'APIPP ?

Direction de l'accès au régime et des services médicaux **CNESST**

89

MME J.-L.

APIPP = [(DAP + BIL) + DPJV] + [PE + DPJV]

APIPP = [(20% + 10%) + 7,5%] + [20% + 4%] = 61,5%

et non

APIPP = [(DAP + BIL) + PE] + [DPJV]

APIPP = [(20% + 10%) + 20%] + [17,5%] = 67,5%

Δ 6%

Direction de l'accès au régime et des services médicaux **CNESST**


90

CALCUL DE MONTANT FORFAITAIRE : ARTICLE 84

Indemnité pour préjudice corporel (IPC) ou «montant forfaitaire»

Cette indemnité est calculée en multipliant le % d'APIPP par le montant prévu en fonction de l'âge à la manifestation de la lésion professionnelle

Direction de l'accès au régime et des services médicaux




91

CALCUL DE MONTANT FORFAITAIRE

Année 2025

Age	Montant	Age	Montant	Age	Montant	Age	Montant	Age	Montant
18 ans et moins	133 254,00 \$	28	119 172,00 \$	38	104 980,00 \$	48	90 803,00 \$	58	76 656,00 \$
19	131 838,00 \$	29	117 753,00 \$	39	103 564,00 \$	49	89 382,00 \$	59	75 190,00 \$
20	130 518,00 \$	30	116 333,00 \$	40	102 131,00 \$	50	87 960,00 \$	60	73 771,00 \$
21	129 190,00 \$	31	114 911,00 \$	41	100 700,00 \$	51	86 543,00 \$	61	72 347,00 \$
22	127 879,00 \$	32	113 484,00 \$	42	99 269,00 \$	52	85 118,00 \$	62	70 924,00 \$
23	126 565,00 \$	33	112 077,00 \$	43	97 832,00 \$	53	83 699,00 \$	63	69 514,00 \$
24	124 946,00 \$	34	110 657,00 \$	44	96 423,00 \$	54	82 280,00 \$	64	68 095,00 \$
25	123 428,00 \$	35	109 468,00 \$	45	95 051,00 \$	55	80 863,00 \$	65 ans et plus	66 581,00 \$
26	122 011,00 \$	36	107 821,00 \$	46	93 636,00 \$	56	79 442,00 \$		
27	120 592,00 \$	37	106 401,00 \$	47	92 090,00 \$	57	78 027,00 \$		

Direction de l'accès au régime et des services médicaux



92

CALCUL DE MONTANT FORFAITAIRE

Le montant forfaitaire est versé au travailleur lorsque la décision est finale, c'est-à-dire lorsque le délai de contestation est échu

Direction de l'accès au régime et des services médicaux



93

CALCUL DE MONTANT FORFAITAIRE

Quelle sera le montant forfaitaire à verser à Mme Jetté-Lapierre si elle avait 27 ans au moment de l'événement d'origine ?

Direction de l'accès au régime et des services médicaux




94

CALCUL DE MONTANT FORFAITAIRE

27 ans : 120 592,00 \$ X 61,5 % = 74 164,08 \$

Direction de l'accès au régime et des services médicaux




95

CALCUL DE MONTANT FORFAITAIRE : INDEMNITÉ MINIMALE DAP, ARTICLE 86

Date arrivée en régime	Montant minimum
2020-01-01	1 233,00 \$
2024-01-01	1 299,00 \$
2023-01-01	1 244,00 \$
2022-01-01	1 168,00 \$
2021-01-01	1 137,00 \$
2020-01-01	1 106,00 \$
2019-01-01	1 105,00 \$
2018-01-01	1 080,00 \$
2017-01-01	1 064,00 \$
2016-01-01	1 049,00 \$
2015-01-01	1 037,00 \$
2014-01-01	1 019,00 \$
2013-01-01	1 010,00 \$
2012-01-01	992,00 \$

En 2025, le montant ne peut être inférieur à 1333 \$
Cette règle ne s'applique pas au PE ni au DPJV

Direction de l'accès au régime et des services médicaux



96

CALCUL DE MONTANT FORTAIRE : APIPP > 100%, ARTICLE 87

- Si un travailleur a subi en raison d'un même accident de travail ou d'une même maladie professionnelle, plusieurs atteintes, le % de l'atteinte permanente s'établit en **additionnant** les % prévus de chacune des atteintes
- Si le total des % excède 100 %, le travailleur reçoit outre l'indemnité prévue à l'article 84, une somme **égale à 25 % du montant de l'indemnité déterminée sur la base du % excédentaire**

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

97

CNESST

97

M. R.-L.

Conducteur de train, victime d'un déraillement.
Il a subi de multiples fractures à l'hémi-corps gauche.

Le bilan des séquelles suivant établi :

- DAP 64%
- PE 40%
- BIL 0%

Quel pourcentage final d'APIPP correspond à ce bilan ?

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

98

CNESST

98

M. R.-L.

$$\text{APIPP} = [(\text{DAP} + \text{BIL}) + \text{DPJV}] + [\text{PE} + \text{DPJV}]$$

$$\begin{aligned} \text{APIPP} &= [(64\% + 0\%) + 28,8\%] + [40\% + 12\%] \\ \text{APIPP} &= [92,8\%] + [52\%] \\ \text{APIPP} &= [144,8\%] \\ \text{APIPP} &= 100\% + 44,8\% / 4 = 111,2\% \end{aligned}$$

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

99

CNESST

99

CALCUL DU MONTANT FORTAIRE : INTÉRÊTS, ARTICLE 90

La Commission verse au travailleur des intérêts sur le montant forfaitaire (IPC) **à compter de la date de la réclamation** faite pour la lésion professionnelle qui a causé l'APIPP

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

100

CNESST

100

ÉVALUATION PROVISOIRE DE L'ATTEINTE PERMANENTE : ARTICLE 88

- Selon l'**article 203** de la LATMP, le professionnel de la santé qui a charge doit produire le rapport d'évaluation médicale (REM) **dès que** la lésion professionnelle est consolidée
- Cependant, si **2 ans** après la manifestation de la lésion, il est **médicalement impossible** de déterminer toutes les séquelles de cette lésion, le professionnel de la santé qui a charge, à la demande de la CNESST, effectue une **«évaluation provisoire» des séquelles permanentes actuelles**, c'est-à-dire, celles dont aucune amélioration n'est prévisible
- À la consolidation de la lésion, le PSQAC produira à nouveau un REM afin de **finaliser l'évaluation de l'APIPP**

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

101

CNESST

101

INDEMNITÉ POUR PRÉJUDICE CORPOREL : ARTICLE 91

- Cet article prévoit que l'IPC n'est pas payable en cas de décès du T. Toutefois, cette indemnité est payable si les 3 conditions suivantes sont rencontrées :

- le T a fait une réclamation pour sa lésion professionnelle avant son décès
- il est médicalement possible de déterminer une séquelle de sa lésion
- la CNESST peut établir le montant de l'IPC

- La CNESST considère que le T peut avoir droit à cette indemnité si un tiers a déposé une réclamation en son nom alors qu'il était toujours vivant mais dans l'impossibilité d'agir (ex. : coma ou aux soins intensifs jusqu'à son décès)

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

102

CNESST

102

INDEMNITÉ POUR PRÉJUDICE CORPOREL : ARTICLE 91

- 1) Un T chute d'un 3^e étage d'un édifice. Il subit de multiples fractures du crâne et du massif facial avec hémorragie interne. Son décès est constaté sur les lieux de l'accident.
- 2) Un T chute d'un 3^e étage d'un édifice. Il subit de multiples fractures du crâne et du massif facial avec hémorragie interne. Décès 1 an plus tard suite aux complications de ses lésions professionnelles et ce, avant la consolidation.
- 3) Un T chute d'un 3^e étage d'un édifice. Il subit de multiples fractures du crâne et du massif facial avec hémorragie interne. Il décède 1 an plus tard à la suite d'un accident de VTT alors que sa condition n'est pas consolidée.

Est-ce que l'indemnité pour préjudice corporel est payable ?

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

103

CNESST

103

INDEMNITÉ POUR PRÉJUDICE CORPOREL : ARTICLE 91

- 1) Un T chute d'un 3^e étage d'un édifice. Il subit de multiples fractures du crâne et du massif facial avec hémorragie interne. Son décès est constaté sur les lieux de l'accident.
 - L'indemnité pour préjudice corporel (IPC) n'est pas payable car pas de réclamation avant le décès
 - Dans ce cas, ce sont les **indemnités de décès** qui s'appliquent

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

104

CNESST

104

INDEMNITÉ POUR PRÉJUDICE CORPOREL : ARTICLE 91

- 2) Un T chute d'un 3^e étage d'un édifice. Il subit de multiples fractures du crâne et du massif facial avec hémorragie interne. Décès 1 an plus tard suite aux complications de ses lésions professionnelles et ce, avant la consolidation.
 - Les indemnités de décès et l'indemnité pour préjudice corporel sont payables car la réclamation a été faite avant le décès du travailleur
 - L'évaluation sur dossier est effectuée par le professionnel de la santé qui a charge

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

105

CNESST

105

INDEMNITÉ POUR PRÉJUDICE CORPOREL : ARTICLE 91

- 3) Un T chute d'un 3^e étage d'un édifice. Il subit de multiples fractures du crâne et du massif facial avec hémorragie interne. Il décède 1 an plus tard à la suite d'un accident de VTT alors que sa condition n'est pas consolidée.

Si le travailleur décède d'une **cause étrangère** à sa lésion professionnelle et qu'à la date de son décès, il était médicalement possible de déterminer une séquelle de sa lésion, la Commission estime (évaluation sur dossier) le montant de l'indemnité qu'elle aurait probablement accordé

 - Évaluation de l'indemnité pour préjudice corporel sur dossier car réclamation faite avant le décès du travailleur
 - L'évaluation sur dossier est effectuée par le professionnel de la santé qui a charge

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

106

CNESST

106

CONFORMITÉ DU BILAN DES SÉQUELLES : RÔLE DU MÉDECIN-CONSEIL

- Conformité du bilan en relation avec la(les) lésion(s) professionnelle(s) retenue(s) au présent dossier pour l'É.O ou la présente RRA, le cas échéant (relation entre les séquelles et le siège de la lésion professionnelle)
- Application des règles générales et particulières du Règlement annoté sur le barème des dommages corporels
- Conformité du % versus les séquelles identifiées et objectivées à l'examen physique (point 5 du REM)

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

107

CNESST

107

CONFORMITÉ DU BILAN DES SÉQUELLES : RÔLE DU MÉDECIN-CONSEIL

- Conformité du bilan des séquelles antérieures, et traduites selon le Règlement annoté du barème des dommages corporels en vigueur depuis le 1^{er} octobre 1987 en cas de RRA d'un dossier LAT, s'il y a lieu
- Vérification des séquelles antérieures au navigateur
- Conformité du calcul de la bilatéralité, s'il y a lieu

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

108

CNESST

108

CONFORMITÉ DU BILAN DES SÉQUELLES : RÔLE DU MÉDECIN-CONSEIL

Si le médecin-conseil juge que le bilan des séquelles est insatisfaisant :

- Le médecin-conseil peut effectuer lui-même les corrections de code ou de pourcentage lorsqu'il s'agit d'une erreur de transcription ou corriger les séquelles antérieures et actuelles si différentes de celles déjà reconnues et en aviser le professionnel qui a produit le rapport
- Le médecin-conseil peut effectuer lui-même les corrections dites d'application du barème, et en informer le professionnel de la santé ayant produit le rapport s'il s'agit d'un REM ou donner les explications et demander des corrections à l'expert ou au membre du BEM
- En cas de corrections souhaitées dites d'interprétation du barème, une demande de correction doit être envoyée au professionnel de la santé ayant produit le rapport

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 109

CNESST

109

CONFORMITÉ DU BILAN DES SÉQUELLES : RÔLE DU MÉDECIN-CONSEIL

Si le médecin-conseil juge que le bilan des séquelles est insatisfaisant :

- Si des précisions et/ou des corrections s'avèrent nécessaires pour le bilan des séquelles et que vous devez écrire au professionnel de la santé évaluateur, **il faut être clair, précis et non directif dans cet échange**
- Si le résultat de son intervention est non concluant, le médecin-conseil en discute au besoin les impacts avec l'intervenant au dossier et procède, s'il y a lieu, à la démarche qu'il juge la plus pertinente dans le contexte

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 110

CNESST

110

CONFORMITÉ DU BILAN DES SÉQUELLES : PRATIQUE MÉDICO-ADMINISTRATIVE

- Plaquette sur le site médical dans HCL Notes :
- Cliquer sur « Banque de connaissances » :
- Ouvrir onglet « Pratique médico-administrative » :
- Sujet « Correction au bilan des séquelles »

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 111

CNESST

111

Correction au bilan des séquelles

INCIDENT	ORIGINE	ARTICLE 9	APPLI ET 9026
Taux de transcription du code et du %	Erreur et omission	1026	Erreur et omission
Séquelles antérieures et actuelles, généralement celles déjà acceptées	Erreur et omission	1026 et % (1026 et %), 9026	Erreur et omission
Statut des décisions	Erreur et omission	1026 et 9026	Erreur et omission
Statut des prescriptions	Erreur et omission	1026	Erreur et omission
DAP ou PE non codés à l'origine (% vide, accepté)	Erreur et omission	1026, articles 9 et 9026	Erreur et omission
DAP ou PE acceptés selon l'origine	Erreur et omission	1026, 9026	Erreur et omission
Application du barème et superposition de barèmes	Erreur et omission	1026, 9026	Erreur et omission
Séquelles antérieures, généralement (sub)matrice acceptées	Erreur et omission	1026, 9026	Erreur et omission
Matrice dite (partielle) acceptée	Erreur et omission	1026	Erreur et omission
Contratilité, anégalité, superposition entre le bilan et l'expertise	Erreur et omission	1026	Erreur et omission
Bilan des séquelles ne correspond pas à l'expertise	Erreur et omission	1026	Erreur et omission
DAP ou PE non acceptables selon le statut de la blessure ou l'origine	Erreur et omission	1026	Erreur et omission
DAP ou PE acceptés sans acceptation	Erreur et omission	1026	Erreur et omission
Relevé diagnostique	Erreur et omission	1026	Erreur et omission
Relevé diagnostique par médecin spécialiste demandé par l'agent	Erreur et omission	1026	Erreur et omission

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 112

CNESST

112

RÉSUMÉ DU BILAN DES SÉQUELLES À LA NOTE OSI

Pour permettre à l'agent de calculer l'APIPP, le médecin-conseil devrait résumer la conformité du bilan des séquelles à sa note OSI de la façon suivante :

DAP actuel :
 DAP antérieur :
 PE actuel :
 PE antérieur :
 Bilatéralité actuelle :
 Bilatéralité antérieure :

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 113

CNESST

113

VÉRIFICATION DES ATTEINTES PERMANENTES ANTÉRIEURES AU NAVIGATEUR

Avec la participation du Dr Jean Gauthier, coordonnateur médical de la DGAR

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 114

CNESST

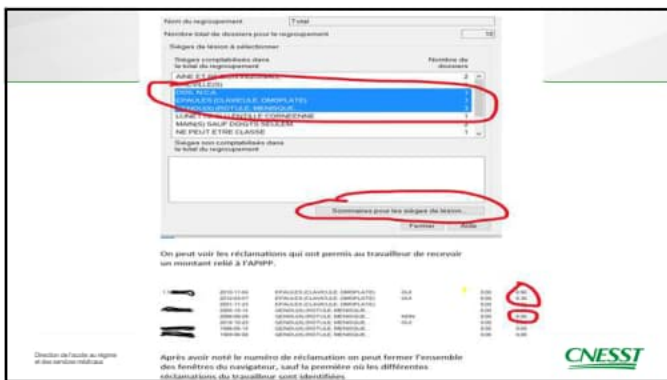
114



115



116



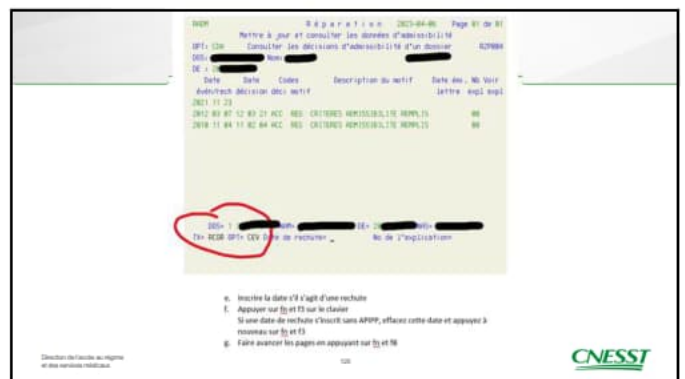
117



118



119



120

NOM : [REDACTED] R E F A R T I O N : 2025-04-05 PAGE 03 DE 03
 MAJ ET CONSULTER LES DONNEES S'INDIQUENT POUR DONNEES CORRIGEES
 OPT : [REDACTED] CONSULTER LES ECLAIRCISS. DES DONNEES CORRIGEES MAP100
 [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]
 NO FORMULAIRE : P - [REDACTED] FORM. A REMPLIR : [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]
 SER. SER. INT. ACCORD. [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]
 ACT. VENE DOL. INT. DOL. [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]

	UNIQUE	UNCL	UNIT	DEBILLE
1	181	2,00	18200	18200
2	182	2,00	18200	18200
3	183	2,00	18200	18200
4	184	2,00	18200	18200
5	185			
6	186			
7	187			
8	188			
9	189			
10	190			

NIVEAU NUMERO DE FORMULAIRE : [REDACTED]
 [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]
 [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]

[400 L'EVENEMENT AFFICHE N'EST PAS LE PLUS RECENT -
 [400 FIN DES DONNEES A AFFICHER.

h. Retour en arrière en appuyant sur et F9

Direction de l'accès au régime
 et des services médicaux

CNESST

121

Direction de l'accès au régime
 et des services médicaux

CNESST

122

RÈGLEMENT ANNOTÉ SUR LE BARÈME DES DOMMAGES CORPORELS

LE MEMBRE SUPÉRIEUR

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux
Janvier

Direction des services, du travail,
de la sécurité et de la santé au travail
cnesst.gouv.fr




1

OBJECTIFS

À la fin de cette formation, vous serez en mesure de :

- Identifier les principaux déficits anatomo-physiologiques prévus au barème en lien avec les atteintes permanentes du membre supérieur
- Reconnaître les situations particulières relatives aux atteintes permanentes du membre supérieur

Direction des services, du travail,
de la sécurité et de la santé au travail



2

ATTEINTE PERMANENTE DES TISSUS MOUS DU MEMBRE SUPÉRIEUR

c) ATTEINTE DES TISSUS MOUS (MEMBRE SUPÉRIEUR)


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

102365	■ sans séquelle fonctionnelle, ni changement radiologique	0
102374	■ sans séquelle fonctionnelle, mais avec changements radiologiques	1
102383	■ avec séquelles fonctionnelles	2

de plus, se référer au tableau des **ankyloses** de la ou des articulations atteintes ainsi qu'au tableau 5 des **atrophies du membre supérieur**

dap

Page 32




3

ATROPHIE MUSCULAIRE PERMANENTE DU MEMBRE SUPÉRIEUR

TABLEAU 5
ATROPHIE MUSCULAIRE PERMANENTE DU MEMBRE SUPÉRIEUR

106272	Atrophie musculaire permanente, de 3 cm et plus, mesurée à la partie moyenne du bras, incluant la faiblesse musculaire qui pourrait en résulter	3,5
106281	Atrophie musculaire permanente de 2 cm et plus, mesurée au tiers supérieur de l'avant-bras, incluant la faiblesse musculaire qui pourrait en résulter	2,5

Page 61




4

SÉQUELLES FONCTIONNELLES

- Diminution objectivée de la fonction d'une structure anatomique, sans égard au maintien ou à l'altération de la substance de cette structure.
- Cette diminution objectivée de la fonction des tissus mous d'un membre peut être, notamment :
 - une **instabilité** (à moins que cette instabilité soit déjà prévue au barème comme au tableau 9 des instabilités du genou);
 - une **faiblesse aux mouvements résistés**;
 - une **ankylose**;
 - une **manœuvre spécifique positive**.

Direction des services, du travail,
de la sécurité et de la santé au travail




5

ATROPHIE DES TISSUS MOUS

- Une **atrophie des tissus mous d'un membre** qui ne cause pas une diminution de la fonction de ce membre **n'est pas considérée comme une séquelle fonctionnelle**.

Direction des services, du travail,
de la sécurité et de la santé au travail



6

MME D.-F.

T de 41 ans, sans antécédent. Elle présente une tendinite de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite consolidée avec atteinte permanente sans limitation fonctionnelle.

Lors du REM réalisé 1 an après l'événement d'origine, aucune plainte subjective.

Une atrophie musculaire de 1 cm est mesurée à la partie moyenne du bras droit. L'examen objectif est normal par ailleurs. L'imagerie réalisée est négative.

Le bilan des séquelles suivant vous est soumis pour validation :

7

MME D.-F.

Séquelles actuelles :

102383 atteinte permanente des tissus mous du membre supérieur droit avec séquelles fonctionnelles 2 %

Séquelles antérieures :

Aucune

Autres déficits reliés à la bilatéralité :

Aucun

Bilan des séquelles conforme ?

8

ATTEINTE PERMANENTE DES TISSUS MOUS DU MEMBRE SUPÉRIEUR

c) ATTEINTE DES TISSUS MOUS (MEMBRE SUPÉRIEUR)

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

102365	■ sans séquelle fonctionnelle, ni changement radiologique	0
102374	■ sans séquelle fonctionnelle, mais avec changements radiologiques	1
102383	■ avec séquelles fonctionnelles de plus, se référer au tableau des ankyloses de la ou des articulations atteintes ainsi qu'au tableau 5 des atrophies du membre supérieur	2 dap

Page 32

9

ATROPHIE MUSCULAIRE PERMANENTE DU MEMBRE SUPÉRIEUR

TABLEAU 5

ATROPHIE MUSCULAIRE PERMANENTE DU MEMBRE SUPÉRIEUR

106272	Atrophie musculaire permanente, de 3 cm et plus, mesurée à la partie moyenne du bras, incluant la faiblesse musculaire qui pourrait en résulter	3,5
106281	Atrophie musculaire permanente de 2 cm et plus, mesurée au tiers supérieur de l'avant-bras, incluant la faiblesse musculaire qui pourrait en résulter	2,5

Page 81

10

SÉQUELLES FONCTIONNELLES

- Diminution objectivée de la fonction d'une structure anatomique, sans égard au maintien ou à l'altération de la substance de cette structure.
- Cette diminution objectivée de la fonction des tissus mous d'un membre peut être, notamment :
 - une instabilité (à moins que cette instabilité soit déjà prévue au barème comme au tableau 9 des instabilités du genou);
 - une faiblesse aux mouvements résistés;
 - une ankylose;
 - une manœuvre spécifique positive.

11


ATROPHIE DES TISSUS MOUS

- Une atrophie des tissus mous d'un membre qui ne cause pas une diminution de la fonction de ce membre n'est pas considérée comme une séquelle fonctionnelle.

12

MME D.-F.


Non conforme	Conforme
Séquelles actuelles : 102383 atteinte permanente des tissus mous du membre supérieur droit avec séquelles fonctionnelles 2 %	Séquelles actuelles : 102365 atteinte permanente des tissus mous du membre supérieur droit sans séquelle fonctionnelle, ni changement radiologique 0 %
Séquelles antérieures : Aucune	Séquelles antérieures : Aucune
Autres déficits reliés à la bilatéralité : Aucun	Autres déficits reliés à la bilatéralité : Aucun

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 13 

13

MME D.-F.

- Le code 102383 pour une atteinte des tissus mous du membre supérieur droit avec séquelles fonctionnelles pour un DAP de 2% n'est pas justifié car **aucune diminution objectivée de la fonction**
- Le code 102365 pour une **atteinte permanente des tissus mous** du membre supérieur droit **sans séquelle fonctionnelle**, ni changement radiologique pour un DAP de 0 % s'applique.
- Aussi, tel que prévu au barème, nous référons au **tableau 5 des atrophies musculaires** du membre supérieur car l'atrophie musculaire décrite correspondant à ce tableau. Étant donné la mesure objectivée, **pas de code supplémentaire applicable.**

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 13 

14


MME L.-D.

T de 37 ans qui présente une tendinite de l'épaule droite consolidée avec atteinte permanente sans limitation fonctionnelle.

Lors du REM réalisé 9 mois après l'événement d'origine, aucune plainte subjective.

L'examen objectif est normal à l'exception d'une petite atrophie du sus-épineux. L'IRM de l'épaule est dans les limites de la normale.

Le bilan des séquelles suivant vous est soumis pour validation :

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 15 

15


MME L.-D.

Séquelles actuelles :
 102383 atteinte permanente des tissus mous du membre supérieur droit avec séquelle fonctionnelle 2 %

Séquelles antérieures :
 Aucune

Autres déficits reliés à la bilatéralité :
 Aucun


Bilan des séquelles conforme ?

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 16 

16

MME L.-D.

Non conforme	Conforme
Séquelles actuelles : 102383 atteinte permanente des tissus mous du membre supérieur droit avec séquelle fonctionnelle 2 %	Séquelles actuelles : 102365 atteinte permanente des tissus mous du membre supérieur droit sans séquelle fonctionnelle, ni changement radiologique 0%
Séquelles antérieures : Aucune	Séquelles antérieures : Aucune
Autres déficits reliés à la bilatéralité : Aucun	Autres déficits reliés à la bilatéralité : Aucun


Direction de l'accès au régime et des services médicaux 17 

17

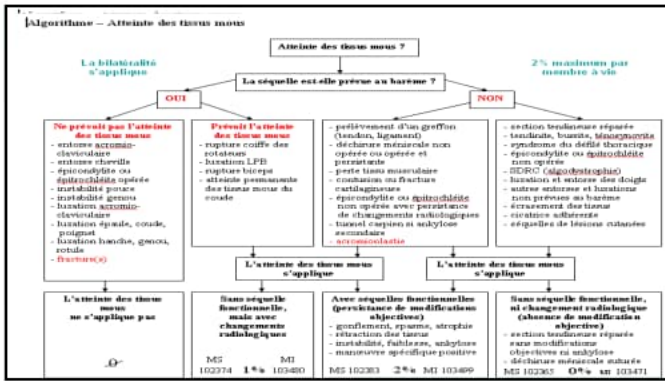
MME L.-D.

Le **code 102365 pour un DAP de 0 %** pour atteinte permanente des tissus mous du membre supérieur droit sans séquelle fonctionnelle, ni changement radiologique est justifié :

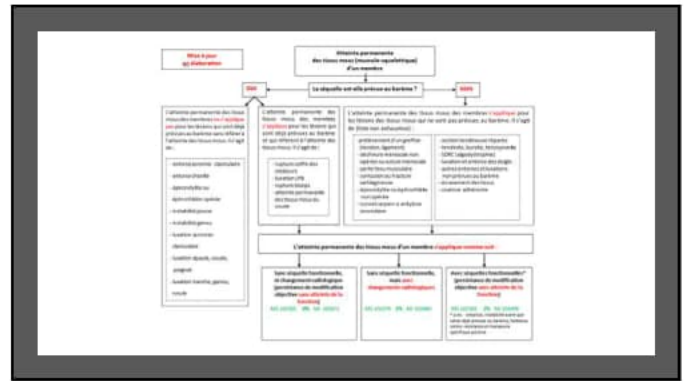
- présence d'une atteinte objective des tissus mous et**
- absence de séquelle fonctionnelle ou de changement radiologique.**

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 18 

18



19



20

PRINCIPES GÉNÉRAUX : ATTEINTE PERMANENTE DES TISSUS MOUS

1) Le travailleur peut se voir octroyer un code pour une **atteinte permanente des tissus mous des membres** supérieurs ou inférieurs (pages 32 et 44 du barème) lorsqu'il conserve une telle atteinte et que **cette atteinte ne peut être assimilée à aucune autre séquelle prévue ailleurs au barème**.

Bien que prévues au barème, une **ankylose** de l'articulation atteinte ou une **atrophie musculaire** du membre atteint n'empêchent pas l'octroi d'une atteinte permanente des tissus mous des membres.

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

CNESST

21

PRINCIPES GÉNÉRAUX : ATTEINTE PERMANENTE DES TISSUS MOUS

2) Malgré le principe établi en 1), le travailleur peut se voir octroyer un code pour une atteinte permanente des tissus mous des membres même lorsqu'il conserve une séquelle pour laquelle un code est prévu ailleurs au barème, si ce code renvoie expressément à l'évaluation des tissus mous.

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

CNESST

22

PRINCIPES GÉNÉRAUX : ATTEINTE PERMANENTE DES TISSUS MOUS

3) Le T est réputé conserver des **séquelles fonctionnelles** (code 102383 ou 103499 pour un DAP 2%) lorsque le professionnel de la santé évaluateur constate une **diminution objective de la fonction** d'une structure anatomique qualifiée de « tissu mou d'un membre », **sans égard au maintien ou à l'altération de la substance de cette structure**.

Cette diminution objective de la fonction des tissus mous d'un membre peut être, notamment :

- une **instabilité** (à moins que cette instabilité soit déjà prévue au barème comme au tableau 9 des instabilités du genou);
- une **faiblesse** aux mouvements résistés;
- une **ankylose**;
- ou une **manœuvre spécifique positive**.

Également, en présence d'**ankylose** ou d'**atrophie musculaire**, se référer aux tableaux correspondants en plus de l'atteinte des tissus mous des membres avec séquelles fonctionnelles.

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

CNESST

23

M. B.

Émondeur qui a subi un traumatisme à l'avant-bras gauche avec des contusions et un écrasement musculaire. Il demeure avec de la douleur, une perte de force de préhension et une atrophie de 1.5 cm de l'avant-bras. Les mouvements des articulations des membres supérieurs sont normaux.

Quel est le bilan des séquelles à retenir ?

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

CNESST

24

M. B.**Séquelles actuelles :**

102383 atteinte des tissus mous du membre supérieur gauche
avec séquelles fonctionnelles 2%

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

25

25

MME L-C

Professeure de 47 ans qui a fait une chute sur un livre laissé par terre par un de ses élèves.
Elle a présenté une fracture de la clavicule gauche avec ankylose résiduelle de 15° en abduction de l'épaule gauche.
La mobilité de l'épaule droite est normale alors que l'abduction est mesurée à 180° de ce côté.

Le PSQAC vous appelle pour connaître les codes du barème qui pourraient être applicables.

Que lui répondez-vous ?

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

26

26

MME L-C**Séquelles actuelles :**

104808 abduction épaule gauche à 165° 1%

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

27

27

PARTICULARITÉS DU BARÈME

Plusieurs lésions avec code applicable pour atteinte sans séquelle fonctionnelle alors qu'aucun code spécifique n'est prévu pour une atteinte avec séquelles fonctionnelles :

CODE	% DAP
b) FRACTURE, LUXATION, ENTORSE	
1. Clavicule, omoplate	
I. Fracture consolidée	
100000	0
<ul style="list-style-type: none"> ■ sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique ■ avec séquelles fonctionnelles se référer au tableau 2 des ankyloses de l'épaule ou à ceux des autres articulations atteintes 	dap

Page 8

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

28

28

SYNDROME DU TUNNEL CARPIEN

CODE	% DAP
ix. Tunnel carpien avec ou sans décompression	
100517	0
<ul style="list-style-type: none"> ■ sans séquelle fonctionnelle, ni changement électromyographique 	
100526	1
<ul style="list-style-type: none"> ■ sans séquelle fonctionnelle mais avec changements électromyographiques ■ avec séquelles fonctionnelles se référer au chapitre IV sur le système nerveux périphérique pour les pertes sensitives ou motrices de la main 	dap

Pages 13-14

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

29

29

MME A-C

T de 28 ans, hygiéniste dentaire, droitière.
Elle a été opérée pour un tunnel carpien **bilatéral**.
Un électromyogramme (EMG) avait été fait avant la chirurgie et était anormal des deux côtés.
Un autre EMG a été refait à **droite** 6 mois après l'intervention, en raison de symptômes persistants, mais il s'est avéré **normal**.

Le DAP pour tunnel carpien sans séquelle fonctionnelle mais avec changements électromyographiques peut-il être accordé :

À gauche ?
À droite ?
Des deux côtés ?

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

30

30

SYNDROME DU TUNNEL CARPIEN

Position retenue :

- Le code 100526 pour un tunnel carpien avec changements électromyographiques **ne nécessite pas que ces changements soient présents après le traitement**
- L'EMG n'est normalement pas requis après le traitement. On peut donc accorder le **DAP de 1 % si un EMG a confirmé le diagnostic de tunnel carpien, même s'il redevient normal par la suite**
- Pas de DAP pendant en l'absence d'EMG pour confirmer ce diagnostic**

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

31

31

MME L.

Un PSQAC évalue cette caissière opérée pour un tunnel carpien droit. Un électromyogramme (EMG) avait été fait avant la chirurgie et était anormal. L'examen clinique est sans particularité, sauf pour une **perte de 10 degrés d'extension du poignet**.

Le PSQAC dresse son bilan des séquelles ainsi:

Séquelles actuelles

100526 Tunnel carpien opéré avec changements électromyographiques DAP 1 %

100183 Perte de 10° d'extension DAP 1 %

Séquelles antérieures

Nil

Autres déficits reliés à la bilatéralité

Nil

Ce bilan est-il conforme au barème?

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

32

32

SYNDROME DU TUNNEL CARPIEN

CODE	% DAP
ix. Tunnel carpien avec ou sans décompression	
100517 ■ sans séquelle fonctionnelle, ni changement électromyographique	0
100526 ■ sans séquelle fonctionnelle mais avec changements électromyographiques ➔ ■ avec séquelles fonctionnelles se référer au chapitre IV sur le système nerveux périphérique pour les pertes sensitives ou motrices de la main	1

dap Pages 13-14

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

33

33

SYNDROME DU TUNNEL CARPIEN AVEC ANKYLOSES

Position retenue :

En présence d'une ankylose du poignet secondaire à un syndrome du tunnel carpien par atteinte des tissus mous en raison des conséquences de la chirurgie ou en raison de l'immobilisation, la position retenue est de se référer aux règles d'attribution de l'atteinte permanente des tissus mous du membre supérieur pour l'indemnisation d'une telle condition. Le code 102383 pour un DAP de 2% s'applique alors en plus des pourcentages prévus au barème pour les ankyloses du poignet.

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

34

34

SYNDROME DU TUNNEL CARPIEN AVEC ANKYLOSES

Position retenue :

- De plus, en présence d'ankyloses du poignet et d'un EMG positif et en l'absence de séquelles neurologiques, le code 100526 pour un DAP de 1% pour un syndrome du tunnel carpien sans séquelle fonctionnelle mais avec changements électromyographiques peut alors être retenu en plus du code 102383 pour atteinte des tissus mous du membre supérieur avec séquelles fonctionnelles et des codes pour ankyloses du poignet.
- Toutefois, en présence de séquelles fonctionnelles neurologiques, le code 100526 ne s'applique pas. Conformément au barème, il faut alors se référer uniquement au chapitre IV sur le système nerveux périphérique pour les pertes sensitives ou motrices de la main pour la détermination de l'atteinte permanente du tunnel carpien.

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

35

35

ATTEINTE DES TISSUS MOUS DU MEMBRE SUPÉRIEUR

CODE	% DAP
c) ATTEINTE DES TISSUS MOUS (membre supérieur)	
Atteinte permanente des tissus mous (musculo-squelettiques) lorsque les séquelles ne sont pas déjà prévues au barème	
102365 ■ sans séquelle fonctionnelle, ni changement radiologique	0
102374 ■ sans séquelle fonctionnelle, mais avec changements radiologiques	1
102383 ■ avec séquelles fonctionnelles de plus, se référer au tableau des ankyloses de la ou des articulations atteintes ainsi qu'au tableau 5 des atrophies du membre supérieur	2

dap Page 32

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

36

36

MME L.

Un PSQAC évalue cette caissière opérée pour un tunnel carpien droit. Un électromyogramme (EMG) avait été fait avant la chirurgie et était anormal. L'examen clinique est sans particularité, sauf pour une **perte de 10 degrés d'extension du poignet**.

Séquelles actuelles

100526 Tunnel carpien opéré avec changements électromyographiques	DAP 1 %
102383 Atteinte des tissus mous	DAP 2%
106183 Perte de 10° d'extension	DAP 1 %

Séquelles antérieures

Nil

Autres déficits reliés à la bilatéralité

Nil

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

27



37

M. D-D

Ce travailleur a subi une épicondylite aux deux coudes. Celle de droite est traitée par chirurgie et celle de gauche n'est pas opérée.

Au moment d'établir le bilan des séquelles, le médecin note que le coude droit demeure douloureux, sans ankylose. À gauche, il y a aussi des douleurs, surtout lors de l'extension du poignet et des doigts contre résistance, mais pas de limitation de mouvements, de gonflement ou d'atrophie.

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

28



38

M. D-D

Le médecin dresse son bilan des séquelles ainsi:

Séquelles actuelles**Coude droit :**

100401 Épicondylite opérée DAP 0 %

Coude gauche :

102383 Atteinte des tissus mous avec séquelles fonctionnelles DAP 2 %

Séquelles antérieures

Nil

Autres déficits reliés à la bilatéralité

Nil

Ce bilan est-il conforme au barème ?

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

29



39

ÉPICONDYLITE OPÉRÉE ET NON OPÉRÉE

- Pour les épicondylites et épitrochléites opérées, le barème indique qu'en présence de séquelles fonctionnelles, on doit se référer au tableau 3 des ankyloses du coude

- Pour les lésions non opérées, il n'y a pas de code prévu au barème :

Peut-on se référer au code 102383 pour une atteinte permanente des tissus mous avec séquelles fonctionnelles ?

Doit-il y avoir des ankyloses pour considérer qu'il s'agit d'une lésion avec séquelles fonctionnelles ?

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

30



40

ÉPICONDYLITE OPÉRÉE ET NON OPÉRÉE

Système musculosquelettique

CODE	% DAP
------	-------

Épicondylite non opérée

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

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

dap

Épicondylite opérée

viii. Épicondylite ou épitrochléite opérée

100401 ■ sans séquelle fonctionnelle 0

■ avec séquelles fonctionnelles

se référer au tableau 3 des ankyloses du coude

dap

Page 12

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

31



41

ÉPICONDYLITE OPÉRÉE ET NON OPÉRÉE**Position retenue :**

- Pour les épicondylites et épitrochléites opérées, seules les ankyloses peuvent donner droit à un DAP

- Dans le cas des lésions non opérées, on peut accorder le DAP pour une atteinte des tissus mous avec séquelles fonctionnelles lorsqu'il y a ankylose, faiblesse aux mouvements résistés ou douleur reproduite par les manœuvres spécifiques

- Ce principe s'applique aux autres lésions des tissus mous qui ne sont pas spécifiquement inscrites au barème

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

32



42

M. D-D


Le médecin dresse son bilan des séquelles ainsi:

Séquelles actuelles
Coude droit :
 100401 Epicondylite opérée DAP 0 %
Coude gauche :
 102383 Atteinte des tissus mous avec séquelles fonctionnelles DAP 2 %

Séquelles antérieures
 Nil

Autres déficits reliés à la bilatéralité
 Nil

Conforme au barème

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 43 


43

ATTEINTE DE LA COIFFE DES ROTATEURS

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

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

dap Page 10

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 44 

44


ATTEINTE DES TISSUS MOUS DU MEMBRE SUPÉRIEUR

Système musculosquelettique

CODF	% DAP
e) ATTEINTE DES TISSUS MOUS (MEMBRE SUPÉRIEUR)	
Atteinte permanente des tissus mous (musculosquelettiques) lorsque les séquelles ne sont pas déjà prévues au barème	
102365	0
102374	1
102383	2

de plus, se référer au tableau des ankyloses de la ou des articulations atteintes ainsi qu'au tableau 5 des atrophies du membre supérieur

dap Page 32

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 45 


45

ANKYLOSES DE L'ÉPAULE

Système musculosquelettique

CODF	% DAP		
K. INCOMPLETE et Abductor			
Incomplet de 0 à 100° incluant les mouvements de Compendium			
	Degrés perdus	Degrés restants	
104701	0	100 (normal)	0
104808	20	80	1
104817	40	60	2
104826	60	40	3
104835	80	20	4
104844	100	0	5
104853	120	0	6
104862	140	0	7
104871	160	0	8
104880	180	0	10

Page 66


Direction de l'accès au régime et des services médicaux 46 

46

M. R-R

Agent de la faune qui a subi une entorse du poignet gauche avec ankyloses résiduelles ainsi qu'une luxation du poignet droit avec ankyloses similaires.

Le médecin qui évalue les séquelles permanentes dresse ainsi le bilan :

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 47 

47


M. R-R

Séquelles actuelles
Poignet gauche (entorse) :
 102383 Atteinte des tissus mous avec séquelles fonctionnelles DAP 2 %
 106236 Flexion palmaire 40 degrés DAP 2 %
Poignet droit (luxation) :
 Luxation du poignet avec séquelles fonctionnelles dap
 106236 Flexion palmaire 40 degrés DAP 2 %

Séquelles antérieures
 Nil

Autres déficits reliés à la bilatéralité
 Nil

Bilan des séquelles conforme ?

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 48 


48

ENTORSE VS LUXATION DU POIGNET

Comme le barème ne prévoit pas de code spécifique pour les entorses (sauf à la cheville), une entorse avec séquelles fonctionnelles justifie l'attribution d'un DAP de 2 % pour une atteinte des tissus mous avec séquelles

Pour une luxation, on ne peut pas le faire puisque le barème indique déjà quelles sont les séquelles indemnissables

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 49



49

ENTORSE VS LUXATION DU POIGNET

iv. Luxation du poignet sans séquelle fonctionnelle

100456

0

12


Système musculo-squelettique

CODE % DAP

avec séquelles fonctionnelles se référer au tableau 4 des arthroses du poignet ou à ceux des autres articulations atteintes

dap

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 50




50

M. R-R

Séquelles actuelles
Poignet gauche (entorse) :
 102383 Atteinte des tissus mous avec séquelles fonctionnelles DAP 2 %
 106236 Flexion palmaire 40 degrés DAP 2 %
Poignet droit (luxation) :
 Luxation du poignet avec séquelles fonctionnelles dap
 106236 Flexion palmaire 40 degrés DAP 2 %
Séquelles antérieures
 Nil
Autres déficits reliés à la bilatéralité
 Nil

Conforme au barème

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 51



51

RÈGLES RELATIVES À L'ÉVALUATION DE LA MAIN

7. Main

Règles relatives à l'évaluation de la main :


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

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

3° Les règles relatives à l'évaluation des amputations partielles ou totales de la main sont fixées en a) et b). Les pourcentages de déficit anatomo-physiologique (DAP) sont fixés aux schémas 1 à 5.

Page 14

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 52



52


RÈGLES RELATIVES À L'ÉVALUATION DE LA MAIN

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

On doit tenir compte de la condition antérieure

Page 14

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 53



53


A				B				C				D				E			
AMPUTATION DE LA PHALANGE				AMPUTATION DE LA PHALANGE				AMPUTATION DE LA PHALANGE				AMPUTATION DE LA PHALANGE				AMPUTATION DE LA PHALANGE			
Code	1° à 2°	3° à 4°	5° à 6°	Code	1° à 2°	3° à 4°	5° à 6°	Code	1° à 2°	3° à 4°	5° à 6°	Code	1° à 2°	3° à 4°	5° à 6°	Code	1° à 2°	3° à 4°	5° à 6°
100456	100457	100458	100459	100460	100461	100462	100463	100464	100465	100466	100467	100468	100469	100470	100471	100472	100473	100474	100475

Pages 25 à 29

54

AMPUTATION DU POUCE ET DES DOIGTS

Combien de doigts sont amputés ? Quel est le bilan des séquelles ?



Direction de l'accès au régime et des services médicaux

CNESST

55

AMPUTATION DU POUCE ET DES DOIGTS

Séquelles actuelles

100571	amputation totale phalange distale pouce	10%
100615	amputation partielle < 50 % phalange proximale pouce	2.5%
100633	amputation totale phalange distale index	2%
100642	amputation totale phalange moyenne index	2%
100651	amputation totale phalange proximale index	1%
224475	PE d'amputation de 2 phalanges du pouce	2%
224466	PE d'amputation de 3 phalanges doigts	1.5%

Séquelles antérieures
Nil

Autres déficits reliés à la bilatéralité :
Nil

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

CNESST

56

AMPUTATION DU POUCE ET DES DOIGTS

Un PSQAC vous appelle car un de ses patients a subi une amputation des phalanges moyenne et distale de l'annulaire droit. Ce T présentait une amputation de la phalange distale de l'index droit avant le présent évènement. Le PSQAC désire vérifier comment établir le bilan des séquelles.

Que lui répondez-vous ?

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

CNESST

57

AMPUTATION DU POUCE ET DES DOIGTS



Direction de l'accès au régime et des services médicaux

AVANT MAINTENANT

CNESST

58

AMPUTATION DU POUCE ET DES DOIGTS

- Seules les atteintes à l'annulaire doivent être évaluées à la suite de cet accident
- On n'évalue pas les atteintes à l'index, puisque chaque doigt est un site de lésion différent
- Cependant, on doit utiliser le tableau d'une amputation de deux doigts de la même main

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

CNESST

59

AMPUTATION DU POUCE ET DES DOIGTS

TABLÉAU C

AMPUTATION TOTALE DES PHALANGES DES DOIGTS

	Main dominante		Main non dominante	
	C10000	01, 2A, 2P	C10000	01, 2A, 2P
Index				
Phalange distale	0000000	0	0000000	0
Phalange moyenne	0000000	0	0000000	0
Phalange proximale	0000000	0	0000000	0
Autre	0000000	0	0000000	0
Méjour				
Phalange distale	0000000	0	0000000	0
Phalange moyenne	0000000	0	0000000	0
Phalange proximale	0000000	0	0000000	0
Autre	0000000	0	0000000	0
Annulaire				
Phalange distale	0000000	0	0000000	0
Phalange moyenne	0000000	0	0000000	0
Phalange proximale	0000000	0	0000000	0
Autre	0000000	0	0000000	0
Majeur				
Phalange distale	0000000	0	0000000	0
Phalange moyenne	0000000	0	0000000	0
Phalange proximale	0000000	0	0000000	0
Autre	0000000	0	0000000	0

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

CNESST

Page 27

60

AMPUTATION DU POUCE ET DES DOIGTS

Bilan des séquelles à l'annulaire droit


Séquelles actuelles

101035	amputation phalange distale annulaire droit	DAP 1,8 %
101204	amputation phalange moyenne annulaire droit de moins de 50%	DAP 0,9 %
224466	préjudice d'amputation 2 phalanges	DAP 1 %

Séquelles antérieures
Nil

Autres déficits reliés à la bilatéralité
Nil

Direction de l'accès au régime et des services médicaux



61

AMPUTATION DU POUCE ET DES DOIGTS

Bilan des séquelles à la main droite

Séquelles actuelles


101035	amputation phalange distale annulaire	DAP 1,8 %
101204	amputation phalange moyenne annulaire droit moins de 50%	DAP 0,9 %
224466	préjudice d'amputation 2 phalanges	DAP 1 %
100633	amputation phalange distale index droit	DAP 2%
224466	préjudice d'amputation 1 phalange	DAP 0,5 %

Séquelles antérieures

100633	amputation phalange distale index droit	DAP 2%
224466	préjudice d'amputation 1 phalange	DAP 0,5 %

Autres déficits reliés à la bilatéralité
Nil

Direction de l'accès au régime et des services médicaux




62

AMPUTATION DE L'EXTRÉMITÉ DES DOIGTS

- Pour déterminer un % de DAP pour amputation d'une phalange, il faut, en principe, qu'il y ait une perte de tissu osseux
- La perte de substance au niveau de l'extrémité d'un doigt sans perte de substance osseuse peut, selon l'importance de l'atteinte, être indemnisable par analogie en référant à l'amputation de moins de 50 % de la phalange du doigt atteint

Direction de l'accès au régime et des services médicaux




63

AMPUTATION DE LA MAIN

100535 **c) Amputation de la main par désarticulation au poignet** 55

Page 17

Direction de l'accès au régime et des services médicaux



64

INSTABILITÉ DU POUCE


e) Instabilité du pouce

Avec ou sans atteinte des autres doigts

100544	inter-phalangienne	5
100553	métacarpo-phalangienne	2,5
100562	inter-phalangienne et métacarpo-phalangienne	7,5

Page 19

Direction de l'accès au régime et des services médicaux




65

ANKYLOSES PERMANENTES DU POUCE ET DES DOIGTS

Pages 30 et 31

TABLEAU #	ANKYLOSES PERMANENTES DU POUCE ET DES DOIGTS																																										
	Côté droit					Côté gauche																																					
	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000																																	
Pouces	<table border="0"> <tr> <td>Trisegmentaire proximale</td> <td>1011016</td> <td>-0,7%</td> <td>1002001</td> <td>1,2%</td> <td>1002112</td> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Bisegmentaire proximale</td> <td>1011017</td> <td>-1,2%</td> <td>1002002</td> <td>0,6%</td> <td>1002113</td> <td>6</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Monosegmentaire proximale</td> <td>1011018</td> <td>3,3%</td> <td>1002003</td> <td>3%</td> <td>1002114</td> <td>10</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>										Trisegmentaire proximale	1011016	-0,7%	1002001	1,2%	1002112	3					Bisegmentaire proximale	1011017	-1,2%	1002002	0,6%	1002113	6					Monosegmentaire proximale	1011018	3,3%	1002003	3%	1002114	10				
Trisegmentaire proximale	1011016	-0,7%	1002001	1,2%	1002112	3																																					
Bisegmentaire proximale	1011017	-1,2%	1002002	0,6%	1002113	6																																					
Monosegmentaire proximale	1011018	3,3%	1002003	3%	1002114	10																																					
Doigts	<table border="0"> <tr> <td>Inter-phalangienne proximale</td> <td>1011019</td> <td>-0,7%</td> <td>1002004</td> <td>0,5%</td> <td>1002115</td> <td>3</td> <td>1017015</td> <td>1,5%</td> <td>1017016</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Inter-phalangienne proximale</td> <td>1011020</td> <td>-0,2%</td> <td>1002005</td> <td>1%</td> <td>1002116</td> <td>2</td> <td>1017017</td> <td>3%</td> <td>1017018</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Inter-phalangienne proximale</td> <td>1011021</td> <td>-0,4%</td> <td>1002006</td> <td>1%</td> <td>1002117</td> <td>2</td> <td>1017019</td> <td>3%</td> <td>1017020</td> <td>4</td> </tr> </table>										Inter-phalangienne proximale	1011019	-0,7%	1002004	0,5%	1002115	3	1017015	1,5%	1017016	3	Inter-phalangienne proximale	1011020	-0,2%	1002005	1%	1002116	2	1017017	3%	1017018	4	Inter-phalangienne proximale	1011021	-0,4%	1002006	1%	1002117	2	1017019	3%	1017020	4
Inter-phalangienne proximale	1011019	-0,7%	1002004	0,5%	1002115	3	1017015	1,5%	1017016	3																																	
Inter-phalangienne proximale	1011020	-0,2%	1002005	1%	1002116	2	1017017	3%	1017018	4																																	
Inter-phalangienne proximale	1011021	-0,4%	1002006	1%	1002117	2	1017019	3%	1017020	4																																	
Moyens	<table border="0"> <tr> <td>Inter-phalangienne proximale</td> <td>1011022</td> <td>-0,3%</td> <td>1002007</td> <td>-0,4%</td> <td>1002118</td> <td>0,6%</td> <td>1017021</td> <td>-0,3%</td> <td>1017022</td> <td>1,6%</td> </tr> <tr> <td>Inter-phalangienne proximale</td> <td>1011023</td> <td>-0,4%</td> <td>1002008</td> <td>-0,6%</td> <td>1002119</td> <td>0,8%</td> <td>1017023</td> <td>-0,4%</td> <td>1017024</td> <td>1,4%</td> </tr> <tr> <td>Inter-phalangienne proximale</td> <td>1011024</td> <td>-0,4%</td> <td>1002009</td> <td>-0,4%</td> <td>1002120</td> <td>0,8%</td> <td>1017025</td> <td>-0,4%</td> <td>1017026</td> <td>1,4%</td> </tr> </table>										Inter-phalangienne proximale	1011022	-0,3%	1002007	-0,4%	1002118	0,6%	1017021	-0,3%	1017022	1,6%	Inter-phalangienne proximale	1011023	-0,4%	1002008	-0,6%	1002119	0,8%	1017023	-0,4%	1017024	1,4%	Inter-phalangienne proximale	1011024	-0,4%	1002009	-0,4%	1002120	0,8%	1017025	-0,4%	1017026	1,4%
Inter-phalangienne proximale	1011022	-0,3%	1002007	-0,4%	1002118	0,6%	1017021	-0,3%	1017022	1,6%																																	
Inter-phalangienne proximale	1011023	-0,4%	1002008	-0,6%	1002119	0,8%	1017023	-0,4%	1017024	1,4%																																	
Inter-phalangienne proximale	1011024	-0,4%	1002009	-0,4%	1002120	0,8%	1017025	-0,4%	1017026	1,4%																																	
Annulaires	<table border="0"> <tr> <td>Inter-phalangienne proximale</td> <td>1011025</td> <td>-0,4%</td> <td>1002010</td> <td>-0,3%</td> <td>1002121</td> <td>0,4%</td> <td>1017027</td> <td>-0,3%</td> <td>1017028</td> <td>1,2%</td> </tr> <tr> <td>Inter-phalangienne proximale</td> <td>1011026</td> <td>-0,3%</td> <td>1002011</td> <td>-0,3%</td> <td>1002122</td> <td>0,4%</td> <td>1017029</td> <td>-0,3%</td> <td>1017030</td> <td>1,2%</td> </tr> <tr> <td>Inter-phalangienne proximale</td> <td>1011027</td> <td>-0,3%</td> <td>1002012</td> <td>-0,3%</td> <td>1002123</td> <td>0,4%</td> <td>1017031</td> <td>-0,3%</td> <td>1017032</td> <td>1,2%</td> </tr> </table>										Inter-phalangienne proximale	1011025	-0,4%	1002010	-0,3%	1002121	0,4%	1017027	-0,3%	1017028	1,2%	Inter-phalangienne proximale	1011026	-0,3%	1002011	-0,3%	1002122	0,4%	1017029	-0,3%	1017030	1,2%	Inter-phalangienne proximale	1011027	-0,3%	1002012	-0,3%	1002123	0,4%	1017031	-0,3%	1017032	1,2%
Inter-phalangienne proximale	1011025	-0,4%	1002010	-0,3%	1002121	0,4%	1017027	-0,3%	1017028	1,2%																																	
Inter-phalangienne proximale	1011026	-0,3%	1002011	-0,3%	1002122	0,4%	1017029	-0,3%	1017030	1,2%																																	
Inter-phalangienne proximale	1011027	-0,3%	1002012	-0,3%	1002123	0,4%	1017031	-0,3%	1017032	1,2%																																	
Annulaires	<table border="0"> <tr> <td>Inter-phalangienne proximale</td> <td>1011028</td> <td>-0,5%</td> <td>1002013</td> <td>-0,2%</td> <td>1002124</td> <td>0,4%</td> <td>1017033</td> <td>-0,5%</td> <td>1017034</td> <td>1,4%</td> </tr> <tr> <td>Inter-phalangienne proximale</td> <td>1011029</td> <td>-0,5%</td> <td>1002014</td> <td>-0,4%</td> <td>1002125</td> <td>0,4%</td> <td>1017035</td> <td>-0,5%</td> <td>1017036</td> <td>1,4%</td> </tr> <tr> <td>Inter-phalangienne proximale</td> <td>1011030</td> <td>-0,2%</td> <td>1002015</td> <td>-0,4%</td> <td>1002126</td> <td>0,6%</td> <td>1017037</td> <td>-0,2%</td> <td>1017038</td> <td>1,4%</td> </tr> </table>										Inter-phalangienne proximale	1011028	-0,5%	1002013	-0,2%	1002124	0,4%	1017033	-0,5%	1017034	1,4%	Inter-phalangienne proximale	1011029	-0,5%	1002014	-0,4%	1002125	0,4%	1017035	-0,5%	1017036	1,4%	Inter-phalangienne proximale	1011030	-0,2%	1002015	-0,4%	1002126	0,6%	1017037	-0,2%	1017038	1,4%
Inter-phalangienne proximale	1011028	-0,5%	1002013	-0,2%	1002124	0,4%	1017033	-0,5%	1017034	1,4%																																	
Inter-phalangienne proximale	1011029	-0,5%	1002014	-0,4%	1002125	0,4%	1017035	-0,5%	1017036	1,4%																																	
Inter-phalangienne proximale	1011030	-0,2%	1002015	-0,4%	1002126	0,6%	1017037	-0,2%	1017038	1,4%																																	

Direction de l'accès au régime et des services médicaux




66

M. L.

Viticulteur qui s'est écrasé la main gauche sous un tonneau. Il demeure avec une faiblesse de préhension légère et une diminution de flexion incomplète de l'IPP et de l'IPD du majeur et de l'annulaire gauches.

Quel sera le bilan des séquelles à retenir ?

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 27 


67

M. L.

Séquelles actuelles :

- 101981 ankylose incomplète IPP majeur gauche 0.4%
- 101990 ankylose incomplète IPD majeur gauche 0.4%
- 102016 ankylose incomplète IPP annulaire gauche 0.3%
- 102025 ankylose incomplète IPD annulaire gauche 0.3%

Bilan des séquelles conforme ?

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 28 

68


M. L.

Et si le bilan des séquelles était le suivant :

Séquelles actuelles :

- 102383 atteinte des tissus mous du membre supérieur gauche 2%
- 101981 ankylose incomplète IPP majeur gauche 0.4%
- 101990 ankylose incomplète IPD majeur gauche 0.4%
- 102016 ankylose incomplète IPP annulaire gauche 0.3%
- 102025 ankylose incomplète IPD annulaire gauche 0.3%


Bilan des séquelles conforme ?

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 29 

69

ANKYLOSES DES DOIGTS ET DU POUCE POUR LÉSIONS NON OSSEUSES

- Lorsqu'une lésion aux doigts entraîne une ankylose, cette ankylose est évaluée d'après le tableau des ankyloses des doigts
- L'atteinte des tissus mous est considérée au mérite

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 30 


70

ATTEINTES SENSITIVES DU POUCE ET DES DOIGTS PAR ANALOGIE


TABLÉAU F

ANKYLOSES PERMANENTES DU POUCE ET DES DOIGTS

	Ankylose en position de flexion		Complication possible de flexion		Complication incomplète en position de flexion							
	C000	9.401	C002	9.402	C003	9.403	C004	9.404	C005	9.405	C006	9.406
Pouce												
Tropoanarthrosynostose	101918	0,25	102061	1,5	102212	3						
Mésoanarthrosynostose	101927	1,25	102070	2,5	102221	5						
Interphalangienne	101936	2,5	102088	5	102230	10						
Doigt												
Dysostose			Ancylose		Ancylose							
Hypermotilité			1 seul doigt		1 seul doigt							
Index												
Mésoanarthrosynostose	101945	0,25	102098	0,5	102249	1	107822	1,5	107949	2	108065	2,5
Interphalangienne proximale	101954	0,5	102108	1	102258	2	107827	3	107958	4	108074	5
Interphalangienne distale	101963	0,5	102114	1	102267	2	107831	3	107967	4	108083	5

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 31 

71

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 32 

72

RÈGLEMENT ANNOTÉ SUR LE BARÈME DES DOMMAGES CORPORELS

LE MEMBRE INFÉRIEUR

Direction de l'accès au régime et des services médicaux
Janvier 2025

Direction des services de santé, de l'évaluation et de la sécurité de travail
cnesst.gouv.qc.ca




1

OBJECTIFS

À la fin de cette formation, vous serez en mesure de :

- Identifier les principaux déficits anato-physiologiques prévus au barème en lien avec les atteintes permanentes du membre inférieur
- Reconnaître les situations particulières relatives aux atteintes permanentes du membre inférieur

Direction des services de santé, de l'évaluation et de la sécurité de travail




2

APPLICATION DU BARÈME

Ne pas oublier de porter attention aux inclusions et aux ajouts prévus au barème

Direction des services de santé, de l'évaluation et de la sécurité de travail




3

APPLICATION DU BARÈME

CODE	% DAP
iii. Remplacement de la hanche par prothèse totale incluant le raccourcissement	
102837 ■ sans séquelle fonctionnelle	15
102846 ■ avec séquelles fonctionnelles de plus, se référer au tableau 6 des ankyloses de la hanche	15 dap
iv. Résection de la hanche (tête et col fémoral) sans prothèse de remplacement	
102855 de plus, se référer au tableau 6 des ankyloses de la hanche et au tableau 7 des raccourcissements et atrophies musculaires permanentes du membre inférieur	40 dap

Page 36

Direction des services de santé, de l'évaluation et de la sécurité de travail



4

PROTHÈSE TOTALE DU GENOU

Un T a subi une ménisectomie interne au genou droit en 1992 avec persistance d'un syndrome fémoro-patellaire.
Le bilan des séquelles suivant a été retenu :


Séquelles actuelles

103033 Ménisectomie interne partielle	DAP 1 %
103131 Syndrome fémoro-patellaire	DAP 2 %

Séquelles antérieures
Nil

Autres déficits reliés à la bilatéralité
Nil

Direction des services de santé, de l'évaluation et de la sécurité de travail



5

PROTHÈSE TOTALE DU GENOU

En 2012, le T a développé une arthrose de son genou qui a nécessité la mise en place d'une prothèse totale. RRA acceptée. Le bilan des séquelles suivant est établi :

Séquelles actuelles

103006 Prothèse totale du genou avec séquelles fonctionnelles	15%
106833 Flexion 110°	2%
103033 Ménisectomie interne partielle	1%
103131 Syndrome fémoro-patellaire	2%
Maximum	20%


Séquelles antérieures

103033 Ménisectomie interne partielle	1%
103131 Syndrome fémoro-patellaire	2%

Autres déficits reliés à la bilatéralité
Nil

Ce bilan des séquelles actuelles est-il conforme ?

Direction des services de santé, de l'évaluation et de la sécurité de travail



6

PROTHÈSE TOTALE DU GENOU

- On ne doit plus retrouver la **ménisectomie** et le **syndrome fémoro-patellaire** dans les séquelles actuelles car elles sont **moindres et incluses** dans le DAP accordé pour la prothèse totale du genou
- On considère qu'elles font partie du « raccourcissement ostéo-articulaire nécessaire pour la mise en place de la prothèse »

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

7

CNESST

7

PROTHÈSE TOTALE DU GENOU

Avec un remplacement de la rotule, le syndrome fémoro-patellaire est moindre et inclus de sorte qu'on ne l'ajoute pas. Bilan des séquelles à retenir :

Séquelles actuelles	
103006 Prothèse totale du genou avec séquelles fonctionnelles	15%
106833 Flexion 110°	2%
	17%
Séquelles antérieures	
103033 Ménisectomie interne partielle	1%
103131 Syndrome fémoro-patellaire	2%

Autres déficits liés à la bilatéralité
Nil

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

8

CNESST

8

PROTHÈSE TOTALE DU GENOU

Sans remplacement de la rotule, le syndrome fémoro-patellaire est conservé.
Bilan des séquelles à retenir :

Séquelles actuelles	
103006 Prothèse totale du genou avec séquelles fonctionnelles	15%
106833 Flexion 110°	2%
103131 Syndrome fémoro-patellaire	2%
	19%
Séquelles antérieures	
103033 Ménisectomie interne partielle	1%
103131 Syndrome fémoro-patellaire	2%
Autres déficits liés à la bilatéralité	
Nil	

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

9

CNESST

9

M. L-M

Ce berger a subi une fracture du tibia traitée par plâtre.
La fracture est consolidée en position anatomique avec persistance d'une perte de 10° de mouvement de l'articulation tibio-astragalienne.

Le PSQAC vous appelle pour obtenir votre aide pour établir le bilan des séquelles.

Que lui répondez-vous ?

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

10

CNESST

10

PARTICULARITÉS DU BARÈME

Parfois, le barème indique un code pour une lésion sans séquelle fonctionnelle, mais il ne nous indique pas la **conduite si la lésion laisse des séquelles fonctionnelles** ...

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

11

CNESST

11

FRACTURE DU TIBIA

CODE	% DAP
4. Jambe	
Fracture d'un ou des os de la jambe avec ou sans réduction chirurgicale consolidée	
103180	0
	■ sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans raccourcissement radiologique
	■ avec angulation statique du tibia (unique ou multiple)
103195	5
	☐ de 10 à 15 degrés
103202	8
	☐ de plus de 15 degrés
103211	4
	■ avec vice de rotation interne
103220	8
	☐ de 10 à 20 degrés
	☐ de plus de 20 degrés
103238	2
	■ avec vice de rotation externe
103248	5
	☐ de 10 à 20 degrés
	☐ de plus de 20 degrés

Page 40

avec séquelles fonctionnelles ?

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

12

CNESST

12

M. L-M

Fracture du tibia avec ankyloses

Bilan des séquelles suggéré :

Séquelles actuelles

102383 Atteinte des tissus mous avec séquelles fonctionnelles	2%
107306 Perte de 10° de l'articulation tibio-tarsienne	2%

Séquelles antérieures

Nil

Autres déficits liés à la bilatéralité

Nil

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux 13

CNESST

13

MME D L

Employée dans un centre de ski qui a chuté au travail sur une plaque de glace. Elle a développé un **syndrome fémoro-patellaire** accepté à titre de lésion professionnelle. Elle a été opérée à 2 reprises (rasage et section de l'aileron rotulien).

Lors de l'évaluation des séquelles, le médecin note des craquements importants de la rotule et une **perte de 10 degrés de flexion du genou** et une **atrophie du quadriceps de 3 cm**.

L'agente vous soumet le dossier pour conformer le bilan des séquelles.

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux 14

CNESST

14

MME D L

Bilan des séquelles établi par le PSQAC :

Séquelles actuelles

103131 Syndrome fémoro-patellaire	2%
106824 Perte de flexion de 10° du genou	1%
106682 Atrophie cuisse de 3 cm	3%

Séquelles antérieures

Nil

Autres déficits liés à la bilatéralité

Nil

Ce bilan des séquelles est-il conforme ?

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux 15

CNESST

15

SYNDROME FÉMORO-PATELLAIRE

Position retenue

- Considérant qu'un « syndrome » est un ensemble de symptômes et de signes cliniques et qu'un DAP est prévu spécifiquement pour le syndrome fémoro-patellaire, sans référence aux autres séquelles qui s'y ajouteraient, on devrait comprendre que ce DAP est accordé pour l'ensemble des séquelles découlant de ce syndrome fémoro-patellaire et ne pas les compenser en plus
- Par contre, si d'autres lésions existent au niveau de ce genou, de façon concomitante, elles pourraient donner droit à l'indemnisation des ankyloses présentes

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux 16

CNESST

16

MME D L

Bilan des séquelles à retenir :

Séquelles actuelles

103131 Syndrome fémoro-patellaire	2%
-----------------------------------	----

Séquelles antérieures

Nil

Autres déficits liés à la bilatéralité

Nil

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux 17

CNESST

17

ANKYLOSES DES ARTICULATIONS

Principe : les ankyloses des membres sont toujours compensables ...

Ou presque !

Ce principe s'applique à toutes les articulations atteintes lorsque le barème indique de se référer aux tableaux des ankyloses (avec l'indicatif « dap »).

Dans les autres cas, où le barème n'indique pas spécifiquement de se référer à ces tableaux, ce principe s'applique alors par analogie, **sauf pour l'entorse cervicale, l'entorse dorso-lombaire et le syndrome fémoro-patellaire**.

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux 18

CNESST

18

M. L-B

Viticulteur pour lequel une déchirure du ligament croisé antérieur gauche a été reconnue. Il présente une perte de flexion de 10° du genou avec instabilité résiduelle nécessitant le port d'une orthèse pour certaines activités de travail ou de loisir. Le bilan des séquelles suivant vous est soumis :

Séquelles actuelles

103499 atteinte des tissus mous avec séquelles fonctionnelles	2%
106824 perte de 10° de flexion du genou	1%
107066 instabilité du genou nécessitant le port d'une orthèse	10%

Séquelles antérieures
Nil

Autres déficits liés à la bilatéralité
Nil

Ce bilan des séquelles est-il conforme ?

Direction de l'accès au régime et des services médicaux
20

19

INSTABILITÉS DU GENOU

Deux principes :

- Le pourcentage pour l'atteinte des tissus mous ne s'applique pas lorsqu'il y a une instabilité au genou puisqu'il s'agit de séquelles déjà prévues au barème
- Le port d'une orthèse « préventive » ne justifie pas l'attribution d'un DAP ; le DAP est prévu pour une instabilité nécessitant le port d'une orthèse

Direction de l'accès au régime et des services médicaux
20

20

INSTABILITÉS DU GENOU

CODE	% DAP
TABEAU 8	
INSTABILITÉS DU GENOU	
107039 Légère laxité sans séquelle fonctionnelle	1
107048 Légère laxité ligamentaire symptomatique	2
107057 Instabilité ligamentaire symptomatique qui ne nécessite pas le port d'une orthèse	6
107066 Instabilité simple ou complexe nécessitant le port d'une orthèse pour certaines activités de travail ou de loisir	10
107075 Instabilité simple ou complexe nécessitant le port d'une orthèse fonctionnelle pour toutes les activités	15

Instabilité ligamentaire accompagnée de séquelles fonctionnelles
Les pourcentages prévus pour chacune des séquelles s'additionnent, mais le montant de celui-ci ne doit pas dépasser le pourcentage prévu pour une arthrose du genou en position de fonction

Page 90

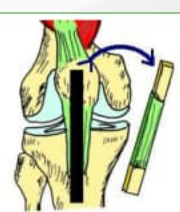
Direction de l'accès au régime et des services médicaux
21

21

RECONSTRUCTION LIGAMENTAIRE DU GENOU

Lorsqu'un ligament est reconstruit en utilisant un tendon du patient (tiers de tendon rotulien ou autre structure saine), le code 103499 pour atteinte des tissus mous avec séquelles fonctionnelles peut être accordé pour ce prélèvement

Code 103480 ?



Direction de l'accès au régime et des services médicaux
22

22

ATTEINTE DES TISSUS MOUS DU MEMBRE INFÉRIEUR

c) ATTEINTE DES TISSUS MOUS (membre inférieur)

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

103471	■ sans séquelle fonctionnelle, ni changement radiologique	0
103480	■ sans séquelle fonctionnelle, mais avec changements radiologiques	1
103499	■ avec séquelles fonctionnelles	2

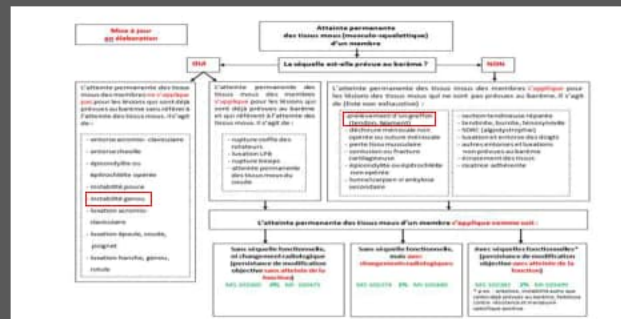
de plus, se référer au tableau des ankyloses de la ou des articulations atteintes ainsi qu'au tableau 7 des atrophies du membre inférieur

dap

Page 90

Direction de l'accès au régime et des services médicaux
23

23



Direction de l'accès au régime et des services médicaux
24

24

ATROPHIE DU MEMBRE INFÉRIEUR

106682	Atrophie musculaire permanente, de 3 cm et plus, mesurée à 15 cm au-dessus du pôle supérieur de la rotule, incluant la faiblesse musculaire qui pourrait en résulter	3
106691	Atrophie musculaire permanente de 2 cm et plus, mesurée à 15 cm au-dessus du pôle inférieur de la rotule, incluant la faiblesse musculaire qui pourrait en résulter	2

Page 86

Direction de l'accès au régime et des services médicaux **CNESST**

25

RÈGLE PARTICULIÈRE DU SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE

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

Page 5

Direction de l'accès au régime et des services médicaux **CNESST**

26

POURCENTAGE MAXIMAL APPLICABLE AU GENOU

TABLEAU 8

ANKYLOSES PERMANENTES DU GENOU

A. COMPLÈTE

106708	Ankylose complète du genou en légère flexion de 10° avec ou sans patellectomie, sans varus, ni valgus, incluant le raccourcissement réel de 3 cm ou moins ainsi que l'atrophie musculaire permanente et secondaire de la cuisse	20
--------	---	----

Direction de l'accès au régime et des services médicaux **CNESST**

27

POURCENTAGE MAXIMAL APPLICABLE AU GENOU

Séquelles actuelles

103006	Prothèse totale du genou avec séquelles fonctionnelles	15%	
106842	Flexion 100°	4%	
106940	Extension 15°	7%	
107006	Instabilité nécessitant le port d'une orthèse pour certaines activités	10%	
		36%	

Maximum

106708	Ankylose du genou en position de fonction	20%
--------	---	-----

Séquelles antérieures
Nil

Autres déficits reliés à la bilatéralité
Nil

Bilan des séquelles conforme ?

Direction de l'accès au régime et des services médicaux **CNESST**

28

POURCENTAGE MAXIMAL APPLICABLE AU GENOU

Et si persistance d'atrophie ?

Séquelles actuelles	
103006	Prothèse totale du genou avec séquelles fonctionnelles 15%
106842	Flexion 100° 4%
106940	Extension 15° 7%
107006	Instabilité nécessitant le port d'une orthèse pour certaines activités 10%
106682	Atrophie de plus de 3 cm de la cuisse 3%
	39%

Maximum

106708	Ankylose du genou en position de fonction 20%
--------	---

Séquelles antérieures
Nil

Autres déficits reliés à la bilatéralité
Nil

Ce bilan des séquelles est-il conforme ?

Direction de l'accès au régime et des services médicaux **CNESST**

29

L'ATROPHIE INCLUSE DANS LE DAP DE 20% ?

<u>CODE</u>	<u>% DAP</u>
-------------	--------------

TABLEAU 8

ANKYLOSES PERMANENTES DU GENOU

A. COMPLÈTE

106708	Ankylose complète du genou en légère flexion de 10° avec ou sans patellectomie, sans varus, ni valgus, incluant le raccourcissement réel de 3 cm ou moins ainsi que l'atrophie musculaire permanente et secondaire de la cuisse	20
--------	---	----

Direction de l'accès au régime et des services médicaux **CNESST**

30

POURCENTAGE TOTALE DU GENOU ET ATROPHIE

Position retenue

- Dans les cas où les séquelles permanentes après une prothèse totale du genou sont limitées à 20 % en fonction du maximum prévu pour une arthrodeuse du genou en position de fonction, la présence d'une atrophie à la cuisse pourrait donner droit à un DAP supplémentaire
- En effet, si une arthrodeuse du genou s'accompagne toujours d'une atrophie de la cuisse et que ceci n'a pas de conséquences sur la fonction, il en est tout autrement lorsque le genou demeure mobile puisque la force du quadriceps est un élément majeur pour la fonction du membre

Direction de l'accès au régime et des services médicaux CNESST

31

PROTHÈSE TOTALE DU GENOU ET ATROPHIE

Séquelles actuelles		
103006	Prothèse totale du genou avec séquelles fonctionnelles	15%
106842	Flexion 100°	4%
106840	Extension 15°	7%
107066	Instabilité nécessitant le port d'une orthèse pour certaines activités	10%
		36% maximum de 20% applicable
Séquelles antérieures		
106708	Ankylose du genou en position de fonction	20% maximum
106882	Atrophie de plus de 3 cm de la cuisse	3%
Autres déficits reliés à la bilatéralité		
Nil		

Direction de l'accès au régime et des services médicaux CNESST

32

DAP GENOU

Inclusion de fonction
Max 20% + règle # 3

2 principes justifiés à tenir compte
1- principe stabilité des décisions
2- principe de neutralité et justice

DSM 2016 CNESST

33

M. R-L

Ce travailleur a subi une entorse de grade 2 de la cheville gauche en chutant dans un escalier. Il présente une perte de 10° de dorsiflexion et de 10° en flexion plantaire. L'agent vous transmet le bilan des séquelles suivant retenu par le PSQAC pour vérifier si celui-ci est conforme :

Séquelles actuelles		
103499	atteinte des tissus mous du membre inférieur avec séquelles fonctionnelles	2%
107306	perte de 10° de dorsiflexion	2%
107306	perte de 10° de flexion plantaire	2%

Qu'en pensez-vous ?

Direction de l'accès au régime et des services médicaux CNESST

34

CHEVILLE : ENTORSE ET FRACTURE

CODE	% DAP
5. Cheville et pied	
I. Entorse simple, fracture parcelaire ou avulsive, fracture uni, bi ou tri-malléolaire, avec ou sans réduction chirurgicale, consolidée	
103257	0
103266	2

de plus, se référer au tableau 10 des ankyloses de la cheville et du pied, sans dépasser le pourcentage prévu pour une arthrodeuse tibiotarsienne en position de fonction

dap Page 41

Direction de l'accès au régime et des services médicaux CNESST

35

CHEVILLE : ENTORSE ET FRACTURE

- Il y a un code spécifique pour l'entorse de la cheville de sorte qu'on n'utilise pas celui de l'atteinte des tissus mous
- On inclut dans les fractures de la cheville celles du tibia distal (pilon tibial) qui ne sont pas prévues ailleurs au barème

Direction de l'accès au régime et des services médicaux CNESST


36

M. R-L

Séquelles actuelles

103266 entorse de la cheville avec séquelles fonctionnelles	2%
107299 perte de 20° de l'articulation tibio-tarsienne	3%

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 27



37


INSTABILITÉ CHRONIQUE DE LA CHEVILLE

103293 v. Instabilité chronique de la cheville prouvée radiologiquement 2

Page 41

- L'instabilité est parfois très évidente cliniquement et **ne nécessite pas d'examen radiologique**
- Le DAP peut être justifié dans un tel cas

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 33




38

MME P-P

Serrurière de 26 ans qui a fait un faux mouvement au travail. Elle a présenté une déchirure méniscale périphérique suturée avec succès. L'examen physique résiduel du genou est normal.

Quel DAP pourrait être considéré ?

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 39




39

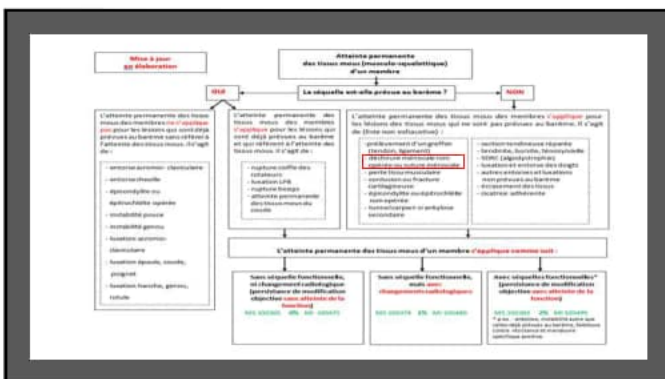
SUTURE MÉNISCALE

- À la suite d'une suture méniscale, s'il ne persiste aucune séquelle fonctionnelle, on utilise le code 103471, DAP de 0 %, pour atteinte des tissus mous sans séquelle fonctionnelle ni changement radiologique
- Si, malgré la suture, il y a une persistance de la déchirure méniscale objectivée mais sans séquelle fonctionnelle identifiable, le DAP de 1 % pour atteinte des tissus mous est accordé selon le code 103480
- S'il persiste des séquelles fonctionnelles (ankylose, instabilité), celles-ci sont indemnisables en plus du code 103499 DAP 2 %

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 40



40




41

M. P

Fermier qui a souffert d'un écrasement du pied gauche par un bovin. Il présente des ankyloses partielles des orteils.

Quelles atteintes permanentes peuvent être considérées pour des ankyloses des orteils ?

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 42



42

RÈGLEMENT ANNOTÉ SUR LE BARÈME DES DOMMAGES CORPORELS

LA COLONNE ET LE THORAX

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux
Janvier 2025

Direction des services, du travail,
de la santé et de la sécurité de travail
cnesst.gouv.qc.ca

CNESST

1

OBJECTIFS

À la fin de cette formation, vous serez en mesure de :

- Identifier les principaux déficits anato-physiologiques prévus au barème en lien avec les atteintes permanentes à la colonne et au thorax
- Reconnaître les situations particulières à considérer pour les atteintes permanentes de la colonne et du thorax

Direction des services, du travail,
de la santé et de la sécurité de travail

CNESST

2

M. C

Ouvrier victime d'une entorse cervicale.
Il demeure avec une flexion antérieure de la colonne cervicale à 30°. Les autres mouvements sont normaux.
Le bilan des séquelles suivant retenu par le PSQAC vous est soumis :

Séquelles actuelles

203513	entorse cervicale avec séquelles fonctionnelles	2%
207387	flexion antérieure cervicale à 30°	1%

Ce bilan des séquelles est-il conforme ?

Direction des services, du travail,
de la santé et de la sécurité de travail

CNESST

3

COLONNE ET ENTORSES

a) colonne cervicale
b) colonne dorso-lombaire (un même segment)

- Entorse sans séquelle fonctionnelle : DAP 0 %
- Entorse avec séquelles fonctionnelles : DAP 2 % (pages 45 et 53)

sans référence au tableau des ankyloses donc on considère que celles-ci sont incluses

Direction des services, du travail,
de la santé et de la sécurité de travail

CNESST

4

ENTORSE CERVICALE

a) COLONNE CERVICALE

1. Entorse

203504	■ sans séquelle fonctionnelle objectivée	0
203513	■ avec séquelles fonctionnelles objectivées, avec ou sans changement radiologique	2

Page 45

Direction des services, du travail,
de la santé et de la sécurité de travail

CNESST

5

ENTORSE DORSO-LOMBAIRE

b) COLONNE DORSO-LOMBAIRE

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

203997	■ sans séquelle fonctionnelle objectivée	0
204004	■ avec séquelles fonctionnelles objectivées, avec ou sans changement radiologique	2

Page 53

Direction des services, du travail,
de la santé et de la sécurité de travail

CNESST

6

MME L

Infirmière qui a subi en 2012 une entorse lombaire en retenant un patient diabétique qui chutait. Un DAP de 2 % pour entorse lombaire avec séquelles fonctionnelles selon le code 204004 a été retenu. Cette travailleuse a présenté en 2015 une entorse dorsale qui, elle aussi, a laissé certaines séquelles, car les ankyloses sont maintenant plus importantes.

Le PSQAC établit le bilan des séquelles suivant :

Séquelles actuelles

204004 Entorse lombaire avec séquelles (2012)	2%
204004 Entorse dorsale avec séquelles (2015)	2%
207501 Perte de 30° flexion antérieure	5%

Séquelles antérieures

204004 Entorse lombaire avec séquelles (2012)	2%
207808 Perte de 20° flexion antérieure	3%

Autres déficits reliés à la bilatéralité
Nil

Qu'en pensez-vous ?

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

7

7

**ENTORSE DORSALE
APRÈS UNE ENTORSE LOMBAIRE****Position retenue :**

- On doit considérer la colonne dorso-lombaire comme étant une seule entité aux fins du barème et n'accorder le DAP pour une entorse dorso-lombaire avec séquelles qu'à une seule reprise même s'il y a des entorses à des niveaux différents, que ce soit lors du même événement ou lors d'événements successifs
- De même, une nouvelle entorse au même niveau venant aggraver la première ne donne pas droit à un DAP supplémentaire

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

8

8

MME L**Séquelles actuelles**

204004 Entorse dorso-lombaire avec séquelles (2012 et 2015)	2%
---	----

Séquelles antérieures

204004 Entorse dorso-lombaire avec séquelles (2012)	2%
---	----

Autres déficits reliés à la bilatéralité

Nil

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

9

9

RAPPEL

- Entorse cervicale
- Entorse dorso-lombaire

1 x à vie

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

10

10

HERNIE DISCALE

- Doit être prouvée cliniquement et par des tests spécifiques
- Si plus d'un niveau reconnu, on peut accorder le DAP pour chaque hernie prouvée cliniquement

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

11

11

HERNIE DISCALE

CODE	% DAP
------	-------

3. Autres pathologies dorsales, lombaires ou sacrées	
204148 I. Hernie discale non opérée prouvée cliniquement et par tests spécifiques de plus, s'ajoutent les pourcentages prévus pour les ankyloses et les séquelles neurologiques. Se référer au tableau 12 des ankyloses de la colonne dorso-lombaire et au chap. IV	2 dap

Page 56

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

12

12

MME D

Employée d'un casino qui a subi une discoïdectomie pour une hernie L4-L5 gauche en 2012. Elle a conservé un DAP pour la chirurgie et les ankyloses. Elle a présenté une RRA en 2021 avec une nouvelle hernie discale L4-L5 droite. Elle n'a pas été réopérée.
Le bilan suivant vous est soumis :

Séquelles actuelles

204219 Discoïdectomie L4-L5 (2012)	3%
207608 Perte de 20° flexion antérieure	3%
204148 Hernie discale L4-L5 (2021)	2%
207680 Perte de 10° flexion latérale droite	1%

Séquelles antérieures

204219 Discoïdectomie L4-L5 (2012)	3%
207608 Perte de 20° flexion antérieure	3%

Autres déficits reliés à la bilatéralité

Nil

Ce bilan des séquelles est-il conforme ?

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

13



13

**HERNIE DISCALE
APRÈS UNE DISCOÏDECTOMIE****Position retenue :**

- Considérant que la hernie discale non opérée est « moindre et incluse » dans la discoïdectomie, il n'y a pas lieu d'accorder un DAP supplémentaire pour une hernie discale récidivante à un niveau déjà opéré
- Les autres séquelles (ankyloses, déficits neurologiques) peuvent être indemnisables si elles sont aggravées

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

14



14

MME D**Séquelles actuelles**

204219 Hernie discale L4-L5 opérée (2012) et non opérée (2021)	3%
207608 Perte de 20° flexion antérieure	3%
207680 Perte de 10° flexion latérale droite	1%

Séquelles antérieures

204219 Hernie discale L4-L5 opérée (2012)	3%
207608 Perte de 20° flexion antérieure	3%

Autres déficits reliés à la bilatéralité

Nil

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

15



15

M. R-L

- Ce déménageur a déjà subi une **hernie discale lombaire** en soulevant un matelas. Des atteintes permanentes ont été reconnues pour cette hernie non opérée ainsi que pour une ankylose résiduelle lombaire (**flexion à 50 degrés**).
- Le T avait repris un nouveau travail et il se blesse à nouveau au dos en soulevant une charge. Le diagnostic d'**entorse lombaire** est porté.
- Au moment de l'évaluation des atteintes permanentes, on note que la **flexion est toujours à 50 degrés** mais que l'**extension est maintenant réduite à 20 degrés**.

Le PSQAC produit le bilan des séquelles suivant :

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

16



16

M. R-L**Séquelles actuelles**

204148 Hernie discale L4-L5 non opérée (2012) avec séquelles fonctionnelles	2%
207591 Flexion 50°	5%
204004 Entorse dorso-lombaire avec séquelles (2019)	2%
207644 Extension 20°	1%

Séquelles antérieures

204148 Hernie discale L4-L5 non opérée (2012) avec séquelles fonctionnelles	2%
207591 Flexion 50°	5%

Autres déficits reliés à la bilatéralité

Nil

Qu'en pensez-vous ?

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

17



17

**ENTORSE APRÈS
UNE HERNIE DISCALE****Position retenue :**

- Le DAP sera fixé en fonction du diagnostic accepté par la CNESST
- Pour une entorse lombaire, DAP de 2% si l'on peut démontrer de nouvelles séquelles objectives

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

18



18

M. R-L		
Séquelles actuelles		
204148	Hernie discale L4-L5 non opérée (2012) avec séquelles fonctionnelles	2%
207591	Flexion 50°	5%
204004	Entorse dorso-lombaire avec séquelles (2019)	2%
207644	Extension 20°	1%
Séquelles antérieures		
204148	Hernie discale L4-L5 non opérée (2012) avec séquelles fonctionnelles	2%
207591	Flexion 50°	5%
Autres déficits reliés à la bilatéralité		
Nil		

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 19

CNESST

19

HERNIE DISCALE AGGRAVÉE	
Si le diagnostic accepté avait été celui de hernie discale aggravée , le DAP serait attribué pour la hernie et les autres séquelles actuelles en soustrayant ensuite les séquelles antérieures	

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 20

CNESST

20

HERNIE DISCALE AGGRAVÉE		
Séquelles actuelles		
204148	Hernie discale L4-L5 non opérée (2012) avec séquelles fonctionnelles	2%
207591	Flexion 50°	5%
207644	Extension 20°	1%
Séquelles antérieures		
204148	Hernie discale L4-L5 non opérée (2012) avec séquelles fonctionnelles	2%
207591	Flexion 50°	5%
Autres déficits reliés à la bilatéralité		
Nil		

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 21

CNESST

21

M. R L	
Joueur d'échec qui a subi une hernie discale en 2019 en tentant de déplacer un fou. Il avait déjà subi une entorse en 2012 en tant que cavalier.	
La mobilité lombaire suivante a été objectivée lors de l'évaluation des séquelles :	
Entorse en 2012 :	
flexion	70°
extension	10°
rotation droite	10°
Hernie discale en 2019 :	
flexion	50°
extension	10°
rotation droite	10°
rotation gauche	10°
Quel est le bilan des séquelles à retenir en 2019 ?	

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 22

CNESST

22

M. R L		
Séquelles actuelles		
Proposition 1		
204148	hernie discale non opérée (2019) avec séquelles fonctionnelles	2 %
207591	flexion à 50°	5 %
207635	extension à 10°	2 %
207751	rotation droite à 10°	3 %
207797	rotation gauche à 10°	3 %
204044	entorse lombaire (2012) avec séquelles fonctionnelles	2 %
Séquelles antérieures		
204044	entorse lombaire (2012) avec séquelles fonctionnelles	2 %
Autres déficits reliés à la bilatéralité : Nil		

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 23

CNESST

23

M. R L		
Séquelles actuelles		
Proposition 2		
204148	hernie discale non opérée (2019) avec séquelles fonctionnelles	2 %
207608	flexion avec perte de 20°	3 %
207797	rotation gauche à 10°	3 %
204044	entorse lombaire (2012) avec séquelles fonctionnelles	2 %
Séquelles antérieures		
204044	entorse lombaire (2012) avec séquelles fonctionnelles	2 %
Autres déficits reliés à la bilatéralité		
Nil		

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 24

CNESST

24

HERNIE DISCALE APRÈS ENTORSE LOMBAIRE

La proposition 2 est à retenir :

- On ajoute aux séquelles actuelles le DAP de 2% pour la hernie discale non opérée
- On accorde seulement les aggravations des ankyloses car les ankyloses initiales étaient incluses dans l'entorse

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

25

CNESST

25

MME L-L

Travailleuse qui a présenté une **entorse lombaire** en aidant une collègue à soulever une charge.
Elle a développé par la suite une sciatgie gauche avec hypoesthésie L5 de sorte qu'un nouveau diagnostic de **hernie discale L4-L5 gauche** a aussi été posé et reconnu.

Le bilan des séquelles suivant vous est soumis :

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

26

CNESST

26

MME L-L

Séquelles actuelles

204004	entorse lombaire avec séquelles fonctionnelles	2%
204148	hernie discale non opérée	2 %
207591	flexion à 50°	5%
207644	extension à 10°	1 %
207742	rotation droite à 0°	5%
207797	rotation gauche à 10°	3%

Séquelles antérieures

NIL

Autres déficits reliés à la bilatéralité

Nil

Qu'en pensez-vous ?

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

27

CNESST

27

MME L-L

Une demande de correction est suggérée

Séquelles actuelles

204004	entorse lombaire avec séquelles fonctionnelles	2%
204148	hernie discale non opérée	2 %
207591	flexion à 50°	5%
207644	extension à 10°	1 %
207742	rotation droite à 0°	5%
207797	rotation gauche à 10°	3%

Séquelles antérieures

NIL

Autres déficits reliés à la bilatéralité

Nil

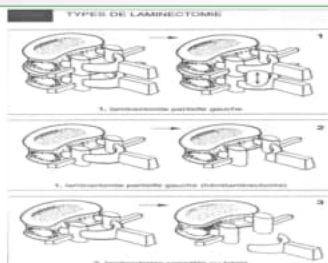
Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

28

CNESST

28

LAMINECTOMIE



Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

29

CNESST

29

LAMINECTOMIE

- Lors d'une **discoïdectomie**, la **laminectomie partielle** est incluse
- Seule la **laminectomie exploratrice** ou **décompressive sans discoïdectomie** peut donner droit à un **DAP**

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

30

CNESST

30

LAMINECTOMIE

v. Laminectomie partielle exploratrice ou décompressive sans discoïdectomie par lame 1

Pour faciliter la fixation des pourcentages de DAP, le tableau ci-dessous indique les pourcentages de DAP pour une ou plusieurs lames suite à une laminectomie partielle exploratrice ou décompressive sans discoïdectomie, ainsi que le code correspondant.

204399	une lame	1
204406	deux lames	2
204415	trois lames	3
204424	quatre lames	4
204433	cinq lames	5
204442	six lames	6

Page 59

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

CNESST

31

LAMINECTOMIE PARTIELLE DORSALE OU LOMBAIRE AVEC ANKYLOSES

- Pour la laminectomie partielle dorsale ou lombaire, le barème ne mentionne pas de se référer au tableau des ankyloses
- Même chose pour la chémonucléolyse (cervicale ou dorso-lombaire)
- Il a néanmoins été retenu d'accorder un **DAP pour les ankyloses** suite à ces interventions, comme pour toutes les autres **chirurgies de la colonne**

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

CNESST

32

NOUVELLE CHIRURGIE APRÈS UNE DISCOÏDECTOMIE LOMBAIRE

Un travailleur déjà opéré pour une discoïdectomie lombaire subit une deuxième chirurgie.

Doit-on accorder un DAP supplémentaire dans le cas où cette nouvelle chirurgie est :

- 1) Une nouvelle discoïdectomie au même niveau, du même côté ?
- 2) Une nouvelle discoïdectomie au même niveau, du côté opposé ?
- 3) Une laminectomie partielle au même niveau ?
- 4) Une laminectomie totale au même niveau ?
- 5) Une greffe (fusion) au même niveau ?

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

CNESST

33

NOUVELLE CHIRURGIE APRÈS UNE DISCOÏDECTOMIE LOMBAIRE

Réponse :

- Selon la notion du « moindre et inclus », on ne doit pas indemniser une nouvelle fois ce qui était déjà compensé par le DAP déjà accordé
- La discoïdectomie n'est pas payable une deuxième fois, pas plus que la laminectomie partielle du même côté
- Tout nouvel acte qui ajoute aux séquelles (laminectomie du côté opposé, laminectomie totale ou greffe) devient indemnisable

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

CNESST

34

NOUVELLE DISCOÏDECTOMIE AU MÊME NIVEAU, MÊME CÔTÉ

Séquelles actuelles

204219	Discoïdectomie avec séquelles fonctionnelles en 2012 et 2015	3 %
--------	--	-----

Séquelles antérieures

204219	Discoïdectomie avec séquelles fonctionnelles en 2012	3 %
--------	--	-----

Autres déficits reliés à la bilatéralité

Nil

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

CNESST

35

NOUVELLE DISCOÏDECTOMIE AU MÊME NIVEAU, CÔTÉ OPPOSÉ

Séquelles actuelles

204219	Discoïdectomie avec séquelles fonctionnelles en 2012 et 2015	3 %
204399	Laminectomie lombaire partielle, une lame en 2015	1 %

Séquelles antérieures

204219	Discoïdectomie avec séquelles fonctionnelles en 2012	3 %
--------	--	-----

Autres déficits reliés à la bilatéralité

Nil

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

CNESST

36

LAMINECTOMIE PARTIELLE AU MÊME NIVEAU

Ce sera comme dans les deux situations précédentes, selon que cette laminectomie aura été faite du même côté que la discoïdectomie ou du côté opposé

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

37

CNESST

37

LAMINECTOMIE AU MÊME NIVEAU, MÊME CÔTÉ

Séquelles actuelles
204219 Discoïdectomie avec séquelles fonctionnelles en 2012 et laminectomie partielle au même niveau, du même côté en 2015 3 %

Séquelles antérieures
204219 Discoïdectomie avec séquelles fonctionnelles en 2012 3 %

Autres déficits reliés à la bilatéralité
Nil

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

38

CNESST

38

LAMINECTOMIE AU MÊME NIVEAU, CÔTÉ OPPOSÉ

Séquelles actuelles
204219 Discoïdectomie avec séquelles fonctionnelles en 2012 3 %
204399 Laminectomie partielle au même niveau, côté opposé en 2015 1%

Séquelles antérieures
204219 Discoïdectomie avec séquelles fonctionnelles en 2012 3 %

Autres déficits reliés à la bilatéralité
Nil

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

39

CNESST

39

DISCOÏDECTOMIE AVEC LAMINECTOMIE TOTALE AU MÊME NIVEAU

Séquelles actuelles
204219 Discoïdectomie avec séquelles fonctionnelles en 2012 et 2015 3 %
204399 Laminectomie totale un arc postérieur en 2015 3%

Séquelles antérieures
204219 Discoïdectomie avec séquelles fonctionnelles en 2012 3 %

Autres déficits reliés à la bilatéralité
Nil

pages 59 et 60

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

40

CNESST

40

DISCOÏDECTOMIE AVEC GREFFE (FUSION) AU MÊME NIVEAU

Séquelles actuelles
204219 Discoïdectomie avec séquelles fonctionnelles en 2012 et 2015 3 %
204512 Greffe lombaire, un espace greffé en 2015 3%

Séquelles antérieures
204219 Discoïdectomie avec séquelles fonctionnelles en 2012 3 %

Autres déficits reliés à la bilatéralité
Nil

page 60

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

41

CNESST

41

NOUVELLE CHIRURGIE APRÈS UNE DISCOÏDECTOMIE LOMBAIRE

Un travailleur déjà opéré pour une discoïdectomie lombaire subit une deuxième chirurgie.

Doit-on accorder un DAP supplémentaire dans le cas où cette nouvelle chirurgie est :

- 1) Une nouvelle discoïdectomie au même niveau, du même côté ?
Non
- 2) Une nouvelle discoïdectomie au même niveau, du côté opposé ?
Oui pour la laminectomie partielle
- 3) Une laminectomie partielle au même niveau ?
Non si du même côté
Oui si du côté opposé
- 4) Une laminectomie totale au même niveau ?
Oui
- 5) Une greffe (fusion) au même niveau ?
Oui

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux


42

CNESST

42

FRACTURES VERTÉBRALES

- Fractures **cervicales** à partir de la page 45
- Fractures **dorso-lombaires** à partir de la page 53

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 43 

43

FRACTURES VERTÉBRALES LOMBAIRES PARCELLAIRES


2. Fracture

i. Fracture parcellaire, consolidée

204013 ■ sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique 0

■ avec séquelles fonctionnelles


se référer au tableau 12 des ankyloses de la colonne dorso-lombaire dap

Pages 53 et 54 

44

FRACTURES D'UN CORPS VERTÉBRAL LOMBAIRE


	ii. Fracture par écrasement d'un corps vertébral, consolidée, sans séquelle fonctionnelle, ni instabilité		
204022	■ moins de 25 % du corps vertébral	2	
204031	■ 25 % et plus du corps vertébral	4	
204040	iii. Fracture(s) d'un ou plusieurs corps vertébral(aux), consolidée(s) <ul style="list-style-type: none"> ■ avec instabilité prouvée radiologiquement, mais sans séquelle neurologique, et non stabilisée par greffe après un an ■ avec séquelles fonctionnelles, sans séquelle neurologique se référer au tableau 12 des ankyloses de la colonne dorso-lombaire	6	dap
	■ avec séquelles neurologiques		dap
	évaluer en additionnant les pourcentages prévus pour la ou les fractures, les ankyloses (tableau 12) et les séquelles neurologiques, chap. IV		dap

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 45  Page 53

45

FRACTURES D'UN CORPS VERTÉBRAL SANS SÉQUELLE FONCTIONNELLE


	ii. Fracture par écrasement d'un corps vertébral, consolidée, sans séquelle fonctionnelle, ni instabilité		
204022	■ moins de 25 % du corps vertébral	2	
204031	■ 25 % et plus du corps vertébral	4	
204040	iii. Fracture(s) d'un ou plusieurs corps vertébral(aux), consolidée(s) <ul style="list-style-type: none"> ■ avec instabilité prouvée radiologiquement, mais sans séquelle neurologique, et non stabilisée par greffe après un an ■ avec séquelles fonctionnelles, sans séquelle neurologique se référer au tableau 12 des ankyloses de la colonne dorso-lombaire	6	dap
	■ avec séquelles neurologiques		dap
	évaluer en additionnant les pourcentages prévus pour la ou les fractures, les ankyloses (tableau 12) et les séquelles neurologiques, chap. IV		dap

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 46  Page 53

46

FRACTURES D'UN CORPS VERTÉBRAL AVEC INSTABILITÉ


	ii. Fracture par écrasement d'un corps vertébral, consolidée, sans séquelle fonctionnelle, ni instabilité		
204022	■ moins de 25 % du corps vertébral	2	
204031	■ 25 % et plus du corps vertébral	4	
204040	iii. Fracture(s) d'un ou plusieurs corps vertébral(aux), consolidée(s) <ul style="list-style-type: none"> ■ avec instabilité prouvée radiologiquement, mais sans séquelle neurologique, et non stabilisée par greffe après un an ■ avec séquelles fonctionnelles, sans séquelle neurologique se référer au tableau 12 des ankyloses de la colonne dorso-lombaire	6	dap
	■ avec séquelles neurologiques		dap
	évaluer en additionnant les pourcentages prévus pour la ou les fractures, les ankyloses (tableau 12) et les séquelles neurologiques, chap. IV		dap

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 47  Page 53

47

FRACTURES AVEC SÉQUELLES FONCTIONNELLES SANS SÉQUELLE NEUROLOGIQUE

	ii. Fracture par écrasement d'un corps vertébral, consolidée, sans séquelle fonctionnelle, ni instabilité		
204022	■ moins de 25 % du corps vertébral	2	
204031	■ 25 % et plus du corps vertébral	4	
204040	iii. Fracture(s) d'un ou plusieurs corps vertébral(aux), consolidée(s) <ul style="list-style-type: none"> ■ avec instabilité prouvée radiologiquement, mais sans séquelle neurologique, et non stabilisée par greffe après un an ■ avec séquelles fonctionnelles, sans séquelle neurologique se référer au tableau 12 des ankyloses de la colonne dorso-lombaire	6	dap
	■ avec séquelles neurologiques		dap
	évaluer en additionnant les pourcentages prévus pour la ou les fractures, les ankyloses (tableau 12) et les séquelles neurologiques, chap. IV		dap

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 48  Page 53

48

FRACTURES D'UN CORPS VERTÉBRAL AVEC SÉQUELLES NEUROLOGIQUES

204022	■	Fracture par écrasement d'un corps vertébral, consolidée, sans séquelle fonctionnelle, ni instabilité	2
204031	■	moins de 25 % du corps vertébral	4
204040	■	25 % et plus du corps vertébral	6

III. Fracture(s) d'un ou plusieurs corps vertébral(aux), consolidée(s)

- avec instabilité prouvée radiologiquement, mais sans séquelle neurologique, et non stabilisée par greffe après un an
- avec séquelles fonctionnelles, sans séquelle neurologique

se référer au tableau 12 des ankyloses de la colonne dorso-lombaire

dap

avec séquelles neurologiques

évaluer en additionnant les pourcentages prévus pour la ou les fractures, les ankyloses (tableau 12) et les séquelles neurologiques, chap. IV

dap

Page 53

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

CNESST

49

M. M-B

Signaleur routier qui présente des fractures par écrasement de D12, L1 et L2 traitées de façon conservatrice. Pas de séquelles neurologiques.

Les fractures sont consolidées avec une perte de hauteur de 20% du corps vertébral de D12, de 37% de L1 et de 17 % de L2.

Cliniquement, on retrouve une perte d'extension de 15°, une perte de 10° de flexion latérale droite et une perte de 10° de flexion latérale gauche. Les autres mouvements sont complets.

Le membre du BEM a produit le bilan des séquelles qui suit :

Page 53

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

CNESST

50

M. M-B

Séquelles actuelles

204022 Fx D12 avec écrasement de moins de 25%	2%
204031 Fx L1 avec écrasement de 25% et plus	4%
204022 Fx L2 avec écrasement de moins de 25%	2%
207635 Extension 15°	2%
207680 Flexion latérale droite 20°	1%
207724 Flexion latérale gauche 20°	1%

Séquelles antérieures

Nil

Autres déficits reliés à la bilatéralité

Nil

Ce bilan est-il conforme ?

Page 53

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

CNESST

51

FRACTURES AVEC SÉQUELLES FONCTIONNELLES SANS SÉQUELLE NEUROLOGIQUE

204022	■	Fracture par écrasement d'un corps vertébral, consolidée, sans séquelle fonctionnelle, ni instabilité	2
204031	■	moins de 25 % du corps vertébral	4
204040	■	25 % et plus du corps vertébral	6

III. Fracture(s) d'un ou plusieurs corps vertébral(aux), consolidée(s)

- avec instabilité prouvée radiologiquement, mais sans séquelle neurologique, et non stabilisée par greffe après un an
- avec séquelles fonctionnelles, sans séquelle neurologique

se référer au tableau 12 des ankyloses de la colonne dorso-lombaire

dap

avec séquelles neurologiques

évaluer en additionnant les pourcentages prévus pour la ou les fractures, les ankyloses (tableau 12) et les séquelles neurologiques, chap. IV

dap

Page 53

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

CNESST

52

FRACTURES VERTÉBRALES AVEC ANKYLOSES SANS SÉQUELLE NEUROLOGIQUE

Position retenue depuis le 1^{er} mai 2014 :

- Malgré que dans un cas semblable, les ankyloses donnent un pourcentage moindre que celui prévu pour les fractures sans séquelle
- Malgré que les fractures avec séquelles neurologiques permettent d'additionner les pourcentages prévus pour les fractures, les ankyloses et les séquelles neurologiques
- Le libellé du barème ne permet pas d'additionner les pourcentages des fractures sans séquelle et ceux des ankyloses pour une fracture sans séquelle neurologique
- On n'ajoute pas les pourcentages prévus pour les fractures à ceux prévus pour les ankyloses

Page 53

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

CNESST

53

M. M-B

Séquelles actuelles

204022 Fx D12 avec écrasement de moins de 25%	2%
204031 Fx L1 avec écrasement de 25% et plus	4%
204022 Fx L2 avec écrasement de moins de 25%	2%
207635 Extension 15°	2%
207680 Flexion latérale droite 20°	1%
207724 Flexion latérale gauche 20°	1%

Séquelles antérieures

Nil

Autres déficits reliés à la bilatéralité

Nil

Page 53

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

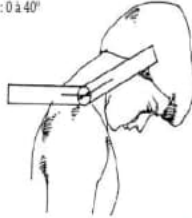
CNESST

54

ANKYLOSES DE LA COLONNE CERVICALE

- S'exprime en pourcentage de perte et non en degrés
- Attention avec pertes de 25% et de 50%

flexion antérieure
N : 0 à 40°



Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

23

CNESST

55

ANKYLOSES DE LA COLONNE CERVICALE

CODE % SAP

TABLEAU 11		ANKYLOSES PERMANENTES DE LA COLONNE CERVICALE	
207378	A. ANKYLOSE COMPLETE PERMANENTE	20	
B. ANKYLOSE INCOMPLETE			
■ Flexion antérieure (normale 0 à 40°)			
207387	perte de moins de 25%	< 10 degrés	1
207396	perte de 25% à moins de 50%	10 à < 20 degrés	1,5
207403	perte de 50% et plus	20 à 40 degrés	3
■ Extension (normale 0 à 30°)			
207410	perte de moins de 25%	< 7,5 degrés	1
207421	perte de 25% à moins de 50%	7,5 à < 15 degrés	1,5
207430	perte de 50% et plus	15 à 30 degrés	3

Page 97

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

23

CNESST

56

ANKYLOSES DE LA COLONNE CERVICALE

■ Flexion latérale (normale 0 à 40°)

□ droite

207449	perte de moins de 25 %	< 10 degrés	1
207458	perte de 25 % à moins de 50 %	10 à < 20 degrés	1,5
207467	perte de 50 % et plus	20 à 40 degrés	2

□ gauche

207476	perte de moins de 25 %	< 10 degrés	1
207485	perte de 25 % à moins de 50 %	10 à < 20 degrés	1,5
207494	perte de 50 % et plus	20 à 40 degrés	2

Page 97

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

23

CNESST

57

ANKYLOSES DE LA COLONNE CERVICALE

■ Rotation (normale 0 à 60°)

□ droite

207500	perte de moins de 25 %	< 15 degrés	1
207519	perte de 25 % à moins de 50 %	15 à < 30 degrés	3
207528	perte de 50 % et plus	30 à 60 degrés	5

□ gauche

207537	perte de moins de 25 %	< 15 degrés	1
207546	perte de 25 % à moins de 50 %	15 à < 30 degrés	3
207555	perte de 50 % et plus	30 à 60 degrés	5

Page 97

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

23

CNESST

58

MME S C

Couturière qui présente une **entorse cervicale** après avoir fait un faux mouvement en prenant des mesures pour raccourcir un pantalon. Lors de l'évaluation des séquelles, le PSQAC a identifié les mouvements cervicaux suivants :

Flexion antérieure : 40°
Extension : 30°
Flexion latérale droite : 50°
Flexion latérale gauche : 40°
Rotation droite : 65°
Rotation gauche : 60°

Séquelles actuelles :

203513 entorse cervicale avec séquelles fonctionnelles 2%

Ce bilan des séquelles est-il conforme ? Oui

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

23

CNESST

59

MOUVEMENTS ASYMETRIQUES DE LA COLONNE

Position retenue :

Comme les mouvements de flexion latérale et de rotation de la colonne sont normalement symétriques chez un individu, **une différence d'amplitude peut être considérée comme anormale**, même si le mouvement qui apparaît limité demeure dans les limites de la normale selon les « données conventionnelles » du barème

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

23

CNESST

60

M. C


Ce T a fait une chute dans un puits. Il a présenté **2 fractures de côtes à droite et 3 fractures de côtes à gauche**.
Le bilan des séquelles suivant est transmis par le PSQAC :

Séquelles actuelles
104675 fractures de côtes avec séquelles fonctionnelles mineures 1.5%

Séquelles antérieures
Nil

Autres déficits liés à la bilatéralité
Nil

Ce bilan des séquelles est-il conforme ? NON

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux 01 

61


CAGE THORACIQUE

Le pourcentage demeure le même **pour une ou plusieurs côtes fracturées**

b) FRACTURES DE CÔTES

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

104666	■ I. Fracture(s) consolidée(s) ou non consolidée(s)	
	■ sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique	0
104675	■ avec séquelles fonctionnelles mineures (névralgie inter-côtes, répercussion chondrocostale ou costovertébrale)	1.5
	■ avec séquelles importantes ayant des répercussions sur la fonction cardiorespiratoire se référant au(x) système(s) concerné(s)	4sp


Direction de l'accès au régime
et des services médicaux 02  Page 63

62

CAGE THORACIQUE

La bilatéralité s'applique-t-elle dans les cas suivants :

- Des fractures de côtes bilatérales avec séquelles fonctionnelles mineures ?
- Une luxation sterno-claviculaire gauche et une fracture de côtes à droite ?
- Une thoracotomie bilatérale pour cancer pulmonaire ?

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux 03 


63

BILATÉRALITÉ

Quatrième règle particulière du barème (page 5) :

Pour les membres, la bilatéralité s'établit de membre à membre, à savoir : membre supérieur droit avec membre supérieur gauche et membre inférieur droit avec membre inférieur gauche. Le membre supérieur inclut l'omoplate et la **clavicule**. (...)

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


Direction de l'accès au régime
et des services médicaux 04 

64

CAGE THORACIQUE

La bilatéralité s'applique-t-elle dans les cas suivants :

- Des fractures de côtes bilatérales avec séquelles fonctionnelles mineures ? **OUI**
- Une luxation sterno-claviculaire gauche et une fracture de côtes à droite ? **NON, la clavicule fait partie du membre supérieur**
- Une thoracotomie bilatérale pour cancer pulmonaire ? **OUI**

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux 05 

65

M. C.


Ce T a fait une chute dans un puits. Il a présenté **2 fractures de côtes à droite et 3 fractures de côtes à gauche**.

Séquelles actuelles
104675 fractures de côtes droites
avec séquelles fonctionnelles mineures 1.5%

104675 fractures de côtes gauches
avec séquelles fonctionnelles mineures 1.5%

Séquelles antérieures
Nil

Autres déficits liés à la bilatéralité
Nil

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux 06 

66

RÈGLEMENT ANNOTÉ SUR LE BARÈME DES DOMMAGES CORPORELS

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE ET DPJV

Direction de l'accès au régime et des services médicaux
Janvier 2025

Direction des services de l'accès au régime et des services médicaux
cnesst.gouv.fr




1

OBJECTIFS

À la fin de cette formation, vous serez en mesure de :

- Décrire les règles particulières du barème s'appliquant à l'évaluation du préjudice esthétique
- Identifier la position de la CNESST en regard du préjudice esthétique maximal pouvant être retenu
- Distinguer les atteintes esthétiques s'appliquant au visage de celles des autres parties du corps
- Définir la notion de pourcentage pour douleur et perte de jouissance de la vie

Direction des services de l'accès au régime et des services médicaux




2

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE (PE)

Chapitre XVIII du barème (page 271)

Direction des services de l'accès au régime et des services médicaux




3

RÈGLES PARTICULIÈRES

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

Direction des services de l'accès au régime et des services médicaux



4


RÈGLES PARTICULIÈRES

2) L'adhérence et la sensibilité d'une atteinte cicatricielle font partie du déficit anatomo-physiologique mais non du préjudice esthétique.

Exemples :

- Ankylose d'une articulation
- Perte de sensibilité secondaire à une brûlure

Direction des services de l'accès au régime et des services médicaux




5

RÈGLES PARTICULIÈRES

3) Les cicatrices chirurgicales doivent être évaluées comme les autres atteintes cicatricielles.

Direction des services de l'accès au régime et des services médicaux



6

RÈGLES PARTICULIÈRES

4) Une déformation au niveau d'une articulation est limitée à la valeur du pourcentage maximum de PE prévu pour le segment du membre en aval de la déformation.

Voir exemples à la page 286

7

DÉFORMATION DE L'ÉPAULE

TABLAU 35 (suite) PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS

Code	Description	0 PE	1 PE	Autres données
Z24104	Bras, épaule et coude		Z24201	Non apparent ou non sévère, la PE est de 0 % Modérée, la PE est de 0,5 %/seuil
Z24105	Non apparent ou léger		Z24202	
Z24106	Moyen		Z24203	
Z24107	Sévère			

Le pourcentage maximum de PE pour les deux bras incluant les deux épaules et les deux coudes est de 5 %.

Déformation au niveau de l'articulation de l'épaule
 Segment en aval : bras

Le PE est de 0, de 2 ou de 4 % selon que la modification de la forme et de la symétrie est légère, modérée ou sévère.

Exemple A
page 286

8

DÉFORMATION DU COUDE

TABLAU 35 (suite) PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS

Code	Description	0 PE	1 PE	Autres données
Z24107	Bras, épaule et coude		Z24201	Non apparent ou non sévère, la PE est de 0 % Modérée, la PE est de 0,5 %/seuil
Z24108	Non apparent ou léger		Z24202	
Z24109	Moyen		Z24203	
Z24110	Sévère			

Le pourcentage maximum de PE pour les deux bras et les deux coudes est de 10 %.

Déformation au niveau de l'articulation du coude
 Segment en aval : avant-bras

Le PE est de 0, de 2 ou de 5 % selon que la modification de la forme et de la symétrie est légère, modérée ou sévère.

Exemple B
page 286

9

DÉFORMATION DU POIGNET

Qu'en est-il pour une déformation au poignet ?

10

DÉFORMATION DU POIGNET

4) Une déformation au niveau d'une articulation est limitée à la valeur du % maximum de PE prévu pour le segment du membre en aval de la déformation.

11

DÉFORMATION DU POIGNET

224484 métacarpiens par métacarpien, jusqu'à concurrence d'un maximum de 2 % (pour les 2 mains)

Maximum pour un poignet est de 1%

Page 282

12

DÉFORMATION DU POIGNET

Déformation au niveau de l'articulation du poignet

Segment en aval : métacarpiens

Le PE est de 0, de 0,4, de 0,6 ou de 0,8, avec un maximum de 1 % selon l'importance de la déformation, en utilisant la valeur de l'amputation de un ou de plusieurs métacarpiens. Le même principe s'applique à la cheville.

Exemple C page 286

TABLEAU 25 (suite)		PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS		
Niveau de la partie		Niveau de la partie		
22428	Doigt d'annulaire	5,7%	22429	Doigt majeur
22429	Doigt annulaire ou ligier	3,4%	22430	Non appareillé au bras valide, le PE est de 0,5 %
22430	Middle	3,4%	22431	Doigt
22431	Doigt	0	22432	Doigt

Le pourcentage maximum de PE pour les deux mains est de 14 %.

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

13

CNESST

13

MME M

Cette dame s'est échappé une brigue sur le pouce droit. Il persiste une déformation modérée de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce.

Le PSQAC retient le préjudice esthétique suivant :

224279 modification modérée de la forme et de la symétrie de la main 4%

Qu'en pensez-vous ?

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

14

CNESST

14

DÉFORMATION DE L'ARTICULATION MÉTATARSO-PHALANGIENNE DU POUCE



Déformation au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce
Segment en aval : première phalange du pouce
Le PE est de 1 %, qui correspond à la valeur de l'amputation de cette phalange. Le même principe s'applique aux articulations des doigts et des orteils.

224475 pouce par phalange

Exemple D
page 286

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

15

CNESST

15

DÉFORMATION DE LA HANCHE ET DU GENOU

Membres inférieurs				
22422	Non appareillé ou ligier	0	22426	Non appareillé au bras valide, le PE est de 0,5 %
22423	Moderne	5	22427	Vétérans le PE est 1 %/an
22424	Shêtre	10		

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

Déformation au niveau de l'articulation de la hanche
Segment en aval : cuisse

Le PE est de 0, de 5 ou de 10 % selon l'importance de la modification de la forme et de la symétrie du membre inférieur. Le même principe s'applique au genou.

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

16

CNESST

16

MME L-D

Cette travailleuse a subi une fracture de la cheville droite à la suite d'une chute avec déformation modérée résiduelle de l'articulation.

Le PSQAC a retenu le bilan des séquelles suivant :

222331 modification modérée forme et symétrie cheville droite 5%

Qu'en pensez-vous ?

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

17

CNESST

17

DÉFORMATION DE LA CHEVILLE

Déformation au niveau de l'articulation du poignet
Segment en aval : métacarpiens

Le PE est de 0, de 0,2 0,4 0,6 0,8 avec un maximum de 1 % selon l'importance de la déformation, en utilisant la valeur de l'amputation de un ou de plusieurs métacarpiens. Le même principe s'applique à la cheville.

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

18

CNESST

18

DÉFORMATION DE LA CHEVILLE

0,2% par métatarse
224572 métatarsiens par métatarsien, jusqu'à concurrence d'un maximum de 1 %

0,2

CNESST

19

M. Y D

Employé d'une quincaillerie. Il s'est échappé un marteau sur le pied droit. Fracture de la 1^{ère} phalange du 1er orteil droit avec déformation modérée de la MTP.

Quel est le préjudice esthétique à retenir à votre avis ?

CNESST

20

M. Y D

224554 orteils à l'exception du gros orteil par phalange, jusqu'à concurrence d'un maximum de 1 % 0,2

224563 gros orteil par phalange 0,5

CNESST

21

RÈGLES PARTICULIÈRES

5) L'évaluation du préjudice esthétique est fondée sur **les notions de déformation ou de défiguration** modifiant la forme, la symétrie, la physionomie ou l'apparence générale.

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

Aussi, **les atteintes cicatricielles ou les déformations doivent d'abord être évaluées par leur impact sur la symétrie, la physionomie ou l'apparence générale** plutôt que simplement par leur dimension et leur apparence.

CNESST

22

RÈGLES PARTICULIÈRES

5) L'évaluation du préjudice esthétique est fondée sur **les notions de déformation ou de défiguration** modifiant la forme, la symétrie, la physionomie ou l'apparence générale.

TABLEAU 25 (suite) PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS				
Code	Libellé	Préjudice	Préjudice	Remarque
224554	orteils à l'exception du gros orteil par phalange, jusqu'à concurrence d'un maximum de 1 %	0,2	0,2	
224563	gros orteil par phalange	0,5	0,5	

CNESST

23

RÈGLES PARTICULIÈRES

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

TABLEAU 25 (suite) PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS				
Code	Libellé	Préjudice	Préjudice	Remarque
224554	orteils à l'exception du gros orteil par phalange, jusqu'à concurrence d'un maximum de 1 %	0,2	0,2	
224563	gros orteil par phalange	0,5	0,5	

CNESST

24

RÈGLES PARTICULIÈRES

5) Aussi, les atteintes cicatricielles ou les déformations doivent d'abord être évaluées par leur impact sur la symétrie, la physionomie ou l'apparence générale plutôt que simplement par leur dimension et leur apparence.

CCOE	Classes d'atteintes et déformations	Atteintes cicatricielles	% PE
22400	Atteintes et cicatrices (atrophie)	Non atteinte	0
22401	Atteinte ou cicatrice anatomique le PE est de 10 %	Atteinte ou cicatrice anatomique	10
		Atteinte ou cicatrice anatomique	10
		Atteinte ou cicatrice anatomique	10
		Atteinte ou cicatrice anatomique	10
22402	Atteinte ou cicatrice anatomique	Atteinte ou cicatrice anatomique	20
		Atteinte ou cicatrice anatomique	20
22403	Atteinte ou cicatrice anatomique	30	
22404	Atteinte ou cicatrice anatomique	40	
22405	Atteinte ou cicatrice anatomique	50	

Direction de l'accès au régime et des services médicaux CNESS

25

RÈGLES PARTICULIÈRES

6) Les règles d'évaluation à suivre pour l'utilisation des tableaux 34 (préjudice esthétique de la face) et 35 (préjudice esthétique des autres parties du corps) sont indiquées au début de chaque tableau.

Direction de l'accès au régime et des services médicaux CNESS

26

TABLEAU 34 PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE

Règles d'évaluation

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

- front
- orbite (chaque orbite constitue un élément)
- paupière (chaque paupière constitue un élément)
- œil, partie visible du globe oculaire (chaque œil constitue un élément)
- nez (chaque nez constitue un élément)
- nez (inclut les narines et la base)
- lèvres (chaque lèvre constitue un élément)
- oreille (chaque oreille constitue un élément)
- menton

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

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

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

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

Voir les exemples 1 et 2 à la fin de ce chapitre.

Direction de l'accès au régime et des services médicaux CNESS

27

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE

CCOE	Classes d'atteintes et déformations	Atteintes cicatricielles	% PE
22400	Atteintes	Non atteinte	0
22401	Atteinte ou cicatrice anatomique	Atteinte ou cicatrice anatomique	10
		Atteinte ou cicatrice anatomique	10
22402	Atteinte ou cicatrice anatomique	Atteinte ou cicatrice anatomique	20
		Atteinte ou cicatrice anatomique	20
22403	Atteinte ou cicatrice anatomique	30	
22404	Atteinte ou cicatrice anatomique	40	
22405	Atteinte ou cicatrice anatomique	50	

Direction de l'accès au régime et des services médicaux CNESS

28

TABLEAU 35 PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS

Règles d'évaluation

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

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

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

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

Voir l'exemple 3 à la fin de ce chapitre.

Direction de l'accès au régime et des services médicaux CNESS

29

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS

CCOE	Classes d'atteintes et déformations	% PE	OU	CCOE	Atteinte cicatricielle
22406	Atteintes ou cicatrices anatomiques	0	OU	22406	Non atteinte ou tout visage, le PE est de 0 %
22407	Atteintes ou cicatrices anatomiques	4		22407	Visage le PE est de 2 %/cm ²
22408	Atteintes ou cicatrices anatomiques	6		22408	Visage le PE est de 3 %/cm ²
Le pourcentage maximum de PE est de 30 %.					
Cou					
Déterminé à l'arrière par la base de l'occiput et les premières côtes et à l'avant par la ligne du menton et l'angle frontal incluant les articulations antérieures cervicales.					
22417	Atteintes ou cicatrices anatomiques	0	OU	22417	Non atteinte ou tout visage, le PE est de 0 %
22418	Atteintes ou cicatrices anatomiques	10		22418	Visage le PE est de 1 %/cm ²
22419	Atteintes ou cicatrices anatomiques	15		22419	Visage le PE est de 1 %/cm ²
Le pourcentage maximum de PE est de 15 %.					

Direction de l'accès au régime et des services médicaux CNESS

30

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE (PE)

- Les règles d'évaluation de la **face** sont différentes (p 275) de celles des **autres parties du corps** (p 278) :

Face : Même les cicatrices non vicieuses sont compensables.
S'il y a à la fois modification de la forme et de la symétrie et atteinte cicatricielle, **on additionne le %** des deux jusqu'à concurrence du maximum prévu pour la classe déterminée

Autres parties du corps : les cicatrices vicieuses seulement compensables. On retient le % le plus élevé, soit de la déformation, soit l'atteinte cicatricielle en n'excédant pas le % maximum prévu pour la partie du corps qui correspond à une atteinte sévère

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 22

31

RÈGLES PARTICULIÈRES

7) Pour être indemnisables, les atteintes cicatricielles ou les déformations doivent être **apparentes lorsque non revêtues.**

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 22

32

RÈGLES PARTICULIÈRES

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

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 22

33

RÈGLES PARTICULIÈRES

9) Les pourcentages de PE pour tégangiectasies cutanées sont inscrits sous le titre : *Tégangiectasies cutanées* (page 282).

TÉLANGIECTASIES CUTANÉES		
224411	Classe 1 Légère atteinte du tronc	0,5
224420	Classe 2 Atteinte modérée du tronc	1
224439	Classe 3 Atteinte du tronc et des membres	2
224448	Classe 4 Atteinte du tronc, des membres et de la face	3

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 22

34

RÈGLES PARTICULIÈRES

10) Le pourcentage de PE pour énucléation de l'œil est inscrit sous le titre : *Oeil* (page 282).

OÛIL		
224457	Énucléation avec ou sans remplacement par prothèse	5

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

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 22

35

RÈGLES PARTICULIÈRES

11) Les pourcentages relatifs au PE d'amputation partielle ou totale du membre supérieur ou du membre inférieur sont inscrits sous le titre : *Préjudice esthétique d'amputation partielle ou totale des membres* (page 282 – 283).

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE D'AMPUTATION PARTIELLE OU TOTALE DES MEMBRES			Membre inférieur		
224458	Amputation partielle	5,5	224459	Amputation partielle	5,5
224459	Amputation totale	1	224460	Amputation totale	1
224460	Amputation partielle	5,5	224461	Amputation partielle	5,5
224461	Amputation totale	1	224462	Amputation totale	1
224462	Amputation partielle	5,5	224463	Amputation partielle	5,5
224463	Amputation totale	1	224464	Amputation totale	1
224464	Amputation partielle	5,5	224465	Amputation partielle	5,5
224465	Amputation totale	1	224466	Amputation totale	1

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 22

36

M. P

Boulangier qui a subi une fracture ouverte du tibia gauche réduite chirurgicalement il y a 5 mois. Il présente une cicatrice de 8 cm² à la jambe gauche avec modification sévère de la forme et symétrie.

PE actuel :

223340 modification sévère membre inférieur gauche 10 %

Ce bilan des séquelles est-il conforme ?

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

27

CNESST

37

RÈGLES PARTICULIÈRES

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

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

28

CNESST

38

RÈGLES PARTICULIÈRES

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

4^{ème} note explicative (page 3) :

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

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

29

CNESST

39

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE MAXIMUM**Position retenue jusqu'au 13 février 2011 :**

On maintenait que le PE pour une atteinte cicatricielle à un seul membre ou à un seul côté du tronc ne devrait pas dépasser la moitié du maximum prévu pour les deux membres ou les deux côtés.

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

30

CNESST

40

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE MAXIMUM**Nouvelle orientation depuis le 14 février 2011 :**

Le PE maximum pour une atteinte cicatricielle au tronc et aux membres correspond au PE maximum prévu pour les 2 parties du tronc ou les 2 membres même si une seule partie du tronc ou un seul membre est atteint.

Une fois ce maximum atteint, toute atteinte cicatricielle supplémentaire à la même région du corps (du même côté ou du côté opposé) ne pourra donner droit à un pourcentage supplémentaire.

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

31

CNESST

41

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE MAXIMUM

Région	Maximum
Bras, épaule et coude	8%
Avant-bras et poignet	10%
Main	16%
Tronc	12%
Membre inférieur	20%

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

32

CNESST

42

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE MAXIMUM

Voir lettre-type à la Banque des Connaissances (Notes de service) sur le Site Médical

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

43

43

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE MAXIMUM

Un travailleur présente une cicatrice vicieuse au membre inférieur droit de 13 cm² suite à un événement survenu en 2008. Le travailleur se fait réopérer pour enlever son ostéosynthèse en 2014 et la cicatrice demeure vicieuse mais avec 15 cm² de surface.

Le bilan des séquelles suivant est soumis pour le PSQAC :

Séquelles actuelles		
224402	cicatrice vicieuse de 15 cm ²	15 %
Séquelles antérieures		
224402	cicatrice vicieuse de 13 cm ²	10 %
Autres déficits liés à la bilatéralité		
Nil		

Ce bilan est-il conforme ?

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

44

44

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE MAXIMUM

Un travailleur présente une cicatrice vicieuse au membre inférieur droit de 13 cm² suite à un événement survenu en 2008. Le travailleur se fait réopérer pour enlever son ostéosynthèse en 2014 et la cicatrice demeure vicieuse mais avec 15 cm² de surface.

Bilan des séquelles corrigé :

Séquelles actuelles		
224402	cicatrice vicieuse de 15 cm ² (aggravation de 2 cm ²)	12 %
Séquelles antérieures		
224402	cicatrice vicieuse de 13 cm ²	10 %
Autres déficits liés à la bilatéralité		
Nil		

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

45

45

M. B. K

M. B. K. a subi une amputation sous le genou droit avec cicatrice vicieuse de 26 cm² au moignon.

Pouvez-vous établir le bilan des séquelles à retenir pour cette condition ?

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

46

46

M. B. K

Séquelles actuelles

DAP		
102686	amputation sous le genou	35%
PE		
224625	amputation au niveau de la jambe	8 %
224402	cicatrice vicieuse de 26 cm ²	20 %

Séquelles antérieures

Nil

Autres déficits liés à la bilatéralité

Nil

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

47

47

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE

Règles d'évaluation :

La face est divisée en 9 éléments anatomiques (page 275) :

- Front
- Orbite (chaque orbite constitue un élément)
- Paupière (chaque paupière constitue un élément)
- Œil, partie visible du globe oculaire (chaque œil constitue un élément)
- Joue (chaque joue constitue un élément)
- Nez (inclut les narines et la base)
- Lèvre (chaque lèvre constitue un élément)
- Oreille (chaque oreille constitue un élément)
- Menton

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

48

48

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE

Procédure d'évaluation :

- 1) L'importance du PE affectant la face doit d'abord être appréciée globalement en fonction de la physionomie, afin de déterminer la classe d'atteinte
- 2) Déterminer le nombre d'éléments déformés
- 3) Évaluation de l'atteinte cicatricielle (même les cicatrices non vicieuses sont compensables au niveau de la face)
- 4) L'addition du pourcentage obtenu en 2 et 3 ne doit pas excéder le pourcentage maximum prévu pour la classe déterminée de 1 à 4
- 5) Pour les classes 5 et 6, la modification de la forme et de la symétrie et l'atteinte cicatricielle sont considérés comme un tout

Direction de l'accès au régime et des services médicaux CNESST

49

Étape 1

TABLEAU 24		PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE	
Code	Classe d'atteinte et du préjudice	Atteinte caractéristique	% du total
224001	Classe 1 Atteinte	Non atteinte	0
224002	Classe 2 Trois lignes	Non atteinte (à 20 ans de 1, 6,1,2,3,4)	0
224003	Classe 3 Lignes	Atteinte	Non atteinte à 20 ans de 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100

Direction de l'accès au régime et des services médicaux CNESST

50

Étape 2

TABLEAU 24		PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE	
Code	Classe d'atteinte et du préjudice	Atteinte caractéristique	% du total
224001	Classe 1 Atteinte	Non atteinte	0
224002	Classe 2 Trois lignes	Non atteinte (à 20 ans de 1, 6,1,2,3,4)	0
224003	Classe 3 Lignes	Atteinte	Non atteinte à 20 ans de 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100

Direction de l'accès au régime et des services médicaux CNESST

51

Étape 3

TABLEAU 24		PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE	
Code	Classe d'atteinte et du préjudice	Atteinte caractéristique	% du total
224001	Classe 1 Atteinte	Non atteinte	0
224002	Classe 2 Trois lignes	Non atteinte (à 20 ans de 1, 6,1,2,3,4)	0
224003	Classe 3 Lignes	Atteinte	Non atteinte à 20 ans de 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100

Direction de l'accès au régime et des services médicaux CNESST

52

Étape 4

TABLEAU 24		PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE	
Code	Classe d'atteinte et du préjudice	Atteinte caractéristique	% du total
224001	Classe 1 Atteinte	Non atteinte	0
224002	Classe 2 Trois lignes	Non atteinte (à 20 ans de 1, 6,1,2,3,4)	0
224003	Classe 3 Lignes	Atteinte	Non atteinte à 20 ans de 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100

Direction de l'accès au régime et des services médicaux CNESST

53

Étape 5

TABLEAU 24		PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE	
Code	Classe d'atteinte et du préjudice	Atteinte caractéristique	% du total
224001	Classe 1 Atteinte	Non atteinte	0
224002	Classe 2 Trois lignes	Non atteinte (à 20 ans de 1, 6,1,2,3,4)	0
224003	Classe 3 Lignes	Atteinte	Non atteinte à 20 ans de 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100

Direction de l'accès au régime et des services médicaux CNESST

54

M. R-L

T qui a chuté dans un escalier. Il a subi un léger enfoncement de la paroi orbitaire droite avec une cicatrice apparente, non vicieuse de 3.4 cm².

Quel est le bilan des séquelles à retenir ?

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

23

55

M. R-L**Séquelles actuelles**

PE		
224028	Déformation de l'orbite droit	3 %
224028	Cicatrice de 3.4 cm ²	3.4 %

Séquelles antérieures

Nil

Autres déficits reliés à la bilatéralité

Nil

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

23

56

M. L

Camionneur qui a fait un accident de la route en terminant sa course dans un fossé. Il présente une atteinte de la physionomie de la face apparente et qui retient l'attention. Un enfoncement de la partie inférieure de l'orbite gauche ainsi que de l'os malaire gauche sont présents.

Le nez est légèrement dévié vers la droite.

Il y a une légère déformation (par perte de substance) à la lèvre supérieure gauche. Il persiste les 3 cicatrices suivantes :

- lèvre supérieure gauche, apparente et non vicieuse de 3,5 cm de longueur par 0,2 cm de largeur
- joue gauche, vicieuse, de 6 cm de longueur par 0,2 cm de largeur
- front, vicieuse, de 5 cm de longueur par 0,2 cm de largeur

Quelle est l'atteinte esthétique qui s'applique à cette condition ?

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

27

57

M. L

1)	Atteinte globale de la physionomie : classe 4		
2)	224037	Modification de la forme et de la symétrie affectant plus de 2 éléments anatomiques	PE 20 %
	224037	Cicatrice non vicieuse lèvre	
		3,5cm x 0,2cm x 1 %/cm ²	PE 0,7 %
		Cicatrice vicieuse joue	
		6cm x 0,2cm x 3 %/cm ²	PE 3,6 %
		Cicatrice vicieuse front	
		5cm x 0,2cm x 3 %/cm ²	PE 3,0 %
3)	Additionne	Total	PE 27,3 %

Cependant, le maximum prévu à cette classe est de 20 % et ne peut être dépassé. Le travailleur aura donc droit à un PE maximum de 20 %

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

23

58

**PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE
DES AUTRES PARTIES DU CORPS****Procédure d'évaluation :**

- 1) Déterminer le siège du PE
- 2) Évaluer s'il y a déformation (légère, modérée, sévère)
- 3) Mesurer les atteintes cicatricielles (seules les cicatrices vicieuses sont compensables)
- 4) Retenir le pour le plus élevé, soit de la déformation ou de l'atteinte cicatricielle (le pourcentage retenu ne doit pas excéder le pourcentage maximum prévu pour cette partie du corps)

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

23

59

**PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE
DES AUTRES PARTIES DU CORPS**

TABLEAU 25 (suite) PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS

Code	Description de la lésion et de la cicatrice (si applicable)	% PE	Code	Atteinte correspondante
224360	Non apparente ou légère	0	224371	Non apparente ou non déformante, la PE est de 0 %
224370	Moyenne	4	224380	Moyenne
224380	Sévère	8	224390	La PE est de 1 %/cm ²
Le pourcentage maximum de PE pour les deux tables est de 16 %.				
Table				
224371	Non apparente ou légère	0	224377	Non apparente ou non déformante, la PE est de 0 %
224374	Moyenne	2	224386	Moyenne
224375	Sévère	4	224395	La PE est de 0,5 %/cm ²
Le pourcentage maximum de PE pour la table (sauf dans le cas contraire) est de 12 %.				
Membres inférieurs				
224322	Non apparente ou légère	0	224336	Non apparente ou non déformante, la PE est de 0 %
224331	Moyenne	1	224343	Moyenne
224340	Sévère	3	224350	La PE est de 1 %/cm ²
Le pourcentage maximum de PE pour les deux membres inférieurs est de 20 %.				

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

23

60

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS

Attention :

Codes différents pour la modification de la forme et de la symétrie et pour les atteintes cicatricielles

TABLEAU 25 (suite) PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS			
Code	Description de la lésion et de son caractère	OU	
		% PE	Atteinte corporelle
234300	Membre	0	Non applicable en tant qu'échelle, le PE est de 0 %.
234370	Membre	4	Non applicable en tant qu'échelle, le PE est de 1 % car
234380	Membre	6	Non applicable en tant qu'échelle, le PE est de 1 % car
Le pourcentage maximum de PE pour les deux membres est de 10 %.			
234390	Tronc	0	Non applicable en tant qu'échelle, le PE est de 0 %.
234394	Membre	3	Non applicable en tant qu'échelle, le PE est de 0 %.
234310	Membre	6	Non applicable en tant qu'échelle, le PE est de 0 %.
Le pourcentage maximum de PE pour les deux membres est de 12 %.			
234320	Membre inférieur	0	Non applicable en tant qu'échelle, le PE est de 0 %.
234310	Membre	5	Non applicable en tant qu'échelle, le PE est de 1 % car
234310	Membre	10	Non applicable en tant qu'échelle, le PE est de 1 % car
Le pourcentage maximum de PE pour les deux membres inférieurs est de 20 %.			

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

CNESST

61

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS

- Ne pas oublier le maximum de PE applicable selon chaque segment anatomique
- Un PE préexistant peut être aggravé

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

CNESST

62

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS

Ces cicatrices correspondent à quel siège anatomique ?

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

<http://dci.senimg.com/F2111388963ca75.jpg>

CNESST

63

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS

Pour la détermination du PE :

Le tronc est délimité avec le membre inférieur pour la ligne inguinale. Une cicatrice à la crête iliaque ou une chirurgie inguinale est considérée au tronc.

Pour la détermination de la bilatéralité :

Le bassin fait partie du membre inférieur (4^{ème} règle particulière à la page 5)

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

CNESST

64

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE (PE)

- Le PE doit être **apparent**, c'est-à-dire qu'il n'est pas nécessaire de porter attention particulière pour le remarquer
- La **déformation et l'atteinte cicatricielle** constituent les deux aspects quantifiables dans l'évaluation
- L'atteinte cicatricielle se mesure en **cm² de surface**
- Le **temps minimum** précédant l'évaluation d'une atteinte cicatricielle résultant d'une lésion professionnelle est de six mois
- Les calculs relatifs à la fixation des pourcentages des dommages corporels sont effectués en tenant compte des **deux premières décimales**

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

CNESST

65

MME B

Employée d'un camp de vacances.
A chuté il y a 4 mois d'un mur d'escalier.
Diagnostic reconnu : fracture de l'humérus gauche.
À l'examen lors du REM : déformation modérée humérus gauche avec cicatrice vicieuse de 18 cm² au bras gauche.

Le PSQAC vous demande quel est le préjudice esthétique qui pourrait être appliqué.

Que lui répondez-vous ?

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

CNESST

66

MME B

Si évaluation après 6 mois :

Séquelles actuelles :

224233 cicatrice vicieuse de 18 cm carré au bras gauche 8 %

Car maximum de PE atteint en conformité avec le barème

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

67

CNESST

67

M. M-R

Éducateur dans une garderie qui présente une cicatrice vicieuse de 4 cm² à la jambe gauche à la suite d'une chute.

À l'examen, il présente également une cicatrice vicieuse de 22 cm² à la jambe droite survenue vers l'âge de 16 ans lors d'une altercation avec un autre adolescent.

Le PSQAC vous appelle afin de savoir comment compléter le bilan des séquelles pour cette atteinte esthétique.

Que lui répondez-vous ?

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

68

CNESST

68

M. M-R

Séquelles actuelles :

224402 Cicatrice vicieuse 4 cm² jambe gauche 4%
224402 Cicatrice vicieuse 22 cm² jambe droite 22%

Maximum de PE conformément au barème 20%

Séquelles antérieures :

224402 Cicatrice vicieuse 22 cm² jambe droite 22%

Maximum de PE conformément au barème 20%

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

69

CNESST

69

MME G

Travailleuse gauchère qui a reçu un coup de masse sur la main gauche de son collègue un peu gauche.

Elle demeure avec une déformation grossière de l'ongle du 5^e doigt gauche.

L'agente vous soumet le bilan des séquelles suivant soumis par le PSQAC :

Séquelles actuelles :

224279 modification modérée forme et symétrie main gauche 4%

Qu'en pensez-vous ?

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

70

CNESST

70

MME G

Un pourcentage de PE pour déformation de la partie distale du doigt par analogie à une amputation serait acceptable :

224466 déformation phalange distale 5^e doigt gauche par analogie 0.5%

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

71

CNESST

71

Douleurs et perte de jouissance de la vie (DPJV)

Le barème des DPJV se présente sous forme d'une table d'équivalence mathématique

Le pourcentage de DPJV débute à 0,01 % de la somme des DAP ou des PE avec un maximum de 50 % de la somme lorsque celle-ci excède 70 %

Le DPJV s'applique au DAP et au PE de façon distincte

$$APIPP = [(DAP + BIL) + DPJV] + [PE + DPJV]$$

Le DPJV est calculé informatiquement par la Commission

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

72

CNESST

72

TABLE DE DPJV		
Somme des pourcentages de DAP ou de FE		DPJV %
225009	0,01 à 0,99	0,01
225018	1 à 1,99	0,1
225027	2 à 2,99	0,2
225036	3 à 3,99	0,3
225045	4 à 4,99	0,4
225054	5 à 5,99	0,75
225063	6 à 6,99	0,9
225072	7 à 7,99	1,05
225081	8 à 8,99	1,2
225090	9 à 9,99	1,35
225107	10	1,5
Somme des pourcentages de DAP ou de FE		DPJV %
225688	67,01 à 69	30,6
225697	69,01 à 69	31,05
225704	69,01 à 70	31,5
225713	70,01 et plus	30 % du pourcentage de DAP ou de FE

arithmétique entre 0,01 et 10

exponentielle entre 10 et 70

arithmétique > 70

73

Douleurs et perte de jouissance de la vie (DPJV)

DPJV pour la fonction sexuelle :

- Appareil génital femelle (page 198)
- Appareil génital mâle (page 203)

- Les pourcentages seront attribués, le cas échéant, que s'il y a troubles de la fonction sexuelle résultant de **séquelles permanentes aux organes génitaux externes ou internes** prévues à ce chapitre
- Ce DPJV est retenu par le PSQAC qui produit le REM

74

Douleurs et perte de jouissance de la vie (DPJV)

N. REVU	
220404	0
220405	5
220406	10
220407	15
220408	30

75

76

ATELIER 9

RÈGLEMENT ANNOTÉ SUR LE BARÈME DES DOMMAGES CORPORELS ET INDEMNITÉS POUR PRÉJUDICES CORPORELS

Direction de l'expertise médicale et des services de santé
Février 2026

Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail
cnesst.qc.ca





1

REPRODUCTION INTERDITE

Toute reproduction ou diffusion de cette formation est interdite sans l'autorisation de la Direction de l'expertise médicale et des services de santé de la CNESST.

Elle seule peut permettre à un tiers d'en utiliser le contenu.

Direction de l'expertise médicale et des services de santé




2

OBJECTIFS

À la fin de cet atelier, vous serez en mesure de :

- Identifier la structure du Règlement annoté sur barème des dommages corporels
- Décrire les notions de déficit anato-mo-physiologique, de préjudice esthétique et de bilatéralité
- Définir les principes concernant la détermination de l'indemnité pour préjudice corporel

Direction de l'expertise médicale et des services de santé



3

RÈGLEMENT ANNOTÉ SUR LE BARÈME DES DOMMAGES CORPORELS

[Accueil | Commission des normes de l'équité de la santé et de la sécurité du travail - CNESST \(qouv.qc.ca\)](#)



Direction de l'expertise médicale et des services de santé




4

RÈGLEMENT ANNOTÉ SUR LE BARÈME DES DOMMAGES CORPORELS

- Août 1985 : Entrée en vigueur de la LATMP
- Octobre 1987: Entrée en vigueur du règlement
- Avril 1988 : Début de son application

Direction de l'expertise médicale et des services de santé




5

AUTEURS ET RÉFÉRENCES

- Médecins de la CSST
- 40 médecins spécialistes délégués par 16 associations
- 3 médecins de la SAAQ
- 1 médecin omnipraticien
- Principaux barèmes nord-américains et européens (surtout le « Guide to the Evaluation of Permanent Impairment » de l'American Medical Association)
- Études actuarielles

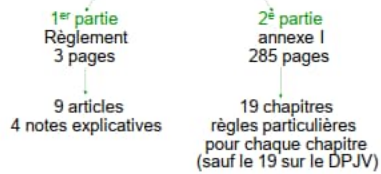
Direction de l'expertise médicale et des services de santé



6

RÈGLEMENT ANNOTÉ SUR LE BARÈME DES DOMMAGES CORPORELS

CONTENU DU RÈGLEMENT



Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

7

CNESST

7

RÈGLEMENT ANNOTÉ SUR LE BARÈME DES DOMMAGES CORPORELS

1^{er} partie : Règlement

Neuf articles qui énoncent les principes de base relatifs à :

- APIPP
- DPJV
- dépassement du 100 %
- aggravation
- la bilatéralité
- son contenu général

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

8

CNESST

8

RÈGLEMENT ANNOTÉ SUR LE BARÈME DES DOMMAGES CORPORELS

2^e partie : Annexe I (le barème médical)

- 1) **DAP**
chapitres I à XVII
barème sur les déficits anatomo-physiologiques
- 2) **PE**
chapitre XVIII
barème sur le préjudice esthétique
- 3) **DPJV**
chapitre XIX
barème sur la douleur et la perte de jouissance de la vie

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

9

CNESST

9

RÈGLEMENT ANNOTÉ SUR LE BARÈME DES DOMMAGES CORPORELS

CODE PARTICULIER POUR CHAQUE SÉQUELLE

	■ vi. Ménisectomie sans séquelle fonctionnelle	
103033	☐ interne	1
103042	☐ externe	1
103051	☐ interne et externe	2
	■ avec séquelles fonctionnelles	
103060	☐ interne	1
103079	☐ externe	1
103088	☐ interne et externe	2

de plus, se référer au tableau 8 des ankyloses
du genou et au tableau 9 des instabilités du
genou

dap

Page 39

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

10

CNESST

10

EXPLICATIONS COMPLÉMENTAIRES

Encadrés gris

Pour faciliter la fixation des pourcentages de DAP propre à chaque séquelle permanente à la main, les tableaux A à F placés après les schémas de la main indiquent les pourcentages relatifs aux amputations partielles ou totales et aux ankyloses incomplètes ou complètes de la main ainsi que le code correspondant à chacune de ces séquelles.

Page 15

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

11

CNESST

11

EXEMPLES D'ÉVALUATION

EXEMPLE D'ÉVALUATION DE LA VISION

Pourcentage d'efficacité visuelle dans son entier

Œil gauche

- a) *Acuité visuelle*
 - Vision de près de 14/28.
 - Vision à distance de 20/80.
 - Selon le tableau 19, le déficit de la vision centrale est de 25 %.

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

Page 173

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

12

CNESST

12

INDEX ALPHABÉTIQUE

INDEX ALPHABÉTIQUE

<p>A. Akébia (cédille) pour transcriptions, 142 Accommodation, paralysie de T, 373 Acouïe visuelle centrale, 161, 167, 168, 169 Allergie (sensibilisation), causes, 209 pulmonaire, 265 ovine, 243 Amputation, doigts, 15, 18 à 24, 26 à 29 membre inférieur, 34 membre supérieur, 7 orofaciale, 30 penses, 15, 17, 20, 26 Ankylose, voir le site de l'arthrose Anémies, 120 Anus, 219 Aphakie, 132 Appareil auditif, 179 Appareil digestif, fœtal, 196 adulte, 200 Appareil urinaire, 189 Sacrum, 192 reins, 190</p>	<p>Atteintes des tissus mous, membre inférieur, 44 membre supérieur, 32 Atrophie, membre inférieur, tableau 7, 86 membre supérieur, tableau 5, 81 Audition, 177 B. Bassin, ostéome, 33, 34 fracture, 32 lomb. lésion, 38 Bassinet, 192 Biopsie, tumeur, 10 rétro, 10 Buse, 7, 8 Bursite, 267, 268, 269 C. Calcium, 62 Carotide interne, transcutané, 142 Corps, 12, 13 Cataracte, 172</p>
--	---

Page 291

13

INDEX NUMÉRIQUE DES CODES

Index numérique des codes

INDEX NUMÉRIQUE DES CODES

Code	Page	Code	Page
1			
100010	7	100430	12
100027	7	100439	12
100036	7	100447	12
100043	7	100456	12
100054	7	100465	12
100063	7	100474	12
100072	7	100483	12
100081	7	100492	12
100090	8	100501	12
100107	8	100510	12
100116	8	100519	12
100125	8	100528	12
100134	8	100537	12
100143	8	100546	12
100152	8	100555	12
100161	9	100564	12
100170	9	100573	12
		100582	12
		100591	12

Page 299

14

UTILITÉ DES CODES

PRÉFIXE : APPLICATION DU PRINCIPE DE BILATÉRALITÉ

• **PRÉFIXE :** 1 2 3 4 5 6

Préfixe 1 : bilatéralité s'applique (ex. : membres, SNP)
Préfixe 2 : bilatéralité ne s'applique pas (ex. : sacrum, SNC)
Préfixe 3 : un seul des deux organes symétriques est atteint (ex. : système maxillo-facial)
Préfixe 4 : les deux organes symétriques sont atteints et la bilatéralité est déjà appliquée (ex. : hernies inguinales)

Direction de l'inspection médicale et des services de santé

15

UTILITÉ DES CODES

CODE DE SÉQUELLE : REPÉRAGE DES SÉQUELLES

• **CODE DE SÉQUELLE :** 1 2 3 4 5 6

code séquentiel : sert à identifier numériquement et de façon séquentielle chacun des déficits

- le premier déficit porte le numéro 0001 (désarticulation inter-scapulo-thoracique page 7)
- le dernier déficit porte le code 2371 (asthme professionnel Tableau 33 page 268)
- le PE débute avec le numéro 2400 page 276
- le DPJV débute avec le numéro 2500 page 287

Direction de l'inspection médicale et des services de santé

16

UTILITÉ DES CODES

CHIFFRE VALIDEUR

• **CHIFFRE VALIDEUR :** 1 2 3 4 5 6

Suffixe : numéro auto-valideur des chiffres qui précèdent

Direction de l'inspection médicale et des services de santé

17

UTILITÉ DES CODES

Trouver le code 105406

Direction de l'inspection médicale et des services de santé

18

ANNEXE 1 - BILAN DES SÉQUELLES

B. EXTENSION
L'extension est inscrite de 100 à 1000 ou de points limite de flexion à 10° ou au point limite d'extension.
Extension jusqu'à

Code	Degrés	taux
105353	10	10
105362	30	3
105371	50	2
105380	70	4
105399	80	5
105408	90	6
105417	100	7
105424	110	8
105433	120	9
105442	130	11
105451	140	12
105460	150	13
105479	160	14
105488	170	15
105497	180	17
105503	190	18

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

19

DÉTERMINATION DU BILAN DES SÉQUELLES

Évaluation de l'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique (APIPP)

Règlement annoté sur le barème des dommages corporels (gouv.qc.ca)



Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

20

BILAN DES SÉQUELLES

Comment établir le bilan des séquelles :

- Évaluation des atteintes permanentes doit se faire en se référant au Règlement annoté sur le barème des dommages corporels
- Inscrire le code de la séquelle
- Noter la description de la séquelle (comme inscrite dans le Barème)
- Identifier le % correspondant à la séquelle décrite

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

21

BILAN DES SÉQUELLES : TROIS PARTIES À CONSIDÉRER

Dresser le bilan des séquelles et commenter, s'il y a lieu Pour chaque séquelle, inscrire le code, la nature et le pourcentage que vous avez fixés. Pour ce faire, veuillez vous référer au Règlement annoté sur le barème des dommages corporels. Regrouper, sous le titre approprié, les séquelles qui appartiennent à l'un ou à l'autre des trois groupes suivants :

- Séquelles actuelles** (ensemble des séquelles aux sièges de la lésion professionnelle)
code nature %
- Séquelles antérieures** (de toute origine aux sièges de la lésion professionnelle avant son aggravation)
code nature %
- Autres déficits reliés à la bilatéralité** (autres déficits permanents de toute origine, non identifiés en 1 et en 2) mais devant être considérés dans le calcul de la bilatéralité
code nature %

Page 329 ou 331

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

22

BILAN DES SÉQUELLES

Atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique (APIPP) comprend :

- Déficit anatomo-physiologique (DAP, chapitre I à XVII du Barème)
- Bilatéralité
- Préjudice esthétique (PE, chapitre XVIII)
- Pourcentage pour douleur et perte de jouissance de la vie (DPJV, chapitre XIX)
L'évaluateur n'a pas à décrire le DPJV

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

23

DÉFICIT ANATOMO-PHYSIOLOGIQUE (DAP)

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

24

DÉFICIT ANATOMO-PHYSIOLOGIQUE (DAP)

- Les % inscrits sous le titre DAP correspondent à un déficit précis et **ne peuvent être modifiés** ni à la hausse, ni à la baisse, en fonction de ce déficit
- Donc, dès que le PSQAC juge que les séquelles identifiées lors de son examen physique correspondent à tel déficit décrit dans le barème, il doit retenir le % prévu au barème pour ce déficit. Il s'agit donc d'un barème **non-discretionnaire**
- Selon la règle particulière no 2, du chapitre I sur le système musculosquelettique (page 5) : lorsqu'une ankylose d'une articulation se situe entre deux mesures indiquées au barème, **on se réfère à la mesure voisine correspondant au DAP le plus élevé**

Direction de l'expertise médicale et des services de santé CNESST

25

RÈGLES PARTICULIÈRES DU SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE

1) L'examen d'une articulation se fait par comparaison à l'**articulation du membre opposé lorsque saine**.

Dans les autres cas, on se réfère aux données conventionnelles du barème.

Page 5 CNESST

26

M. T W

Fracture du plateau tibial interne du genou droit consolidée.

Flexion du genou droit à 125°. Flexion du genou gauche à 140°.

Le reste de l'examen est normal.

L'agente vous soumet le bilan des séquelles suivant pour révision.

Le bilan des séquelles suivant est-il conforme?

Direction de l'expertise médicale et des services de santé CNESST

27

M. T W

Séquelles actuelles :
106824 perte de 15° de flexion du genou droit 1%

Séquelles antérieures :
Nil

Autres déficits reliés à la bilatéralité :
Nil

Non conforme

Direction de l'expertise médicale et des services de santé CNESST

28

3. Genou

L'examen se pratique le genou en extension complète ou maximale.

I. Fracture

d'un ou des plateaux tibiaux

102935 ■ sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique 0

■ avec séquelles fonctionnelles

se référer au tableau 8 des ankyloses du genou ou à ceux des autres articulations atteintes, ainsi qu'au tableau 9 des instabilités du genou dap

Page 37 CNESST

29

CODE % DAP

TABLEAU 8

ANKYLOSES PERMANENTES DU GENOU

B. INCOMPLÈTE

■ Flexion en se référant à la flexion maximale jusqu'à 120° jusqu'à

	Degrés	
106815	130 (normal)	0
106824	120	1
106833	110	2
106842	90	4
106851	75	5
106860	60	6
106879	45	8
106888	30	10
106897	15	15
106904	0	20

Direction de l'expertise médicale et des services de santé CNESST

30

CODE % DAP

TABLEAU 8

ANKYLOSES PERMANENTES DU GENOU

B. INCOMPLETE

■ Flexion en air rétroarté à la flexion maximale jusqu'à 130° jusqu'à

	Degrés	
106815	130 (normal)	0
106824	120	1
106833	110	2
106842	90	4
106851	75	5
106860	60	8
106879	45	8
106888	30	10
106897	15	15
106904	0	20

On retient le pourcentage qui correspond à une perte de mouvement de 20° selon le tableau

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

31

M. T W

Séquelles actuelles :
Fracture du plateau tibial interne droit avec séquelles fonctionnelles
106833 perte de 20° de flexion du genou droit 2%

Séquelles antérieures :
Nil

Autres déficits reliés à la bilatéralité :
Nil

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

32

RÈGLES PARTICULIÈRES DU SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE

En l'absence d'un tableau clinique significatif permettant de considérer une articulation comme non saine comparativement à la moyenne des individus du même âge, cette articulation devrait être considérée comme saine.

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

33

RÈGLES PARTICULIÈRES DU SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE

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

Page 5

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

34

MME L-F

- Cette travailleuse a glissé sur une plaque de glace.
- Diagnostic reconnu : fracture de la clavicule gauche.
- Lésion consolidée.
- L'abduction de l'épaule gauche est mesurée à 145° comparativement à une mobilité de l'épaule droite qui est superposable aux valeurs normales du barème.
- Le PSQAC communique avec vous pour savoir comment établir le bilan des séquelles.

Que lui répondez-vous ?

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

35

b) FRACTURE, LUXATION, ENTORSE

1. Clavicule, omoplate

i. Fracture consolidée

100090 ■ sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique 0

■ avec séquelles fonctionnelles

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

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

36

TABLEAU 10
ANHYLOSES PERMANENTES DE LA COLONNE DORSO-LOMBAIRE

B. ANKYLOSE INCOMPLÈTE

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

Code	Degrés perdus	Degrés retenus	% DAP
204703	0	90	100
204800	10	80	80
204801	20	70	70
204802	30	60	60
204803	40	50	50
204804	50	40	40
204805	60	30	30
204806	70	20	20
204807	80	10	10
204808	90	0	0

CNESST

37

MME L-F

Séquelles actuelles :
Fracture clavicule gauche avec séquelles fonctionnelles
104817 abduction épaule gauche à 145° retenus 2%

Séquelles antérieures :
Nil

Autres déficits liés à la bilatéralité :
Nil

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

38

MME C-L

Cette travailleuse a subi une hernie discale lombaire opérée.
Lésion consolidée.
Flexion lombaire antérieure mesurée à 65°.

Quel serait le DAP à retenir pour cette perte de mouvement ?

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

39

TABLEAU 10
ANHYLOSES PERMANENTES DE LA COLONNE DORSO-LOMBAIRE

A. ANKYLOSE COMPLÈTE PERMANENTE 30

B. ANKYLOSE INCOMPLÈTE

■ Flexion antérieure (normale 0 à 90°)

Code	Degrés perdus	Degrés retenus	% DAP
207573	90	0	9
207582	60	30	7
207591	40	50	5
207608	20	70	3
207617	0	90 (normal)	0

Page 99

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

40

MME C-L

207591 flexion antérieure à 65° 5%

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

41

ATTEINTE DES TISSUS MOUS DU MEMBRE SUPÉRIEUR

c) ATTEINTE DES TISSUS MOUS (MEMBRE SUPÉRIEUR)

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

102365	■ sans séquelle fonctionnelle, ni changement radiologique	0
102374	■ sans séquelle fonctionnelle, mais avec changements radiologiques	1
102383	■ avec séquelles fonctionnelles	2

de plus, se référer au tableau des ankyloses de la ou des articulations atteintes ainsi qu'au tableau 5 des atrophies du membre supérieur dap

Page 32

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

42

M. L-B

- Ce travailleur a ressenti une douleur aiguë à l'épaule gauche en 2022 en tentant de décroincer la porte d'un wagon.
- Diagnostic reconnu : tendinite de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche.
- À la consolidation, il présente une douleur résiduelle à l'épaule gauche avec abduction à 160° comparativement à une abduction de 180° du côté droit. Les autres mouvements sont normaux.

Quel bilan des séquelles devrait être retenu ?

Direction des expertises médicales et des services de santé 43

43

RUPTURE OU DÉGÉNÉRESCENCE DE LA COIFFE DES ROTATEURS

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

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

dap

Page 10

44

ATTEINTE DES TISSUS MOUS DU MEMBRE SUPÉRIEUR

c) ATTEINTE DES TISSUS MOUS (MEMBRE SUPÉRIEUR)

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

102365	■ sans séquelle fonctionnelle, ni changement radiologique	0
102374	■ sans séquelle fonctionnelle, mais avec changements radiologiques	1
102383	■ avec séquelles fonctionnelles	2

de plus, se référer au tableau des ankyloses de la ou des articulations atteintes ainsi qu'au tableau 5 des atrophies du membre supérieur

dap

Page 32

45

M. INCORPORÉ

et) Atteintes (pourcentage de la ou des articulations atteintes)

	Stages perdus	Stages retenus	St
1004708	0	0,000 (incorporé)	0
1004709	100	0,000	1
1004710	100	0,000	2
1004711	100	0,000	3
1004712	100	0,000	4
1004713	100	0,000	5
1004714	100	0,000	6
1004715	100	0,000	7
1004716	100	0,000	8
1004717	100	0,000	9
1004718	100	0,000	10

Page 66

46

ATROPHIE MUSCULAIRE DU MEMBRE SUPÉRIEUR

TABLEAU 5
ATROPHIE MUSCULAIRE PERMANENTE DU MEMBRE SUPÉRIEUR

106272	Atrophie musculaire permanente, de 3 cm et plus, mesurée à la partie moyenne du bras, incluant la faiblesse musculaire qui pourrait en résulter	3,5
106281	Atrophie musculaire permanente de 2 cm et plus, mesurée au tiers supérieur de l'avant-bras, incluant la faiblesse musculaire qui pourrait en résulter	2,5

Page 81

47

ATROPHIE MUSCULAIRE DU MEMBRE SUPÉRIEUR

TABLEAU 5
ATROPHIE MUSCULAIRE PERMANENTE DU MEMBRE SUPÉRIEUR

106272	Atrophie musculaire permanente, de 3 cm et plus, mesurée à la partie moyenne du bras, incluant la faiblesse musculaire qui pourrait en résulter	3,5
106281	Atrophie musculaire permanente de 2 cm et plus, mesurée au tiers supérieur de l'avant-bras, incluant la faiblesse musculaire qui pourrait en résulter	2,5

Page 81

48


M. L-B

Séquelles actuelles :

102383	Atteinte des tissus mous du membre supérieur gauche avec séquelles fonctionnelles	2%
104808	Perte de 20° d'abduction épaule gauche	1%

Séquelles antérieures :
Aucune


Autres déficits liés à la bilatéralité :
Aucun

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 49 

49

TENDINOPATHIE DE L'ÉPAULE


- Dans le cas d'une tendinopathie de l'épaule, on peut accorder un DAP pour **atteinte des tissus mous du membre supérieur** (barème, page 32).
- Si applicable, les DAP pour **ankyloses incomplètes de l'épaule** se trouvent à la page 66 et aux pages suivantes.
- Si applicable, les DAP pour **atrophie musculaire du membre supérieur** se trouvent au tableau 5 de la page 81 du barème.
- Un **préjudice esthétique** doit être considéré s'il y a lieu.

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 50 

50

M. LALIGNE-VERTE

- Ce patient de 36 ans a subi une entorse lombaire en soulevant une caisse de 25 kilos le 31 août 2022. Aucun antécédent à la région lombaire.
- Lésion consolidée le 15 décembre 2022.
- Il présente une douleur lombaire en barre résiduelle sans irradiation. La douleur est augmentée par les mouvements du tronc et en position assis ou debout prolongée.


Direction de l'expertise médicale et des services de santé 51 

51

M. LALIGNE-VERTE

- La **flexion antérieure du tronc se fait à 70°** avec douleur lombaire en fin de mouvement et au moment de se redresser.
L'**extension du tronc est limitée à 20°** avec douleurs.
Les flexions latérales et les rotations vers la droite et la gauche sont normales à 30°.
- L'élévation de la jambe tendue (SLR) cause uniquement des douleurs lombaires à 80° à gauche et à droite. Le Tripode est négatif tout comme le Lasègue inversé (Ely) des deux côtés.
- Le reste de l'examen est sans particularité.

Quel bilan des séquelles devrait être retenu ?

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 52 


52

ENTORSE DORSO-LOMBAIRE

b) COLONNE DORSO-LOMBAIRE

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

203997	■ sans séquelle fonctionnelle objectivée	0
204004	■ avec séquelles fonctionnelles objectivées, avec ou sans changement radiologique	2

Direction de l'expertise médicale et des services de santé Page 53 53 

53

M. L-V

Séquelles actuelles :

204004	entorse lombaire avec séquelles fonctionnelles	2%
--------	--	----

Séquelles antérieures : aucune

Autres déficits reliés à la bilatéralité : aucun

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 54 

54

ENTORSE LOMBAIRE

- Page 53 du barème des dommages corporels, l'entorse lomboire peut être
 - sans séquelle fonctionnelle objectivée (0 %)
 - avec séquelles fonctionnelles objectivées (2 %)

À noter que le Barème ne réfère pas au tableau des ankyloses

Direction de l'expertise médicale et des services de santé CNESST

55

HERNIE DISCALE DORSO-LOMBAIRE

3. Autres pathologies dorsales, lombaires ou sacrées

204148 **i. Hernie discale non opérée prouvée cliniquement et par tests spécifiques** 2

de plus, s'ajoutent les pourcentages prévus pour les **ankyloses** et les séquelles **neurologiques**. Se référer au tableau 12 des ankyloses de la colonne dorso-lombaire et au chap. IV

dap Page 56

Direction de l'expertise médicale et des services de santé CNESST

56

ANKYLOSES PERMANENTES DE LA COLONNE DORSO-LOMBAIRE

TABLEAU 12
ANKYLOSES PERMANENTES DE LA COLONNE DORSO-LOMBAIRE

207564	A. ANKYLOSE COMPLÈTE PERMANENTE	30
	B. ANKYLOSE INCOMPLÈTE	
	■ Flexion antérieure (normale 0 à 90°)	
	Degrés perdus Degrés retenus	
207573	90 0	9
207582	60 30	7
207591	40 50	5
207608	20 70	3
207617	0 90 (normal)	0

Page 99

Direction de l'expertise médicale et des services de santé CNESST

57

ATTEINTES RADICAIRES

RACINES AFFECTÉES	ATTEINTE NÉVROTE PÉRIOPÉRÉCÉ					
	MÉTROPOLITAINE		DOM TOM		MÉTROPOLITAINE	
	0%	25%	50%	75%	100%	100%
1	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
2	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
3	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
4	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
5	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
6	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
7	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
8	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
9	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
10	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
11	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
12	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
13	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
14	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
15	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
16	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
17	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
18	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
19	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
20	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Page 152

Direction de l'expertise médicale et des services de santé CNESST

58

MME T-R

- Un diagnostic de trouble de stress post-traumatique a été reconnu chez votre patiente.
- Elle ne présente pas de réduction de ses activités.
- Toutefois, elle devient anxieuse lorsqu'elle repense aux événements. Elle doit constamment demeurer sur ses gardes lorsqu'elle prend le transport en commun.

Comment établissez-vous le bilan des séquelles de cette condition ?

Direction de l'expertise médicale et des services de santé CNESST

59

SYSTÈME PSYCHIQUE : NÉVROSE GROUPE 1 (MINEUR)

Code 222547 5 %

Le syndrome névrotique est surtout subjectif, mais aussi vraisemblable, complet, cohérent et il s'accompagne de **modifications mineures et qui ne rendent pas incapable de conduites adaptatives**.

Il n'y a **pas de réduction des activités quotidiennes, ni d'altération du rendement social ou personnel**.

Page 258

Direction de l'expertise médicale et des services de santé CNESST

60

SYSTÈME PSYCHIQUE : NÉVROSES GROUPE 2 (MODÉRÉ)

Code 222556 15 %

L'intensité symptomatique de la névrose, quoi que d'ordinaire variable, oblige le sujet à un **recours constant à des mesures thérapeutiques soulageantes**, à une **modification de ses activités quotidiennes conduisant à une réduction plus ou moins marquée de son rendement social et personnel**.

Le syndrome peut s'accompagner de désordres psycho-physiologiques fonctionnels **nécessitant un traitement symptomatique** et occasionnant un **arrêt intermittent des activités régulières**.

Page 258

Direction de l'expertise médicale et des services de santé **CNESST**

61

SYSTÈME PSYCHIQUE : NÉVROSES GROUPE 3 (GRAVE)

Code 222565 45 %

Le syndrome névrotique est envahissant et conduit alors à une **nette détérioration du rendement social et personnel**.

Il s'accompagne de **modifications sérieuses et constantes des relations interpersonnelles** : isolement ou besoin d'être encouragé et réconforté.

Les activités quotidiennes sont bouleversées et le sujet a **besoin d'une surveillance ou de l'assistance de son entourage**.

La composante psychosomatique peut s'accompagner de **lésions pathologiques tissulaires plus ou moins réversibles**.

Pages 258 et 259

Direction de l'expertise médicale et des services de santé **CNESST**

62

SYSTÈME PSYCHIQUE : NÉVROSES GROUPE 4 (TRÈS GRAVE)

Code 222574 100 %

L'état névrotique s'accompagne d'un **état de régression, de détérioration et de dépendance importante**.

Le sujet requiert une surveillance occasionnelle et des directives dans sa vie quotidienne.

Page 259

Direction de l'expertise médicale et des services de santé **CNESST**

63

MME T-R

Séquelles actuelles :
222547 névrose groupe 1 5%

Séquelles antérieures :
Aucun

Autres déficits reliés à la bilatéralité :
Aucun

Direction de l'expertise médicale et des services de santé **CNESST**

64

ATTEINTE PERMANENTE PAR ANALOGIE ARTICLE 84

- Si un préjudice corporel n'est pas mentionné dans le barème, le % qui y correspond est établi d'après les préjudices corporels qui y sont mentionnés et qui sont du **même genre**
- Exemple de dommage corporel établi par analogie :**
atteinte des nerfs digitaux (non mentionné au barème) évaluée selon

↓

Tableau des ankyloses permanentes du pouce et des doigts (tableau F, page 30, du règlement annoté sur le barème)

Direction de l'expertise médicale et des services de santé **CNESST**

65

ATTEINTE PERMANENTE PAR ANALOGIE : ARTICLE 84

TABLAU F ANKYLOSES PERMANENTES DU POUCE ET DES DOIGTS

	Ankylose en position de flexion		Complication en position de flexion		Complication en position de flexion ou position de repos							
	Code	%	Code	%	Code	%	Code	%	Code	%	Code	%
Pouce												
Trophénothérapie	10191A	0,25	102062	1,5	102212	3	102212	3				
Méso-arthroplastie	101927	1,25	102070	2,5	102221	3	102221	3				
Interphalangienne	101936	2,5	102088	5	102230	10	102230	10				
Doigt												
Dysarthrose			Arthroscopie		Arthroscopie							
Hypermobilité			1 seul doigt		2 ou 3 doigts							
Index												
Méso-arthroplastie	101945	0,25	102098	0,5	102249	1	10762	1,5	107949	2	10840	2,5
Interphalangienne proximale	101954	0,5	102105	1	102258	2	10767	3	107958	4	108474	5
Interphalangienne distale	101963	1,5	102114	1	102267	2	107611	3	107967	4	108482	5


Direction de l'expertise médicale et des services de santé **CNESST**

66

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE (PE)

Direction des expertises médicales
et des services de santé

27




67

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE (PE)

- Le PE doit être **apparent**, c'est-à-dire qu'il n'est pas nécessaire de porter attention particulière pour le remarquer
- La **déformation et l'atteinte cicatricielle** constituent les deux aspects quantifiables dans l'évaluation
- L'atteinte cicatricielle se mesure en **cm² de surface**
- Le **temps minimum** précédant l'évaluation d'une atteinte cicatricielle résultant d'une lésion professionnelle est de six mois
- Les calculs relatifs à la fixation des pourcentages des dommages corporels sont effectués en tenant compte des **deux premières décimales**

Direction des expertises médicales
et des services de santé

28




68

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE (PE)

- Il y a des règles particulières pour les **déformations articulaires et amputations** (règle particulière 4 du chapitre XVIII et voir les exemples page 286)
- Un PE **préexistant** peut être aggravé
- Le principe de la **bilatéralité** ne s'applique pas au PE

Direction des expertises médicales
et des services de santé

29



69


ATTEINTE CICATRICIELLE : DÉFINITIONS

<p>Cicatrice non vicieuse (belle) Cicatrice presque linéaire, au même niveau que le tissu adjacent et presque de la même couleur, ne causant ni contracture, ni distorsion des structures avoisinantes</p>	<p>Cicatrice vicieuse Cicatrice qui peut être mal alignée, irrégulière, déprimée, adhérente au plan profond, pigmentée, en plaque ou rétractile. Inclut la cicatrice chéloïdienne ou hypertrophique</p>
---	---

Pages 272 et 273

Direction des expertises médicales
et des services de santé

30



70

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE (PE)


- Les règles d'évaluation de la **face** sont différentes (p 275) de celles des **autres parties du corps** (p 278) :

Face : Même les cicatrices non vicieuses sont compensables. S'il y a à la fois modification de la forme et de la symétrie et atteinte cicatricielle, on **additionne le %** des deux jusqu'à concurrence du maximum prévu pour la classe déterminée

Autres parties du corps : les cicatrices vicieuses seulement compensables. On retient le % le plus élevé, soit de la déformation, soit l'atteinte cicatricielle en n'excédant pas le % maximum prévu pour la partie du corps qui correspond à une atteinte sévère

Direction des expertises médicales
et des services de santé

31



71


PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE

Règles d'évaluation :
La face est divisée en **éléments anatomiques** (page 275) :

- Front
- Orbite (chaque orbite constitue un élément)
- Paupière (chaque paupière constitue un élément)
- Œil, partie visible du globe oculaire (chaque œil constitue un élément)
- Joue (chaque joue constitue un élément)
- Nez (inclut les narines et la base)
- Lèvre (chaque lèvre constitue un élément)
- Oreille (chaque oreille constitue un élément)
- Menton

Direction des expertises médicales
et des services de santé

32



72

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE

Procédure d'évaluation :

- 1) L'importance du PE affectant la face doit d'abord être appréciée globalement en fonction de la physionomie, afin de déterminer la classe d'atteinte
- 2) Déterminer le nombre d'éléments déformés
- 3) Évaluation de l'atteinte cicatricielle (même les cicatrices non vicieuses) sont compensables au niveau de la face
- 4) L'addition du pourcentage obtenu en 2 et 3 ne doit pas excéder le pourcentage maximum prévu pour la classe déterminée de 1 à 4
- 5) Pour les classes 5 et 6, la modification de la forme et de la symétrie et l'atteinte cicatricielle sont considérés comme un tout

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 73

73

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE

Étape 1

Choisir la classe d'atteinte à la physionomie pour l'ensemble des atteintes esthétiques

TABLEAU 04		PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE	
CCSP	Classe d'atteinte à la physionomie	Atteintes compensables	% PE max
00000	Classe 1 Aucune	Non applicable	0
00010	Classe 2 Très légère	Non applicable (0,00 à 0,1 %)	0
00020	Classe 3 Légère	Atteintes au niveau anatomique (exemple) : - Modification de la forme de la face de 0 à 5 % - Atteintes des éléments anatomiques compensables au niveau de la face de 0 à 5 % - Atteintes plus de deux éléments anatomiques de 0 à 10 % de 0 à 5 %	Non applicable (0,00 à 0,1 %) Moyenne de 0,05 à 0,2 %
* voir note 1 et note 12, voir tableau 00020			
TABLEAU 05		PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE	
CCSP	Classe d'atteinte à la physionomie	Atteintes compensables	% PE max
00040	Classe 4 Moyenne	Atteintes au niveau anatomique (exemple) : - Modification de la forme de la face de 0 à 10 % - Atteintes des éléments anatomiques compensables au niveau de la face de 0 à 10 % - Atteintes plus de deux éléments anatomiques de 0 à 20 % de 0 à 10 %	Non applicable (0,00 à 0,1 %) Moyenne de 0,10 à 0,20 %
00050	Classe 5 Sévère	Atteintes plus de deux éléments anatomiques de 0 à 30 % de 0 à 10 %	0
00060	Classe 6 Très sévère	Atteintes plus de deux éléments anatomiques de 0 à 50 % de 0 à 10 %	0
Direction de l'expertise médicale et des services de santé 74			

Pages 276 et 277

74

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE

Procédure d'évaluation :

- 1) L'importance du PE affectant la face doit d'abord être appréciée globalement en fonction de la physionomie, afin de déterminer la classe d'atteinte
- 2) Déterminer le nombre d'éléments déformés
- 3) Évaluation de l'atteinte cicatricielle (même les cicatrices non vicieuses) sont compensables au niveau de la face
- 4) L'addition du pourcentage obtenu en 2 et 3 ne doit pas excéder le pourcentage maximum prévu pour la classe déterminée de 1 à 4
- 5) Pour les classes 5 et 6, la modification de la forme et de la symétrie et l'atteinte cicatricielle sont considérés comme un tout

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 75

75

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE

Étape 2

Déterminer le nombre d'éléments déformés pour les classes 3 et 4

TABLEAU 04		PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE	
CCSP	Classe d'atteinte à la physionomie	Atteintes compensables	% PE max
00000	Classe 1 Aucune	Non applicable	0
00010	Classe 2 Très légère	Non applicable (0,00 à 0,1 %)	0
00020	Classe 3 Légère	Atteintes au niveau anatomique (exemple) : - Modification de la forme de la face de 0 à 5 % - Atteintes des éléments anatomiques compensables au niveau de la face de 0 à 5 % - Atteintes plus de deux éléments anatomiques de 0 à 10 % de 0 à 5 %	Non applicable (0,00 à 0,1 %) Moyenne de 0,05 à 0,2 %
* voir note 1 et note 12, voir tableau 00020			
TABLEAU 05		PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE	
CCSP	Classe d'atteinte à la physionomie	Atteintes compensables	% PE max
00040	Classe 4 Moyenne	Atteintes au niveau anatomique (exemple) : - Modification de la forme de la face de 0 à 10 % - Atteintes des éléments anatomiques compensables au niveau de la face de 0 à 10 % - Atteintes plus de deux éléments anatomiques de 0 à 20 % de 0 à 10 %	Non applicable (0,00 à 0,1 %) Moyenne de 0,10 à 0,20 %
00050	Classe 5 Sévère	Atteintes plus de deux éléments anatomiques de 0 à 30 % de 0 à 10 %	0
00060	Classe 6 Très sévère	Atteintes plus de deux éléments anatomiques de 0 à 50 % de 0 à 10 %	0
Direction de l'expertise médicale et des services de santé 76			

76

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE

Procédure d'évaluation :

- 1) L'importance du PE affectant la face doit d'abord être appréciée globalement en fonction de la physionomie, afin de déterminer la classe d'atteinte
- 2) Déterminer le nombre d'éléments déformés
- 3) Évaluation de l'atteinte cicatricielle (même les cicatrices non vicieuses) sont compensables au niveau de la face
- 4) L'addition du pourcentage obtenu en 2 et 3 ne doit pas excéder le pourcentage maximum prévu pour la classe déterminée de 1 à 4
- 5) Pour les classes 5 et 6, la modification de la forme et de la symétrie et l'atteinte cicatricielle sont considérés comme un tout

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 77

77

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE

Étape 3

Évaluation de l'atteinte cicatricielle

TABLEAU 04		PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE	
CCSP	Classe d'atteinte à la physionomie	Atteintes compensables	% PE max
00000	Classe 1 Aucune	Non applicable	0
00010	Classe 2 Très légère	Non applicable (0,00 à 0,1 %)	0
00020	Classe 3 Légère	Atteintes au niveau anatomique (exemple) : - Modification de la forme de la face de 0 à 5 % - Atteintes des éléments anatomiques compensables au niveau de la face de 0 à 5 % - Atteintes plus de deux éléments anatomiques de 0 à 10 % de 0 à 5 %	Non applicable (0,00 à 0,1 %) Moyenne de 0,05 à 0,2 %
* voir note 1 et note 12, voir tableau 00020			
TABLEAU 05		PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE	
CCSP	Classe d'atteinte à la physionomie	Atteintes compensables	% PE max
00040	Classe 4 Moyenne	Atteintes au niveau anatomique (exemple) : - Modification de la forme de la face de 0 à 10 % - Atteintes des éléments anatomiques compensables au niveau de la face de 0 à 10 % - Atteintes plus de deux éléments anatomiques de 0 à 20 % de 0 à 10 %	Non applicable (0,00 à 0,1 %) Moyenne de 0,10 à 0,20 %
00050	Classe 5 Sévère	Atteintes plus de deux éléments anatomiques de 0 à 30 % de 0 à 10 %	0
00060	Classe 6 Très sévère	Atteintes plus de deux éléments anatomiques de 0 à 50 % de 0 à 10 %	0
Direction de l'expertise médicale et des services de santé 78			


78

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE

Procédure d'évaluation :

- 1) L'importance du PE affectant la face doit d'abord être appréciée globalement en fonction de la physionomie, afin de déterminer la classe d'atteinte
- 2) Déterminer le nombre d'éléments déformés
- 3) Évaluation de l'atteinte cicatricielle (même les cicatrices non vicieuses) sont compensables au niveau de la face
- 4) **L'addition du pourcentage obtenu en 2 et 3 ne doit pas excéder le pourcentage maximum prévu pour la classe déterminée de 1 à 4**
- 5) Pour les classes 5 et 6, la modification de la forme et de la symétrie et l'atteinte cicatricielle sont considérés comme un tout


Direction de l'expertise médicale et des services de santé 79



79

TABLEAU 04		PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE		Année maximale	9,00
CCSP	Classe d'atteinte et de compensation	Modifications de la forme et de la symétrie	Années compensables		
01000	Classe 1 Aucune	Non applicable	Non applicable		0
02000	Classe 2 Tous légers	Tous légers	Non applicable	Non applicable (0,00 ans de 1,50 ans)	0
03000	Classe 3 Moyens	Atteintes ou éléments déformés (exemple) : - déformation du nez de 10% au de 5 % - déformation de l'orbite supérieure (exemple) : - une ou deux palpations ou une ou deux points de 10% au de 5 % - déformation plus de deux éléments déformés de 10% au de 5 %	Non applicable	Non applicable (0,00 ans de 1,50 ans) Maximum (0,75 ans de 1,50 ans)	0
* Pour une loi réglée en 15, voir tableau 0000					
TABLEAU 06		PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE		Année maximale	9,00
CCSP	Classe d'atteinte et de compensation	Modifications de la forme et de la symétrie	Années compensables		
04000	Classe 4 Sévères	Atteintes ou éléments déformés (exemple) : - déformation du nez de 10% au de 5 % - déformation plus de deux éléments déformés de 10% au de 5 % - déformation plus de deux éléments déformés de 10% au de 5 %	Non applicable	Non applicable (0,00 ans de 1,50 ans) Maximum (0,75 ans de 1,50 ans)	0
05000	Classe 5 Sévères	Atteintes ou éléments déformés	Non applicable	Non applicable (0,00 ans de 1,50 ans)	0
06000	Classe 6 Sévères	Atteintes ou éléments déformés	Non applicable	Non applicable (0,00 ans de 1,50 ans)	0

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 80




80

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE

Procédure d'évaluation :

- 1) L'importance du PE affectant la face doit d'abord être appréciée globalement en fonction de la physionomie, afin de déterminer la classe d'atteinte
- 2) Déterminer le nombre d'éléments déformés
- 3) Évaluation de l'atteinte cicatricielle (même les cicatrices non vicieuses) sont compensables au niveau de la face
- 4) L'addition du pourcentage obtenu en 2 et 3 ne doit pas excéder le pourcentage maximum prévu pour la classe déterminée de 1 à 4
- 5) **Pour les classes 5 et 6, la modification de la forme et de la symétrie et l'atteinte cicatricielle sont considérés comme un tout**


Direction de l'expertise médicale et des services de santé 81



81

TABLEAU 04		PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE		Année maximale	9,00
CCSP	Classe d'atteinte et de compensation	Modifications de la forme et de la symétrie	Années compensables		
01000	Classe 1 Aucune	Non applicable	Non applicable		0
02000	Classe 2 Tous légers	Tous légers	Non applicable	Non applicable (0,00 ans de 1,50 ans)	0
03000	Classe 3 Moyens	Atteintes ou éléments déformés (exemple) : - déformation du nez de 10% au de 5 % - déformation de l'orbite supérieure (exemple) : - une ou deux palpations ou une ou deux points de 10% au de 5 % - déformation plus de deux éléments déformés de 10% au de 5 %	Non applicable	Non applicable (0,00 ans de 1,50 ans) Maximum (0,75 ans de 1,50 ans)	0
* Pour une loi réglée en 15, voir tableau 0000					
TABLEAU 06		PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE		Année maximale	9,00
CCSP	Classe d'atteinte et de compensation	Modifications de la forme et de la symétrie	Années compensables		
04000	Classe 4 Sévères	Atteintes ou éléments déformés (exemple) : - déformation du nez de 10% au de 5 % - déformation plus de deux éléments déformés de 10% au de 5 % - déformation plus de deux éléments déformés de 10% au de 5 %	Non applicable	Non applicable (0,00 ans de 1,50 ans) Maximum (0,75 ans de 1,50 ans)	0
05000	Classe 5 Sévères	Atteintes ou éléments déformés	Non applicable	Non applicable (0,00 ans de 1,50 ans)	0
06000	Classe 6 Sévères	Atteintes ou éléments déformés	Non applicable	Non applicable (0,00 ans de 1,50 ans)	0

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 82



82


M. M-A

Ce travailleur a chuté dans une rampe d'accès.

Il a subi un léger enfoncement avec déformation de la paroi orbitaire droite avec une cicatrice apparente, non vicieuse de 3.4 cm².

Quel serait le bilan des séquelles dans ce contexte ?


Direction de l'expertise médicale et des services de santé 83



83

TABLEAU 04		PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE		Année maximale	9,00
CCSP	Classe d'atteinte et de compensation	Modifications de la forme et de la symétrie	Années compensables		
01000	Classe 1 Aucune	Non applicable	Non applicable		0
02000	Classe 2 Tous légers	Tous légers	Non applicable	Non applicable (0,00 ans de 1,50 ans)	0
03000	Classe 3 Moyens	Atteintes ou éléments déformés (exemple) : - déformation du nez de 10% au de 5 % - déformation de l'orbite supérieure (exemple) : - une ou deux palpations ou une ou deux points de 10% au de 5 % - déformation plus de deux éléments déformés de 10% au de 5 %	Non applicable	Non applicable (0,00 ans de 1,50 ans) Maximum (0,75 ans de 1,50 ans)	0
* Pour une loi réglée en 15, voir tableau 0000					
TABLEAU 06		PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE		Année maximale	9,00
CCSP	Classe d'atteinte et de compensation	Modifications de la forme et de la symétrie	Années compensables		
04000	Classe 4 Sévères	Atteintes ou éléments déformés (exemple) : - déformation du nez de 10% au de 5 % - déformation plus de deux éléments déformés de 10% au de 5 % - déformation plus de deux éléments déformés de 10% au de 5 %	Non applicable	Non applicable (0,00 ans de 1,50 ans) Maximum (0,75 ans de 1,50 ans)	0
05000	Classe 5 Sévères	Atteintes ou éléments déformés	Non applicable	Non applicable (0,00 ans de 1,50 ans)	0
06000	Classe 6 Sévères	Atteintes ou éléments déformés	Non applicable	Non applicable (0,00 ans de 1,50 ans)	0

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 84



84

M. M-A

Séquelles actuelles

PE
 224028 Déformation de l'orbite droit 3 %
 224028 Cicatrice de 3.4 cm² 3.4 %

Séquelles antérieures
 Nil

Autres déficits reliés à la bilatéralité
 Nil

Direction de l'expertise médicale et des services de santé CNESST

85

M. M-A

Ou

Séquelles actuelles

PE
 224028 Déformation de l'orbite droit et cicatrice non vicieuse de 3.4 cm² 6.4 %

Séquelles antérieures
 Nil

Autres déficits reliés à la bilatéralité
 Nil

Direction de l'expertise médicale et des services de santé CNESST

86

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS

Procédure d'évaluation :

- 1) Déterminer le siège du PE
- 2) Évaluer s'il y a déformation (légère, modérée, sévère)
- 3) Mesurer les atteintes cicatricielles (seules les cicatrices vicieuses sont compensables)
- 4) Retenir le pour le plus élevé, soit de la déformation ou de l'atteinte cicatricielle (le pourcentage retenu ne doit pas excéder le pourcentage maximum prévu pour cette partie du corps)

Direction de l'expertise médicale et des services de santé CNESST

87

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS

Étape 1

Déterminer la partie du corps avec atteinte esthétique

TABLEAU 25 (suite) PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS			
Code	Description	N. PE	Commentaire
Nez			
224242	Non apparente ou légère	0	224252
224270	Moyenne	4	224280
224280	Sévère	8	
Le pourcentage maximum de PE pour les deux nez est de 16 %.			
Tronc			
224297	Non apparente ou légère	0	224277
224304	Moyenne	3	224286
224313	Sévère	6	
Le pourcentage maximum de PE pour le tronc (antérieur et postérieur) est de 12 %.			
Membres inférieurs			
224322	Non apparente ou légère	0	224336
224331	Moyenne	3	224340
224340	Sévère	6	
Le pourcentage maximum de PE pour les deux membres inférieurs est de 20 %.			

Direction de l'expertise médicale et des services de santé Page 281
CNESST

88

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS

Procédure d'évaluation :

- 1) Déterminer le siège du PE
- 2) Évaluer s'il y a déformation (légère, modérée, sévère)
- 3) Mesurer les atteintes cicatricielles (seules les cicatrices vicieuses sont compensables)
- 4) Retenir le pour le plus élevé, soit de la déformation ou de l'atteinte cicatricielle (le pourcentage retenu ne doit pas excéder le pourcentage maximum prévu pour cette partie du corps)

Direction de l'expertise médicale et des services de santé CNESST

89

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS

Étape 2

Évaluer l'importance de la modification de la forme et de la symétrie

TABLEAU 26 (suite) PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS			
Code	Description	N. PE	Commentaire
Nez			
224242	Non apparente ou légère	0	224252
224270	Moyenne	4	224280
224280	Sévère	8	
Le pourcentage maximum de PE pour les deux nez est de 16 %.			
Tronc			
224297	Non apparente ou légère	0	224277
224304	Moyenne	3	224286
224313	Sévère	6	
Le pourcentage maximum de PE pour le tronc (antérieur et postérieur) est de 12 %.			
Membres inférieurs			
224322	Non apparente ou légère	0	224336
224331	Moyenne	3	224340
224340	Sévère	6	
Le pourcentage maximum de PE pour les deux membres inférieurs est de 20 %.			

Direction de l'expertise médicale et des services de santé CNESST

90

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS

Procédure d'évaluation :

- Déterminer le siège du PE
- Évaluer s'il y a déformation (légère, modérée, sévère)
- Mesurer les atteintes cicatricielles (seules les cicatrices vicieuses sont compensables)
- Retenir le pour le plus élevé, soit de la déformation ou de l'atteinte cicatricielle (le pourcentage retenu ne doit pas excéder le pourcentage maximum prévu pour cette partie du corps)

Direction de l'expertise médicale et des services de santé CNESST

91

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS

Étape 3

Évaluer l'atteinte cicatricielle

TABLEAU 25 (suite) PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS		OU	
Multiplicateur de la forme et de la symétrie digne d'attribution		% PE	Atteinte cicatricielle
Mains			
23430	Non atteinte ou légère	0	23430
23431	Moyenne	4	23430
23432	Sévère	8	23430
Le pourcentage maximum de PE pour les deux mains est de 32 %.			
Torse			
23437	Non atteinte ou légère	0	23437
23438	Moyenne	3	23436
23439	Sévère	6	23436
Le pourcentage maximum de PE pour le torse (carré ou pectoral) est de 12 %.			
Membres inférieurs			
23433	Non atteinte ou légère	0	23433
23434	Moyenne	4	23433
23435	Sévère	8	23433
Le pourcentage maximum de PE pour les deux membres inférieurs est de 32 %.			

Direction de l'expertise médicale et des services de santé CNESST

92

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS

Procédure d'évaluation :

- Déterminer le siège du PE
- Évaluer s'il y a déformation (légère, modérée, sévère)
- Mesurer les atteintes cicatricielles (seules les cicatrices vicieuses sont compensables)
- Retenir le pourcentage le plus élevé, soit de la déformation ou de l'atteinte cicatricielle (le pourcentage retenu ne doit pas excéder le pourcentage maximum prévu pour cette partie du corps)

Direction de l'expertise médicale et des services de santé CNESST

93

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS

Étape 4

Retenir le pourcentage le plus élevé de la modification de la forme et de la symétrie ou de l'atteinte cicatricielle

Respecter le maximum prévu pour la partie du corps

Attention : Codes différents pour la modification de la forme et de la symétrie et pour l'atteinte cicatricielle

TABLEAU 25 (suite) PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS		OU	
Multiplicateur de la forme et de la symétrie digne d'attribution		% PE	Atteinte cicatricielle
Mains			
23430	Non atteinte ou légère	0	23430
23431	Moyenne	4	23430
23432	Sévère	8	23430
Le pourcentage maximum de PE pour les deux mains est de 32 %.			
Torse			
23437	Non atteinte ou légère	0	23437
23438	Moyenne	3	23436
23439	Sévère	6	23436
Le pourcentage maximum de PE pour le torse (carré ou pectoral) est de 12 %.			
Membres inférieurs			
23433	Non atteinte ou légère	0	23433
23434	Moyenne	4	23433
23435	Sévère	8	23433
Le pourcentage maximum de PE pour les deux membres inférieurs est de 32 %.			

Direction de l'expertise médicale et des services de santé CNESST

94

M. D R

- Ce travailleur a chuté d'un wagon il y a 4 mois.
- Diagnostic reconnu : fractures du 3^e et 4^e métacarpes gauches.
- À l'examen lors du REM : déformation modérée de la main gauche avec présence d'une cicatrice vicieuse de 18 cm².
- L'examen clinique est normal par ailleurs.

Quel bilan des séquelles devrait être retenu ?

Direction de l'expertise médicale et des services de santé CNESST

95

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS


Attention :

Codes différents pour la modification de la forme et pour les atteintes cicatricielles


TABLEAU 25 (suite) PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS		OU	
Multiplicateur de la forme et de la symétrie digne d'attribution		% PE	Atteinte cicatricielle
Mains			
23430	Non atteinte ou légère	0	23430
23431	Moyenne	4	23430
23432	Sévère	8	23430
Le pourcentage maximum de PE pour les deux mains est de 32 %.			
Torse			
23437	Non atteinte ou légère	0	23437
23438	Moyenne	3	23436
23439	Sévère	6	23436
Le pourcentage maximum de PE pour le torse (carré ou pectoral) est de 12 %.			
Membres inférieurs			
23433	Non atteinte ou légère	0	23433
23434	Moyenne	4	23433
23435	Sévère	8	23433
Le pourcentage maximum de PE pour les deux membres inférieurs est de 32 %.			

Direction de l'expertise médicale et des services de santé CNESST


96

M. D R	
Séquelles actuelles	
PE 224368	cicatrice vicieuse 18 cm ² main gauche 16 %
Séquelles antérieures Nil	
Autres déficits reliés à la bilatéralité Nil	
Conforme ?	
<small>Direction des expertises médicales et des services de santé</small> 	

97

M. D R	
Si évaluation après 6 mois :	
Séquelles actuelles	
PE 224368	cicatrice vicieuse 18 cm ² main gauche 16 %
Séquelles antérieures Nil	
Autres déficits reliés à la bilatéralité Nil	
Car le maximum de PE est atteint pour cette partie du corps	
<small>Direction des expertises médicales et des services de santé</small> 	



98

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE (PE)	
<ul style="list-style-type: none"> Depuis le 7 avril 2011 et non de façon rétroactive, une atteinte cicatricielle au niveau du tronc ou des membres peut donner droit à un pourcentage de PE allant jusqu'au maximum prévu pour les 2 parties du tronc ou les deux membres, même si cette atteinte ne touche qu'un seul côté du tronc ou un seul membre Une fois ce maximum atteint, toute atteinte cicatricielle supplémentaire à la même région du corps (du même côté ou du côté opposé) ne pourra donner droit à un pourcentage supplémentaire 	
<small>Direction des expertises médicales et des services de santé</small> 	


99

SÉQUELLES ANTÉRIEURES	
<small>Direction des expertises médicales et des services de santé</small> 	

100

BILAN DES SÉQUELLES : TROIS PARTIES À CONSIDÉRER	
<p>Dresser le bilan des séquelles et commenter, s'il y a lieu Pour chaque séquelle, inscrire le code, la nature et le pourcentage que vous avez fixés. Pour ce faire, veuillez vous référer au Règlement annoté sur le barème des dommages corporels. Regrouper, sous le titre approprié, les séquelles qui appartiennent à l'un ou à l'autre des trois groupes suivants :</p>	
<p>1. Séquelles actuelles (ensemble des séquelles <u>aux sièges de la lésion professionnelle</u>) code nature</p>	Actuellement présentes aux sièges de la lésion reconnue
<p>2. Séquelles antérieures (de toute origine <u>aux sièges de la lésion professionnelle avant son aggravation</u>) code nature</p>	Présentes aux sièges de la lésion reconnue avant la réclamation actuelle
<p>3. Autres déficits reliés à la bilatéralité (autres déficits permanents <u>de toute origine</u> <u>non identifiés au 1 ou au 2</u> mais devant être considérés dans le calcul de la bilatéralité) code nature</p>	Ces séquelles ne doivent donc pas être déjà décrites aux séquelles actuelles et antérieures
Page 329 ou 331 	
<small>Direction des expertises médicales et des services de santé</small> 	

101

M. S T	
Poissonnier chez qui un diagnostic d' arthrose du genou gauche a été reconnu en RRA le 25 juillet 2022 .	
Une prothèse totale du genou gauche a été réalisée le 30 septembre 2022 .	
Lésion consolidée le 15 avril 2023 .	
Une ménisectomie interne du genou gauche avait été réalisée en lien avec l'événement d'origine du 7 avril 2007 .	
<small>Direction des expertises médicales et des services de santé</small> 	

102

M. S T

L'examen du **genou gauche** démontre une **perte de flexion de 20°** comparativement au **genou droit** qui est considéré **sain**.
L'examen des genoux est normal par ailleurs.

Le **code 103060** pour **ménisectomie interne du genou gauche** avec séquelles fonctionnelles pour un **DAP de 1%** et
le **code 106922** pour **perte de 5° d'extension** pour un **DAP de 1%** avaient été retenus à l'événement d'origine.

Pourriez-vous préciser le bilan des séquelles à retenir ?

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

103

103

M. S T**Séquelles actuelles :**

103066	prothèse totale du genou gauche avec séquelles fonctionnelles	15%
106833	perte de 20° de flexion du genou gauche	2%
106922	perte de 5° d'extension du genou gauche	1%

Séquelles antérieures :

103060	ménisectomie interne genou gauche avec séquelles fonctionnelles	1%
106922	perte de 5° d'extension du genou gauche	1%

Autres déficits liés à la bilatéralité : aucun

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

104

104

DEUX PRINCIPES ONT ÉTÉ APPLIQUÉS ...1) Principe de la **stabilité des décisions de la CNESST :**

Maintien de la perte d'extension aux séquelles actuelles

2) Principe du **moindre et inclus :**

Remplacement du code de ménisectomie par celui de prothèse du genou

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

105

105

SÉQUELLES ANTÉRIEURES

▪ Ne pas oublier que les séquelles antérieures sont celles **de toute origine** aux **sièges de la lésion professionnelle** avant son aggravation (barème page 331)

▪ De plus, ces séquelles antérieures **doivent être reconduites aux séquelles actuelles**

- à moins d'**être remplacées par une séquelle plus importante** ou
- à moins d'**être moindre et incluse par rapport à une autre séquelle**

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

106

106

M. L-B

- Ce travailleur a ressenti une douleur aiguë à l'épaule gauche en **2022** en tentant de décoinçer la porte d'un wagon.
- Diagnostic reconnu : **tendinite de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche**.
- À la consolidation, il présente une douleur résiduelle à l'épaule gauche avec **abduction à 160°** comparativement à une abduction de 180° du côté droit. Les autres mouvements sont normaux.

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

107

107

M. L-B**Séquelles actuelles :**

102383	Atteinte des tissus mous du membre supérieur gauche avec séquelles fonctionnelles	2%
104808	Perte de 20° d'abduction épaule gauche	1%

Séquelles antérieures :

Aucune

Autres déficits liés à la bilatéralité : aucun

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

108

108

M. L-B

Et si ce travailleur avait déjà subi une tendinite de l'épaule gauche à la suite d'un **accident de travail en 2018** et que l'atteinte permanente suivante avait été reconnue :

102374 atteinte des tissus mous du membre supérieur gauche sans séquelle fonctionnelle mais avec changements radiologiques 1%

Quel aurait été le bilan des séquelles à retenir ?

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

109

109

M. L-B**Séquelles actuelles :**

102383	Atteinte des tissus mous du membre supérieur gauche avec séquelles fonctionnelles	2%
104808	Perte de 20° d'abduction épaule gauche	1%

Séquelles antérieures :

102374	Atteinte des tissus mous du membre supérieur gauche sans séquelle fonctionnelle, mais avec changements radiologiques	1%
--------	--	----

Autres déficits liés à la bilatéralité : aucun

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

110

110

MME B-B

T de 24 ans, employée d'un salon de bronzage.
À la suite d'une chute le **1^{er} mars 2023**, elle a présenté petite fracture intra-articulaire de l'**IPP de l'index gauche**.
Le PSQAC décrit une ankylose incomplète résiduelle de l'IPP.

Cette patiente avait déjà subi un **traumatisme personnel à l'âge de 15 ans** et demeurait avec une **ankylose incomplète résiduelle de l'IPD de l'index gauche**.

Le PSQAC vous contacte afin de vérifier votre avis concernant le bilan des séquelles à retenir.

Que lui répondez-vous ?

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

111

111

MME B-B**Séquelles actuelles :**

101954	ankylose incomplète IPP index gauche	0.5%
101963	ankylose incomplète IPD index gauche	0.5%

Séquelles antérieures :

101963	ankylose incomplète IPD index gauche	0.5%
--------	--------------------------------------	------

Autres déficits reliés à la bilatéralité :

Aucun

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

112

112

BILAN DES SÉQUELLES PSYCHIQUES

Au niveau psychique, comme pour les autres lésions, les séquelles antérieures, qu'elles soient d'origine personnelle ou reliées au travail, doivent être évaluées en fonction du barème et être inscrites à l'item « séquelles antérieures »

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

113

113

BILATÉRALITÉ


Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

114

114

PRINCIPE DE LA BILATÉRALITÉ


- Le barème détermine un % additionnel lorsqu'un T a subi, en raison d'une lésion professionnelle :
 - des DAP à des **organes symétriques** ou
 - un DAP à un **organe symétrique à celui qui est déjà atteint**
- Les déficits permanents de toute origine, personnelle ou professionnelle, sont considérés dans le calcul de la bilatéralité en autant que :
 - ces déficits soient **antérieurs à la lésion professionnelle (pré-lésionnels)** ou
 - survenant lors d'un même accident de travail ou maladie professionnelle (**contemporains à l'événement**, que ce soit l'É.O ou une RRA), mais ne doivent pas être post-lésionnels

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 115 

115

PRINCIPE DE LA BILATÉRALITÉ

- Pour calculer la bilatéralité, on doit évaluer les **DAP pour chaque membre au complet** (pas seulement une articulation et pas seulement la lésion)
- La bilatéralité correspond à la **somme des % de DAP fixés pour l'organe le moins atteint**
- Ce principe **ne s'applique pas** aux % prévus pour le PE et le DPJV
- Des **règles particulières** sont fixées **pour chaque système** et indiquées dans les règles particulières en début de chaque chapitre

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 116 


116

PRINCIPE DE LA BILATÉRALITÉ

Nécessite l'examen des organes symétriques (toujours)

Pour le système musculo-squelettique à l'exclusion du maxillo-facial :

- Pour les membres, la bilatéralité s'établit de membre à membre soit **membre supérieur droit avec membre supérieur gauche et membre inférieur droit avec membre inférieur gauche**
 - Le membre supérieur inclut l'omoplate et la clavicule
 - Le membre inférieur inclut la hanche et l'hémi-bassin
- La cage thoracique se divise en droite et gauche** à partir de la ligne médiane de la cage


Direction de l'expertise médicale et des services de santé 117 

117

PRINCIPE DE LA BILATÉRALITÉ

Que faire si l'on soupçonne une bilatéralité :

- Examiner le **membre controlatéral au complet**, en faisant une description objective des atteintes.
- Indiquer dans le bilan des séquelles, à la section « autres déficits reliés à la bilatéralité », les DAP, évalués aux deux membres, qui ne sont pas inclus dans les « séquelles actuelles » de la lésion professionnelle et les « séquelles antérieures ».
- La bilatéralité pourra alors être calculée par la CNESST.

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 118 

118


UTILITÉ DES CODES

PRÉFIXE : APPLICATION DU PRINCIPE DE BILATÉRALITÉ

• **PRÉFIXE :**

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Préfixe 1 : bilatéralité s'applique (ex. : membres, SNP)
Préfixe 2 : bilatéralité ne s'applique pas (ex. : sacrum, SNC)
Préfixe 3 : un seul des deux organes symétriques est atteint (ex. : système maxillo-facial)
Préfixe 4 : les deux organes symétriques sont atteints et la bilatéralité est déjà appliquée (ex. : hernies inguinales)


Direction de l'expertise médicale et des services de santé 119 

119

BILAN DES SÉQUELLES : TROIS PARTIES À CONSIDÉRER

Dresser le bilan des séquelles et commenter, s'il y a lieu
 Pour chaque séquelle, inscrire le code, la nature et le pourcentage que vous avez fixés. Pour ce faire, veuillez vous référer au Règlement annoté sur le barème des dommages corporels.
 Regrouper, sous le titre approprié, les séquelles qui appartiennent à l'un ou à l'autre des trois groupes suivants :

- Séquelles actuelles** (ensemble des séquelles aux sièges de la lésion professionnelle)
 code nature %
Actuellement présentes aux sièges de la lésion reconnue
- Séquelles antérieures** de toute origine aux sièges de la lésion professionnelle avant son aggravation
 code nature %
Présentées aux sièges de la lésion reconnue avant la réclamation actuelle
- Autres déficits reliés à la bilatéralité** (autres déficits permanents de toute origine non identifiés aux sièges de la lésion) mais devant être considérés dans le calcul de la bilatéralité)
 code nature %
Ces séquelles ne doivent donc pas être déjà décrites aux séquelles actuelles et antérieures

Page 329 ou 331 

120

M. M-T


Ce boulanger a subi une **rupture non opérée de la longue portion du biceps droit** au travail en 2021. La mobilité résiduelle est normale. Un **DAP de 2%** a été retenu.

Ce travailleur était déjà porteur de séquelles au **majeur gauche avec ankyloses incomplètes** en position de fonction des interphalangiennes proximale et distale résultant d'une fracture subie dans un accident d'automobile (personnel) en 2018. Ces atteintes au majeur gauche correspondent selon le barème à un **DAP de 0.8 %**.

➤ Est-ce que la bilatéralité s'applique ? **OUI**

➤ Dans l'affirmative, quel est le pourcentage applicable à la bilatéralité ? **0.8%**

➤ Sinon, pourquoi la bilatéralité ne s'applique pas ?


Direction de l'expertise médicale et des services de santé 121 

121

BILAN DES SÉQUELLES : TROIS PARTIES À CONSIDÉRER

Dresser le bilan des séquelles et commenter, s'il y a lieu
Pour chaque séquelle, inscrire le code, la nature et le pourcentage que vous avez fixés. Pour ce faire, veuillez vous référer au Règlement annoté sur le barème des dommages corporels.
Regrouper, sous le titre approprié, les séquelles qui appartiennent à l'un ou à l'autre des trois groupes suivants :

- Séquelles actuelles** (ensemble des séquelles aux sièges de la lésion professionnelle)
code nature %
Actuellement présentes aux sièges de la lésion reconnue
- Séquelles antérieures** (de toute origine aux sièges de la lésion professionnelle avant son aggravation)
code nature %
Présentes aux sièges de la lésion reconnue avant la réclamation actuelle
- Autres déficits reliés à la bilatéralité** (autres déficits permanents de toute origine non identifiés au 1^{er} ou au 2^e) mais devant être considérés dans le calcul de la bilatéralité)
code nature %
Ces séquelles ne doivent donc pas être déjà décrites aux séquelles actuelles et antérieures.

Page 329 ou 331 

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 122

122


M. M-T

Séquelles actuelles :
100296 rupture musculo-tendineuse du biceps droit non opérée 2%

Séquelles antérieures :
Aucune

Autres déficits reliés à la bilatéralité :

101981	ankylose incomplète IPP majeur gauche	0.4%
101990	ankylose incomplète IPD majeur gauche	0.4%


Direction de l'expertise médicale et des services de santé 123 

123

M. P-C

- Ce patient a subi au travail en 2025 une rupture non opérée de la longue portion du biceps droit avec mobilité résiduelle normale. DAP reconnu de 2%.
- Il était déjà porteur de séquelles au majeur gauche avec ankyloses incomplètes en position de fonction de l'inter-phalangienne proximale et distale résultant d'une fracture subie dans un accident d'automobile (personnel) en 2018. Ces atteintes au majeur gauche équivalent selon le barème à un DAP de 0.8 %.
- À la suite d'un accident de travail survenu en 2021, un DAP de 3% a été reconnu pour une ankylose résiduelle en flexion palmaire au poignet droit.

Est-ce que la bilatéralité s'applique ?

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 124 

124


M. P-C

Séquelles actuelles :
100296 rupture musculo-tendineuse du biceps droit non opérée 2%

Séquelles antérieures :
Nil

Autres déficits reliés à la bilatéralité :

101981	ankylose incomplète IPP majeur gauche	0.4%
101990	ankylose incomplète IPD majeur gauche	0.4%
106245	ankylose en flexion palmaire poignet droit	3%

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 125 

125

DOULEUR ET PERTE DE JOUISSANCE DE LA VIE (DPJV)

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 126 

126

DOULEUR ET PERTE DE JOUISSANCE DE LA VIE (DPJV)

- Il y a le DPJV du DAP et le DPJV du PE qui sont **calculés informatiquement** par la CNESST
- Il y a aussi le **DPJV relié aux troubles de la fonction sexuelle** :
 - Voir la page 198 barème pour l'appareil génital femelle et la page 203 pour l'appareil génital mâle
 - Ce DPJV est accordé par le médecin qui produit le REM

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

127

127

Douleurs et perte de jouissance de la vie (DPJV)

- Le barème des DPJV se présente sous forme d'une table d'équivalence mathématique
- Le pourcentage de DPJV débute à 0,01 % de la somme des DAP **ou** des PE avec un maximum de 50 % de la somme lorsque celle-ci excède 70%
- Le DPJV s'applique au DAP et au PE de façon distincte
- Le DPJV est calculé informatiquement par la Commission.

Le PSQAC n'a pas à l'évaluer

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

128

128

TABLE DE DPJV		
Somme des pourcentages de DAP ou de PE		DPJV %
221009	0,01 à 0,99	0,01
221018	1 à 1,99	0,1
221027	2 à 2,99	0,2
221036	3 à 3,99	0,3
221045	4 à 4,99	0,4
221054	5 à 5,99	0,75
221063	6 à 6,99	0,9
221072	7 à 7,99	1,05
221081	8 à 8,99	1,2
221090	9 à 9,99	1,35
221107	10	1,5
Somme des pourcentages de DAP ou de PE		DPJV %
221688	87,01 à 89	30,6
221697	89,01 à 89	31,05
221706	89,01 à 90	31,5
221715	90,01 et plus	50 % du pourcentage de DAP ou de PE

arithmétique
entre 0,01 et 10

exponentielle
entre 10 et 70

arithmétique
> 70

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

129

129

CALCUL DE L'APIPP : ÉQUATION GÉNÉRALE DE BASE, ARTICLE 83

$$\text{APIPP} = [\text{DAP} * + \text{DPJV}] + [\text{PE} + \text{DPJV}]$$

* INCLUANT LE % DAP POUR BILATÉRALITÉ

$$\text{APIPP} = [(\text{DAP} + \text{BIL}) + \text{DPJV}] + [\text{PE} + \text{DPJV}]$$

Les calculs relatifs à la fixation du % des préjudices corporels sont effectués en tenant compte des **deux premières décimales**

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

130

130

MME J-L

Journalière de 27 ans, employée d'une entreprise de concassé. Traumatisme important au genou gauche avec fracture de la cheville droite et plaies multiples aux membres inférieurs à la suite d'un éboulement.

Bilan des séquelles établi :

DAP : 20%
Bil : 10%
PE : 20%

Comment sera calculé le pourcentage d'APIPP ?

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

131

131

MME J-L

$$\text{APIPP} = [(\text{DAP} + \text{BIL}) + \text{DPJV}] + [\text{PE} + \text{DPJV}]$$

$$\text{APIPP} = [(20\% + 10\%) + 7,5\%] + [20\% + 4\%] = 61,5\%$$

et non

$$\text{APIPP} = [(\text{DAP} + \text{BIL}) + \text{PE}] + [\text{DPJV}]$$

$$\text{APIPP} = [(20\% + 10\%) + 20\%] + [17,5\%] = 67,5\%$$

Δ 6%

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

132

132

CALCUL DE MONTANT FORFAITAIRE ARTICLE 84

Indemnité pour préjudice corporel (IPC) ou «montant forfaitaire»

- Cette indemnité est calculée en multipliant le % d'APIPP par le montant prévu en fonction de l'âge à la manifestation de la lésion professionnelle

Direction de l'inspection médicale
et des services de santé

133

CNESST

133

CALCUL DE MONTANT FORFAITAIRE

Année 2026

Âge	Montant	Âge	Montant	Âge	Montant	Âge	Montant	Âge	Montant
18 ans et moins	105 021 \$	25	121 555 \$	32	137 089 \$	39	152 623 \$	46	168 157 \$
19	134 577 \$	26	120 100 \$	33	135 632 \$	40	151 166 \$	47	166 700 \$
20	131 128 \$	27	118 643 \$	34	134 175 \$	41	149 709 \$	48	165 243 \$
21	131 682 \$	28	117 209 \$	35	132 718 \$	42	148 252 \$	49	163 786 \$
22	130 233 \$	29	115 764 \$	36	131 261 \$	43	146 795 \$	50	162 329 \$
23	128 784 \$	30	114 319 \$	37	129 804 \$	44	145 338 \$	51	160 872 \$
24	127 335 \$	31	112 874 \$	38	128 347 \$	45	143 881 \$	52	159 415 \$
25	125 886 \$	32	111 429 \$	39	126 890 \$	46	142 424 \$	53	157 958 \$
26	124 437 \$	33	109 984 \$	40	125 433 \$	47	140 967 \$	54	156 501 \$
27	123 004 \$	34	108 539 \$	41	123 976 \$	48	139 510 \$	55	155 044 \$
		35	107 094 \$	42	122 519 \$	49	138 053 \$	56	153 587 \$
		36	105 649 \$	43	121 062 \$	50	136 596 \$	57	152 130 \$
		37	104 204 \$	44	119 605 \$	51	135 139 \$	58	150 673 \$
		38	102 759 \$	45	118 148 \$	52	133 682 \$	59	149 216 \$
		39	101 314 \$	46	116 691 \$	53	132 225 \$	60	147 759 \$
		40	100 869 \$	47	115 234 \$	54	130 768 \$	61	146 302 \$
		41	100 424 \$	48	113 777 \$	55	129 311 \$	62	144 845 \$
		42	100 424 \$	49	112 320 \$	56	127 854 \$	63	143 388 \$
		43	100 424 \$	50	110 863 \$	57	126 397 \$	64	141 931 \$
		44	100 424 \$	51	109 406 \$	58	124 940 \$	65 ans et plus	140 474 \$

Direction de l'inspection médicale
et des services de santé

134

CNESST

134

CALCUL DE MONTANT FORFAITAIRE

Le montant forfaitaire est versé au travailleur lorsque la décision est finale, c'est-à-dire lorsque le délai de contestation est échu

Direction de l'inspection médicale
et des services de santé

135

CNESST

135

CALCUL DE MONTANT FORFAITAIRE INDEMNITÉ MINIMALE, ARTICLE 86

Date entrée en vigueur	Montant minimum
2026-01-01	1360.00 \$
2025-01-01	1333.00 \$
2024-01-01	1299.00 \$
2023-01-01	1244.00 \$
2022-01-01	1168.00 \$
2021-01-01	1137.00 \$
2020-01-01	1126.00 \$
2019-01-01	1105.00 \$
2018-01-01	1080.00 \$
2017-01-01	1064.00 \$

En 2026, le montant ne peut être inférieur à 1360 \$
Cette règle ne s'applique pas au PE ni au DPJV

Direction de l'inspection médicale
et des services de santé

136

CNESST

136

CALCUL DE MONTANT FORFAITAIRE APIPP > 100%, ARTICLE 87

- Si un travailleur a subi en raison d'un même accident de travail ou d'une même maladie professionnelle, plusieurs atteintes, le % de l'atteinte permanente s'établit en **additionnant** les % prévus de chacune des atteintes
- Si le total des % excède 100 %, le travailleur reçoit outre l'indemnité prévue à l'article 84, une somme **égale à 25 % du montant de l'indemnité déterminée sur la base du % excédentaire**

Direction de l'inspection médicale
et des services de santé

137

CNESST

137

M. R-L

Conducteur de train, victime d'un déraillement. Il a subi de multiples fractures à l'hémi-corps gauche.

Le bilan des séquelles suivant établi :

- DAP 64%
- PE 40%
- BIL 0%

Quel pourcentage final d'APIPP correspond à ce bilan ?

Direction de l'inspection médicale
et des services de santé

138

CNESST

138

M. R-L

$$\text{APIPP} = [(\text{DAP} + \text{BIL}) + \text{DPJV}] + [\text{PE} + \text{DPJV}]$$

$$\begin{aligned} \text{APIPP} &= [(64\% + 0\%) + 28,8\%] + [40\% + 12\%] \\ \text{APIPP} &= [92,8\%] + [52\%] \\ \text{APIPP} &= [144,8\%] \\ \text{APIPP} &= 100\% + 44,8\% / 4 = 111,2\% \end{aligned}$$

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

138



139

**CALCUL DU MONTANT FORFAITAIRE
INTÉRÊTS, ARTICLE 90**

La Commission verse au travailleur des intérêts sur le montant forfaitaire (IPC) **à compter de la date de la réclamation** faite pour la lésion professionnelle qui a causé l'APIPP

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

140



140

**LÉSION NON CONSOLIDÉE APRÈS 2 ANS
ARTICLE 88**

- Selon l'**article 203** de la LATMP, le PSQAC doit produire le rapport d'évaluation médicale (REM) **dès que** la lésion professionnelle est consolidée
- Cependant, si **2 ans** après la manifestation de la lésion, il est **médicalement impossible** de déterminer toutes les séquelles de cette lésion, le PSQAC, à la demande de la CNESST, effectue une «**évaluation provisoire**» des **séquelles permanentes actuelles**, c'est-à-dire, celles dont aucune amélioration n'est prévisible
- À la consolidation de la lésion, le PSQAC produira à nouveau un REM afin de **finaliser l'évaluation de l'APIPP**
- Uniquement, **lorsque le T fait la demande d'application de l'article 88** de la LATMP, la **CNESST est dans l'obligation d'y donner suite** et de faire les démarches nécessaires.

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

141



141

**RECHUTE, RÉCIDIVE OU AGGRAVATION
ARTICLE 89**

- Le T qui présente une RRA et qui subit une nouvelle APIPP a droit à une nouvelle indemnité pour dommages corporels
- Les **séquelles antérieures** sont les séquelles **au même siège** que la lésion professionnelle actuelle, et **de toute origine** (personnelle ou professionnelle), avant son aggravation
- Les séquelles de la **lésion préexistante personnelle** sont évaluées suivant le barème, mais **uniquement** à des fins de calcul, afin qu'elles soient déduites des dommages corporels résultant de la lésion évaluée
- Le % d'APIPP antérieur est ensuite **déduit** du % d'APIPP actuel
- Si la CNESST possède des dossiers pour le même siège que la lésion professionnelle, elle les fait parvenir au PSQAC aux fins d'évaluation des séquelles antérieures

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

142



142

**INDEMNITÉ POUR PRÉJUDICE CORPOREL
ARTICLE 91**

- Cet article prévoit que l'IPC n'est pas payable en cas de décès du T.
- Toutefois, cette indemnité est payable si les 3 conditions suivantes sont rencontrées :
 - 1) le T a fait une réclamation pour sa lésion professionnelle avant son décès
 - 2) il est médicalement possible de déterminer une séquelle de sa lésion
 - 3) la CNESST peut établir le montant de l'IPC
- La CNESST considère que le T peut avoir droit à cette indemnité si un tiers a déposé une réclamation en son nom alors qu'il était toujours vivant mais dans l'impossibilité d'agir (ex. : coma ou aux soins intensifs jusqu'à son décès)

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

143



143

**INDEMNITÉ POUR PRÉJUDICE CORPOREL
ARTICLE 91**

- 1) Un T chute d'un 3^e étage d'un édifice. Il subit de multiples fractures du crâne et du massif facial avec hémorragie interne. Son décès est constaté sur les lieux de l'accident.
- 2) Un T chute d'un 3^e étage d'un édifice. Il subit de multiples fractures du crâne et du massif facial avec hémorragie interne. Décès 1 an plus tard suite aux complications de ses lésions professionnelles et ce, avant la consolidation.
- 3) Un T chute d'un 3^e étage d'un édifice. Il subit de multiples fractures du crâne et du massif facial avec hémorragie interne. Il décède 1 an plus tard à la suite d'un accident de VTT alors que sa condition n'est pas consolidée.

Est-ce que l'indemnité pour préjudice corporel est payable ?

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

144



144

INDEMNITÉ POUR PRÉJUDICE CORPOREL ARTICLE 91

- 1) Un T chute d'un 3^e étage d'un édifice. Il subit de multiples fractures du crâne et du massif facial avec hémorragie interne. Son décès est constaté sur les lieux de l'accident.
- L'indemnité pour préjudice corporel (IPC) n'est pas payable car pas de réclamation avant le décès
 - Dans ce cas, ce sont les **indemnités de décès** qui s'appliquent

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

145



145

INDEMNITÉ POUR PRÉJUDICE CORPOREL ARTICLE 91

- 2) Un T chute d'un 3^e étage d'un édifice. Il subit de multiples fractures du crâne et du massif facial avec hémorragie interne. Décès 1 an plus tard suite aux complications de ses lésions professionnelles et ce, avant la consolidation.
- Les indemnités de décès et l'indemnité pour préjudice corporel sont payables car la réclamation a été faite avant le décès du travailleur
 - L'évaluation sur dossier est effectuée par le professionnel de la santé qui a charge

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

146



146

INDEMNITÉ POUR PRÉJUDICE CORPOREL ARTICLE 91

- 3) Un T chute d'un 3^e étage d'un édifice. Il subit de multiples fractures du crâne et du massif facial avec hémorragie interne. Il décède 1 an plus tard à la suite d'un accident de VTT alors que sa condition n'est pas consolidée.
- Si le travailleur décède d'une **cause étrangère** à sa lésion professionnelle et qu'à la date de son décès, il était médicalement possible de déterminer une séquelle de sa lésion, la Commission estime (évaluation sur dossier) le montant de l'indemnité qu'elle aurait probablement accordé
- Évaluation de l'indemnité pour préjudice corporel sur dossier car réclamation faite avant le décès du travailleur
 - L'évaluation sur dossier est effectuée par le professionnel de la santé qui a charge

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

147



147

CONFORMITÉ DU BILAN DES SÉQUELLES : RÔLE DU MÉDECIN-CONSEIL

- **Conformité du bilan en relation avec la(les) lésion(s) professionnelle(s) retenue(s)** au présent dossier pour l'É.O ou la présente RRA, le cas échéant (relation entre les séquelles et le siège de la lésion professionnelle)
- **Application des règles générales et particulières** du Règlement annoté sur le **barème** des dommages corporels
- **Conformité du % versus les séquelles identifiées et objectivées à l'examen physique** (point 5 du REM)

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

148



148

CONFORMITÉ DU BILAN DES SÉQUELLES : RÔLE DU MÉDECIN-CONSEIL

- **Conformité du bilan des séquelles antérieures**, et traduites selon le Règlement annoté du barème des dommages corporels en vigueur depuis le 1^{er} octobre 1987 en cas de RRA d'un dossier LAT, s'il y a lieu
- **Vérification des séquelles antérieures au navigateur**
- **Conformité du calcul de la bilatéralité**, s'il y a lieu

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

149



149

CONFORMITÉ DU BILAN DES SÉQUELLES : RÔLE DU MÉDECIN-CONSEIL

Si le médecin-conseil juge que le bilan des séquelles est insatisfaisant :

- Le médecin-conseil peut effectuer lui-même les corrections de code ou de pourcentage lorsqu'il s'agit d'une erreur de transcription ou corriger les séquelles antérieures et actuelles si différentes de celles déjà reconnues et en aviser le professionnel qui a produit le rapport
- Le médecin-conseil peut effectuer lui-même les corrections dites d'application du barème, et en informer le professionnel de la santé ayant produit le rapport s'il s'agit d'un REM ou donner les explications et demander des corrections à l'expert ou au membre du BEM
- En cas de corrections souhaitées dites d'interprétation du barème, une demande de correction doit être envoyée au professionnel de la santé ayant produit le rapport

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

150



150

CONFORMITÉ DU BILAN DES SÉQUELLES : RÔLE DU MÉDECIN-CONSEIL

Si le médecin-conseil juge que le bilan des séquelles est insatisfaisant :

- Si des précisions et/ou des corrections s'avèrent nécessaires pour le bilan des séquelles et que vous devez écrire au professionnel de la santé évaluateur, **il faut être clair, précis et non directif dans cet échange**
- Si le résultat de son intervention est non concluant, le médecin-conseil en discute au besoin les impacts avec l'intervenant au dossier et procède, s'il y a lieu, à la démarche qu'il juge la plus pertinente dans le contexte

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

151

CNESST

151

CONFORMITÉ DU BILAN DES SÉQUELLES : PRATIQUE MÉDICO-ADMINISTRATIVE

Voir « **Correction au bilan des séquelles** » dans la
Banque des connaissances

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

152

CNESST

152

RÉSUMÉ DU BILAN DES SÉQUELLES À LA NOTE OSI

Pour permettre à l'agent de calculer l'APIPP, le médecin-conseil devrait résumer la conformité du bilan des séquelles à sa note OSI de la façon suivante :

DAP actuel :
DAP antérieur :
PE actuel :
PE antérieur :
Bilatéralité actuelle :
Bilatéralité antérieure :

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

153

CNESST

153

**Il est temps de se lever et de faire quelques exercices
avant d'arriver à destination**

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

154

CNESST

154

MME P-H

- Cette T a été victime d'une blessure à l'épaule gauche le 17 juin 2022, en descendant d'une échelle, lorsqu'elle s'est retenue avec la main gauche pour éviter de tomber dans le vide.
- Diagnostic reconnu de **tendinopathie de la coiffe des rotateurs gauche**.
- Aucune lésion aux membres supérieurs dans le passé.
- Lésion consolidée le 7 janvier 2023. Elle a repris son travail habituel.
- Cette dame demeure avec une douleur résiduelle à l'épaule gauche lorsqu'elle doit travailler avec ce bras au-dessus du niveau des épaules.

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

155

CNESST

155

MME P-H

- Les amplitudes articulaires des épaules sont normales, sauf pour l'**abduction** qui est à **160° du côté gauche**, alors qu'elle est de 180° à droite aux mouvements passifs et actifs.
- Pour les autres mouvements des épaules, on note des deux côtés une élévation à 180°, une extension à 40°, une adduction à 20°, une rotation interne à 40° et une rotation externe à 90°.
- Le reste de l'examen des membres supérieurs est normal.

On vous demande de conformer le bilan des séquelles suivant :

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

156

CNESST

156

MME P-H


Séquelles actuelles :

102383	atteinte des tissus mous du membre supérieur gauche avec séquelles fonctionnelles	2%
104808	perte de 20° d'abduction de l'épaule gauche	1%

Séquelles antérieures : aucune

Autres déficits reliés à la bilatéralité : aucun

Conforme


Direction de l'expertise médicale et des services de santé 157 

157

MME P-H

Ne pas oublier :


- L'examen controlatéral est essentiel pour évaluer les séquelles permanentes.
- La comparaison des mouvements en degrés permet de mesurer s'il y a limitation de mouvements du côté atteint par rapport au côté sain.

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 158 

158

TENDINOPATHIE DE L'ÉPAULE


- Dans le cas d'une tendinopathie de l'épaule, on peut accorder un DAP pour atteinte des tissus mous du membre supérieur (barème, page 32).
- Les DAP pour ankylose incomplète de l'épaule se trouvent à la page 66 et aux pages suivantes. Pour calculer la perte de mouvements, on compare l'amplitude articulaire avec le côté sain.
- De façon générale, on accorde les DAP selon les mouvements passifs de l'épaule, à moins d'une déchirure massive de la coiffe des rotateurs.
- À noter que si une ankylose se situe entre deux valeurs du tableau, on accorde le DAP le plus élevé (règle particulière no 2, page 5).

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 159 

159

MME T-R

- T de 32 ans.
- **Plaie importante à la cuisse droite** le 15 juin 2021 avec la lame d'une machine.
- Plaie réparée à l'urgence le jour même. La plaie s'est surinfectée et a nécessité 10 jours d'antibiotiques.
- Lésion consolidée le 18 octobre 2021.


Direction de l'expertise médicale et des services de santé 160 

160

MME T-R

- À l'examen général des deux cuisses le 20 janvier 2022, on note une **légère asymétrie avec un creux au niveau de la cuisse droite**, au site de la cicatrice. À la face antérieure de la cuisse droite, on retrouve une **cicatrice de 15 cm x 1,5 cm**. La cicatrice est épaisse, rougeâtre, légèrement surélevée et irrégulière.
- Aucune autre cicatrice n'est apparente sur les membres inférieurs.
- Cette patiente a déjà subi une **ménisectomie interne du genou gauche en 2016**.
- Les mouvements des genoux et des hanches sont complets et symétriques.

Le bilan des séquelles suivant soumis par le PSQAC est-il conforme ?

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 161 

161

MME T-R

Séquelles actuelles :


224402	cicatrice vicieuse cuisse droite de	22.5 cm ²	22.5%
--------	-------------------------------------	----------------------	-------

Séquelles antérieures : aucune

Autres déficits reliés à la bilatéralité :

103033	ménisectomie interne genou gauche sans séquelle fonctionnelle	1%
--------	---	----

Non conforme

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 162 

162

MME T-R**Séquelles actuelles :**

224402 cicatrice vicieuse culsse droite de 22.5 cm² 20%

Le PE maximum pour les membres inférieurs est atteint

Séquelles antérieures : aucune

Autres déficits liés à la bilatéralité :

La bilatéralité ne s'applique pas pour le PE

Conforme

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

163

CNESST

163

ATTEINTE CICATRICIELLE

- Au niveau des membres inférieurs, une cicatrice vicieuse correspond à un préjudice esthétique (PE) de 1 % par cm² (page 281). Voir définition d'une cicatrice vicieuse à la page 273.
- Le pourcentage retenu ne doit pas excéder le pourcentage maximum prévu pour la partie du corps évaluée.
- Pour les parties du corps autres que la face, on retient seulement le pourcentage le plus élevé des deux : l'atteinte cicatricielle **ou** la modification de la forme et de la symétrie.

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

164

CNESST

164

MMET G V

- Mme TGV est une T de 53 ans qui avait déjà subi **en 2012 une déchirure de la coiffe des rotateurs droite** à la suite d'un accident de voiture personnel. Elle était demeurée avec un **déficit d'abduction de 10° de cette épaule**.
- Une **tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite** a été reconnue à la suite d'un faux mouvement survenu au travail le **7 septembre 2022**.
- La lésion a été consolidée le 12 février 2023.

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

165

CNESST

165

MMET G V

- À l'examen, cette T présente un **déficit d'abduction de 20° de l'épaule droite** alors que ce mouvement est mesuré à 180° à gauche.
- Pour les autres mouvements des épaules, on note des deux côtés une élévation à 180°, une extension à 40°, une adduction à 20°, une rotation interne à 40° et une rotation externe à 90°.
- Le reste de l'examen des membres supérieurs est normal.
- Le PSQAC vous appelle pour le guider dans la détermination du bilan des séquelles.

Que lui répondez-vous ?

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

166

CNESST

166

MMET G V**Ce bilan est-il conforme ?****Séquelles actuelles :**

102383	atteinte des tissus mous du membre supérieur droit avec séquelles fonctionnelles	2%
104808	perte de 20° d'abduction de l'épaule droite	1%

Séquelles antérieures :

102383	atteinte des tissus mous du membre supérieur droit avec séquelles fonctionnelles	2%
104808	perte de 10° d'abduction de l'épaule droite	1%

Autres déficits liés à la bilatéralité : aucun

Conforme

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

167

CNESST

167

SÉQUELLES ANTÉRIEURES

- Ne pas oublier que les séquelles antérieures sont celles **de toute origine** aux **sièges de la lésion professionnelle** avant son aggravation (barème page 331)
- De plus, ces séquelles antérieures **doivent être reconduites aux séquelles actuelles**
 - à moins d'être **remplacées par une séquelle plus importante** ou
 - à moins d'être **moindre et incluse par rapport à une autre séquelle**

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

168

CNESST

168

M. W G

- T de 48 ans.
- En pivotant rapidement pour déplacer une valise, il a ressenti un craquement au niveau du genou gauche en juillet 2022.
- Il présente une sensation de blocage intermittent à son genou lorsqu'il travaille en position accroupie depuis ce temps.
- La résonance magnétique a démontré une déchirure en anse de seau du ménisque interne.
- Une **méniscectomie interne partielle** a été réalisée en **décembre 2022**.

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

170

169

M. W G

- Ce T avait déjà chuté sur une caisse dans son sous-sol en **2018** et avait subi une entorse au genou droit.
- L'investigation avait démontré une déchirure oblique de la corne moyenne du ménisque interne.
- Une **méniscectomie interne partielle** avait alors été réalisée.

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

171

170

M. W G

- Démarche normale sans boiterie.
- L'examen du rachis lombaire est sans particularité et le bassin est symétrique.
- À l'examen des genoux : absence de déformation, petites cicatrices d'arthroscopie, à peine visibles, pas de gonflement.
- À la palpation, il y a douleur à l'interligne articulaire antérieur et interne du genou gauche.

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

172

171

M. W G

- Les mouvements d'extension des genoux sont normaux. La flexion maximale du genou gauche est un peu douloureuse. On mesure la **flexion à 140° au genou droit et à 130° au genou gauche**.
- Pas d'instabilité ligamentaire. Les manœuvres de compression méniscale (McMurray) ne provoquent pas de douleur.
- L'examen des autres articulations des membres inférieurs est normal.
- Le bilan des séquelles suivant est décrit au REM.

Ce bilan des séquelles est-il conforme ?

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

173

172

M. W G**Séquelles actuelles :**

103060	Méniscectomie interne du genou gauche avec séquelles fonctionnelles	1 %
106824	Perte de 10° de flexion du genou gauche	1 %

Séquelles antérieures :

Aucune

Autres déficits reliés à la bilatéralité :

103033	Méniscectomie interne du genou droit sans séquelle fonctionnelle	1 %
--------	--	-----

Conforme

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

174

173

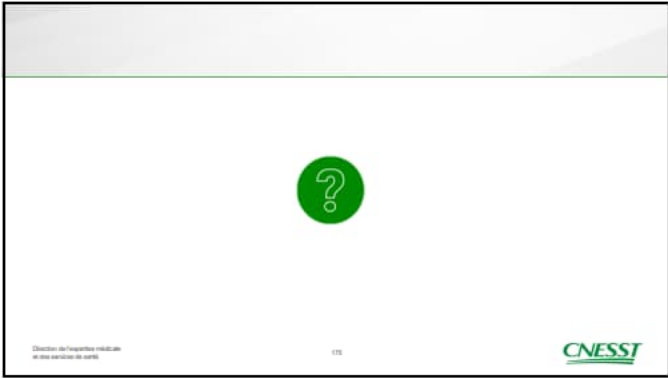
**DÉCHIRURE MÉNISCALE
ET MÉNISCECTOMIE**

- La méniscectomie donne droit à un DAP selon le ménisque opéré et selon les séquelles fonctionnelles présentes (page 39 du barème).
- Un DAP peut ensuite être ajouté selon les ankyloses mises en évidence au genou (page 88 et 89 du barème). Un DAP peut aussi être ajouté pour instabilité du genou (tableau 9, page 90 du barème).
- Si une atrophie est mise en évidence, ajouter le DAP pour atrophie (page 86 du barème).
- Enfin, si une cicatrice vicieuse est présente, un préjudice esthétique (PE) peut s'ajouter (page 281 du barème). Pour la définition d'une cicatrice vicieuse, voir la page 273 du barème.

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

175

174



175

**RÈGLEMENT ANNOTÉ SUR LE
BARÈME DES DOMMAGES
CORPORELS**

**SYSTÈME
MAXILLO-FACIAL**

Direction de l'expertise médicale et des services de santé
Avril 2024

Direction des services de santé,
de la sécurité et de la sécurité de travail
cnesst.gouv.qc.ca

CNESST

1

REPRODUCTION INTERDITE

Toute reproduction ou diffusion de cette formation
est interdite sans l'autorisation de la
Direction de l'expertise médicale et des services de santé
de la CNESST.

Elle seule peut permettre à un tiers d'en utiliser le contenu.

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

CNESST

2

OBJECTIFS

À la fin de cette formation, vous serez en mesure de mieux :

- Identifier les principaux déficits anatomo-physiologiques prévus au barème en lien avec les atteintes permanentes du système maxillo-facial
- Reconnaître les situations particulières relatives aux atteintes permanentes de ce système

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

CNESST

3

**SYSTÈME MAXILLO-FACIAL :
CHAPITRE II**

RÈGLES PARTICULIÈRES

1. **Bilatéralité**
Dans ce chapitre, les pourcentages résultant du calcul de la bilatéralité, à la suite d'atteinte permanente à des organes symétriques, sont déjà intégrés. Ils sont alors indiqués sous chaque séquelle. Lorsqu'il n'y a pas d'indication à cet effet, le principe de la bilatéralité ne joue pas.
2. Lorsqu'une ankylose d'une articulation se situe entre deux mesures indiquées au barème, on se réfère à la mesure volumine correspondant au déficit anatomophysiologique (DAF) le plus élevé.

Page 115

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

CNESST

4

**SYSTÈME MAXILLO-FACIAL :
CHAPITRE II**

A. Maxillaire supérieur
B. Maxillaire inférieur
C. Zygoma et os malaire
D. Orbite: cadre, paroi, contenu
E. Glandes salivaires
F. Langue
G. Dents – Altération et perte dentaire
H. Nerfs crâniens

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

CNESST

5

**SYSTÈME MAXILLO-FACIAL :
CHAPITRE II**

A. Maxillaire supérieur
B. Maxillaire inférieur
C. Zygoma et os malaire
D. Orbite: cadre, paroi, contenu
E. Glandes salivaires
F. Langue
G. Dents – Altération et perte dentaire
H. Nerfs crâniens

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

CNESST

6

M. ORL

M. ORL a subi une fracture du nez après avoir reçu un madrier au visage. Il demeure avec une difficulté à renifler du côté gauche sans déformation apparente.

Lors de la rédaction du REM, le PSQAC communique avec vous afin de connaître votre avis concernant le bilan des séquelles qui pourrait être retenu.

Que lui répondez-vous ?

Direction de l'expertise médicale et des services de soins

CNESST

7

SYSTÈME MAXILLO-FACIAL : NEZ

b) NEZ

1. Nez externe (sauf peau et téguments)

I. Perle de substance

- naso-frontale et apophyse montante
 - ☐ sans séquelle fonctionnelle 0,5
 - ☑ avec séquelles fonctionnelles 5
- cartilage triangulaire et alaire
 - ☐ sans séquelle fonctionnelle 0,5
 - ☑ avec séquelles fonctionnelles 5

II. Consolidation vicieuse

- sans séquelle fonctionnelle 0,5
- avec séquelles fonctionnelles 0,5

de plus, s'ajoutent les pourcentages prévus pour les séquelles au nez interne dap

2. Nez interne

I. Trouble du flot aérien

- unilatéral 1
- bilatéral 3

II. Troubles trophiques

- locaux (croûtes, sécheresse) 1
- à distance (pharynx) 1

III. Perforation de la cloison nasale 1

Direction de l'expertise médicale et des services de soins

CNESST

Page 117

8

M. ORL

Séquelles actuelles :

308697 trouble du flot aérien unilatéral 1%

Direction de l'expertise médicale et des services de soins

CNESST

9

SYSTÈME MAXILLO-FACIAL : ZYGOMA, OS MALAIRE ET ORBITE

C. ZYGOMA ET OS MALAIRE

Fracture

- sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique 0
- avec séquelles fonctionnelles au niveau du nez ou de l'orbite externe 5
- avec atteinte des parois orbitaires de plus, se référer au chapitre V sur l'appareil visuel, pour la diplopie, l'exophtalmie et l'ophtalmie 5

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

D. ORBITE : CAHIRE, PAROL CONTENU

Fracture

- sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique 0
- ☑ avec séquelles fonctionnelles 5
- ☑ avec déplacement du contenu
 - externe 3
 - interne 5
- avec atteinte des parois orbitaires se référer au chapitre V sur l'appareil visuel, pour la diplopie, l'exophtalmie et l'ophtalmie 5

dap

Direction de l'expertise médicale et des services de soins

CNESST

Page 121

10

SYSTÈME MAXILLO-FACIAL : GLANDES SALIVAIRES, LANGUE, DENTS

8. GLANDES SALIVAIRES

- 208630 Perle de substance sans séquelle 0,5
- 208640 Perle de substance avec hypoplasie 5

9. LANGUE

- 308630 Perle de substance en avant du V + ligament 1
- bande latérale en perle 1
- 408631 bande latérale 1
- 208632 papille médiane 1
- 208631 lèvre de la Langue 1

si un séquelle, se référer au chapitre III sur le système digestif pour les troubles causés par le dysphagie dap

G. DENTS - ALÉVIATION ET PERTE DENTAIRE

de séquelle au tableau 14 des altérations et pertes dentaires dap

Direction de l'expertise médicale et des services de soins

CNESST

Page 122

11

SYSTÈME MAXILLO-FACIAL : NERFS CRÂNIENS

11. NERFS CRÂNIENS

a) NERF TRIGÈME (V)

I. Perle totale et complète par atteinte avant les troncs et postérieure du nerf

- 208630 ☐ perle totale 0,5
- 408630 ☑ perle totale 5
- 308631 Perle partielle postérieure
 - ☐ postérieure 1,5
 - ☑ postérieure 5
- 308632 Perle partielle antérieure
 - ☐ antérieure 0
 - ☑ antérieure 1,5

II. Perle partielle - lésions végétatives

- 308633 Perle végétative (sans atteinte au nerf) 0
- 408634 Perle végétative (avec atteinte au nerf) 5
- 308635 Perle partielle
 - ☐ antérieure 0
 - ☑ antérieure 1,5
 - ☑ postérieure 0

K. Perle partielle - lésions végétatives sévères

- 308636 Perle végétative (sans atteinte au nerf) 0
- 408637 Perle végétative (avec atteinte au nerf) 5
- 308638 Perle partielle
 - ☐ antérieure 0
 - ☑ antérieure 1,5
 - ☑ postérieure 0

Direction de l'expertise médicale et des services de soins

CNESST

Page 123

12

SYSTÈME MAXILLO-FACIAL : NERFS CRÂNIENS

CODE	% DAP
4. Foyers généraux - Nerfs crâniens	
Nerf hypoglossique, nerf accessoire, nerf trochléaire	
209438	1
209447	5
5) NERF OLEFACTIF (I)	
209438	1
209447	5
6) NERF GLOSSO-PHARYNGIEN (IX) ET VAGUE (X)	
■ dysphagie	
se réfère au chapitre XII sur le système digestif	
■ dysphonie	
se réfère au chapitre XI sur le larynx	
7) NERF TRIGÈME (V)	
209455	2
409463	6
■ paralysie unilatérale	
■ paralysie bilatérale	
○ dysphagie	
se réfère au chapitre XII sur le système digestif	
○ dysarthrie	
209474	5
209483	13

Page 124

CNESST

13

SYSTÈME MAXILLO-FACIAL : NERFS CRÂNIENS

CODE	% DAP
8) NERF FACIAL (VII)	
■ paralysie unilatérale	
■ paralysie bilatérale	
○ dysarthrie	
○ dysphonie	
○ dysphagie	
se réfère au chapitre XII sur le système digestif	
9) NERF AUDITIF (VIII)	
■ surdité	
○ tinnit	
10) NERF VESTIBULAIRE (VIII)	
■ vertige	
○ nystagmus	
11) NERF COCHLEAIRE (VIII)	
■ surdité	
○ tinnit	
12) NERF OPTIQUE (II)	
■ cécité	
○ scotome	
13) NERF OPTIQUE (I)	
■ cécité	
○ scotome	
14) NERF TROCHÉAIRE (IV)	
■ ptosis	
○ diplopie	
15) NERF TRIGÈME (V)	
■ paralysie unilatérale	
■ paralysie bilatérale	
○ dysarthrie	
○ dysphonie	
○ dysphagie	
se réfère au chapitre XII sur le système digestif	
16) NERF QUATRIÈME (IV)	
■ strabisme	
○ diplopie	
17) NERF CINQUIÈME (V)	
■ paralysie unilatérale	
■ paralysie bilatérale	
○ dysarthrie	
○ dysphonie	
○ dysphagie	
se réfère au chapitre XII sur le système digestif	
18) NERF SIXIÈME (VI)	
■ strabisme	
○ diplopie	
19) NERF SEPTIÈME (VII)	
■ paralysie unilatérale	
■ paralysie bilatérale	
○ dysarthrie	
○ dysphonie	
○ dysphagie	
se réfère au chapitre XII sur le système digestif	
20) NERF HYPGLOSSIQUE (XII)	
■ paralysie unilatérale	
■ paralysie bilatérale	
○ dysarthrie	
○ dysphonie	
○ dysphagie	
se réfère au chapitre XII sur le système digestif	

Page 125

CNESST

14

SYSTÈME MAXILLO-FACIAL : NERFS CRÂNIENS

Nerf crânien	Chapitre	Page
I - Olfactif	2. Nerf olfactif	125
II - Optique	3. Nerf optique	126
III - Nerf oculaire moteur	3. Nerf optique	126
IV - Trochléaire	3. Nerf optique	126
V - Trigèmine	3. Nerf optique	126
VI - Nerf oculaire latéral	3. Nerf optique	126
VII - Facial	3. Nerf optique	126
VIII - Auditif	4. Nerf auditif	127
IX - Nerf vestibulaire	4. Nerf auditif	127
X - Nerf cochléaire	4. Nerf auditif	127
XI - Nerf hypoglossique	5. Nerf hypoglossique	128
XII - Nerf accessoire	5. Nerf hypoglossique	128

Page 126 et 127

CNESST

15

SYSTÈME MAXILLO-FACIAL : ARTICULATIONS TEMPORO-MANDIBULAIRES

CODE	% DAP
1) Articulation temporo-mandibulaire	
■ douleur	
○ bruit	
○ limitation de mouvement	
2) Articulation condylienne	
■ douleur	
○ bruit	
○ limitation de mouvement	
3) Articulation zygomatico-mandibulaire	
■ douleur	
○ bruit	
○ limitation de mouvement	

Pages 126 et 127

CNESST

16

SYSTÈME MAXILLO-FACIAL : DENTS

Page 131

CNESST

17

SYSTÈME MAXILLO-FACIAL : CHAPITRE II

TABLEAU G - ALTECTIONS ET PERTES DENTAIRES						
DENTS	Dent		Perte		Perte des dents	
	CODE	% DAP	CODE	% DAP	CODE	% DAP
Incisives centrales	11	20923	1	20921	0,47	21277
	21	20924	1	20922	0,47	21278
	31	20923	1	20923	0,47	21279
	41	20924	1	20924	0,47	21280
Incisives latérales	12	20921	0,75	20927	0,8	21271
	22	20922	0,75	20928	0,8	21272
	32	20921	0,75	20929	0,8	21273
	42	20922	0,75	20930	0,8	21274
Canines	13	20927	1,5	20925	1	21267
	23	20928	1,5	20926	1	21268
	33	20927	1,5	20927	1	21269
	43	20928	1,5	20928	1	21270

Page 129

CNESST

18

SYSTÈME MAXILLO-FACIAL : CHAPITRE II

TABLEAU 6 (suite)		ALTRACTIONS ET PERTES DENTAIRES					
DENTS		Perte dentaire CDSB	% DAP	Pertes amovibles CDSB	% DAP	Pertes des couronnes, prothèses amovibles CDSB	% DAP
Prothèses partielles							
14	209713	1	209933	0,67	210393	0,39	
24	209748	1	210024	0,67	210390	0,39	
34	209768	1	210023	0,67	210379	0,39	
44	209748	1	210042	0,67	210359	0,39	
Dentures partielles							
13	209775	1	210053	0,67	210397	0,39	
23	209784	1	210080	0,67	210386	0,39	
33	209795	1	210079	0,67	210392	0,39	
43	209802	1	210089	0,67	210384	0,39	
Prothèses molaires							
18	209811	1,25	210097	0,69	210375	0,42	
28	209828	1,25	210104	0,69	210382	0,42	
38	209839	1,25	210113	0,69	210391	0,42	
48	209849	1,25	210122	0,69	210400	0,42	
Dentures molaires							
17	209807	1	210126	0,67	210417	0,39	
27	209806	1	210149	0,67	210426	0,39	
37	209872	1	210199	0,67	210486	0,39	
47	209884	1	210168	0,67	210444	0,39	

Page 130

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

19

MME DENT

Mme DENT a présenté un traumatisme au visage avec lésions dentaires à la suite d'une chute.

Les traitements suivants ont été réalisés :

- Traitement de canal à la dent 11
- Couronne à la dent 12
- Prothèse amovible pour la dent 24
- Exérèse de la dent 48

Pourriez-vous préciser le bilan des séquelles à retenir ?

Page 130

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

20

MME DENT

Séquelles actuelles :

210177 traitement de canal dent 11	0.33%
210211 couronne dent 12	0.25%
210024 prothèse amovible dent 24	0.67%
209884 exérèse dent 48, par analogie dent 47	1%

Page 130

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

21

SYSTÈME MAXILLO-FACIAL : CHAPITRE II

TABLEAU 6 (suite)		ALTRACTIONS ET PERTES DENTAIRES					
DENTS		Perte dentaire CDSB	% DAP	Pertes amovibles CDSB	% DAP	Pertes des couronnes, prothèses amovibles CDSB	% DAP
Prothèses partielles							
14	209713	1	209933	0,67	210393	0,39	
24	209748	1	210024	0,67	210390	0,39	
34	209768	1	210023	0,67	210379	0,39	
44	209748	1	210042	0,67	210359	0,39	
Dentures partielles							
13	209775	1	210053	0,67	210397	0,39	
23	209784	1	210080	0,67	210386	0,39	
33	209795	1	210079	0,67	210392	0,39	
43	209802	1	210089	0,67	210384	0,39	
Prothèses molaires							
18	209811	1,25	210097	0,69	210375	0,42	
28	209828	1,25	210104	0,69	210382	0,42	
38	209839	1,25	210113	0,69	210391	0,42	
48	209849	1,25	210122	0,69	210400	0,42	
Dentures molaires							
17	209807	1	210126	0,67	210417	0,39	
27	209806	1	210149	0,67	210426	0,39	
37	209872	1	210199	0,67	210486	0,39	
47	209884	1	210168	0,67	210444	0,39	

18, 28, 38, 48 par analogie à la 2^e molaire

Page 130

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

22

RÈGLEMENT ANNOTÉ SUR LE BARÈME DES DOMMAGES CORPORELS

SYSTÈME NERVEUX CENTRAL ET PÉRIPHÉRIQUE

Direction de l'expertise médicale et des services de santé
Avril 2025

Direction des services de santé,
de la sécurité et de la sécurité du travail
cnesst.gouv.qc.ca

CNESST

1

REPRODUCTION INTERDITE

Toute reproduction ou diffusion de cette formation est interdite sans l'autorisation de la Direction de l'expertise médicale et des services de santé de la CNESST.

Elle seule peut permettre à un tiers d'en utiliser le contenu.

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

CNESST

2

OBJECTIFS

À la fin de cette formation, vous serez en mesure de mieux :

- Identifier les principaux déficits anatomo-physiologiques prévus au barème en lien avec les atteintes permanentes du système nerveux central et périphérique
- Reconnaître les situations particulières relatives aux atteintes permanentes de ce système

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

CNESST

3

**SYSTÈME NERVEUX CENTRAL :
CHAPITRE III**

SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

RÈGLE PARTICULIÈRE

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

Page 133

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

CNESST

4

**SYSTÈME NERVEUX CENTRAL :
4 SECTIONS**

A. Cerveau (fonctionnel)

B. Nerfs crâniens

C. Atteinte cérébro-spinale

D. Traumatisme crânio-cérébral (anatomique)

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

CNESST

5

**SYSTÈME NERVEUX CENTRAL :
A. CERVEAU**

A. Cerveau :

- Syndrome cérébral organique :
cognitif et émotif
- 4 classes
- Troubles de la communication
- 4 classes
- Épilepsie
- 4 classes

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

CNESST

6

SYSTÈME NERVEUX CENTRAL : NERF OPTIQUE (II)

Acuité et champ visuel

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

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

- la faculté visuelle
- le champ visuel
- la motilité oculaire

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

	% conservé de la faculté visuelle	% conservé du champ visuel	% conservé de la motilité oculaire	% d'efficacité d'un œil
Œil droit	_____	_____	_____	_____
Œil gauche	_____	_____	_____	_____

Page 164, Appareil visuel

13

SYSTÈME NERVEUX CENTRAL : NERFS POUR LA MOTILITÉ OCULAIRE (III, IV et VI)

Nerfs moteur oculaire commun (III), pathétique (IV) et moteur oculaire externe (VI)

SCHEMA 7
POURCENTAGE DE DÉFICIT DE LA MOTILITÉ OCULAIRE

Page 166, Appareil visuel

14

SYSTÈME NERVEUX CENTRAL : NERF TRIJUMEAU (V)

a) NERF TRIJUMEAU (V)

309200	Perle totale et complète par atteinte totale des racines et ganglions de Gasser	20
409200	Perle unilatérale	60
309210	Perle sensitive seulement	15
409210	Perle sensitive unilatérale	15
309220	Perle sensitive unilatérale	6
409220	Perle sensitive	15

b. Perle partielle - branche ophthalmique

309230	atteinte totale et complète	3
409230	unilatérale	3
309240	atteinte partielle	2
409240	unilatérale	2

c. Perle partielle - branches maxillaire supérieure et inférieure

309250	atteinte totale et complète	6
409250	unilatérale	6
309260	atteinte partielle	9
409260	unilatérale	9

4. Perle partielle : branche maxillaire inférieure

nerf dentaire inférieur, mentonnier, lingual, maxillaire inférieur

309231	atteinte totale et complète	6
409249	unilatérale	18
309259	atteinte partielle	3
409267	unilatérale	9
	bilatérale	9

Pages 123 et 124, Maxillo-facial

15

SYSTÈME NERVEUX CENTRAL : NERF FACIAL (VII)

b) NERF FACIAL (VII)

Perle périphérique

309277	toutes les branches	20
409285	complète et unilatérale	60
309295	complète et bilatérale	10
409301	incomplète et unilatérale	30
	incomplète et bilatérale	

atteintes sélectives

309311	branches supérieures (orbiculaire des paupières, frontale)	7
409320	complète et unilatérale	21
309339	complète et bilatérale	4
409347	incomplète et unilatérale	12
	incomplète et bilatérale	
309357	branches moyennes	6
409365	complète et unilatérale	18
309375	complète et bilatérale	3
409383	incomplète et unilatérale	9
	incomplète et bilatérale	
309393	branches cervico-mandibulaires	7
409409	complète et unilatérale	21
309419	complète et bilatérale	3
409427	incomplète et unilatérale	9
	incomplète et bilatérale	

Page 124, Maxillo-facial

16

SYSTÈME NERVEUX CENTRAL : NERF AUDITIF (VIII)

Appareil auditif

TABLEAU 23
POURCENTAGES DES DÉFICITS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES (DAP)

Seuil moyen en dB	Orchille la moins atteinte % DAP	COSE	Orchille la plus atteinte % DAP	COSE
30	2,5	216082	0,5	216171
35	5	216091	1	216180
40	7,5	216108	1,5	216199
45	12,5	216117	2,5	216206
50	22,5	216126	4,5	216215
55	32,5	216135	6,5	216224
60	40	216144	8	216233
65	47,5	216153	8,5	216242
70 et plus	45	216162	9	216251

Page 181, Appareil auditif

17

SYSTÈME NERVEUX CENTRAL : NERF GLOSSO-PHARYNGIEN (IX)

Dysphagie

A. URTOIRIQUES ET ORTOIRIQUES

L'indication et le fait de fraction des troubles digestifs et de leur conséquence fonctionnelle, les troubles digestifs peuvent concerner des muscles sables qu'ils soient gastro-œsophagiens, des troubles de la déglutition avec ou sans atteinte œsophagiennes et leurs conséquences sur l'état général.

a) RÈGLES ANATOMIQUES

Régurgitation d'une partie ou d'un traitement œsophagique

22040	avec atteinte fonctionnelle objective	3
22049	avec atteinte fonctionnelle objective du plus à moins le pourcentage prévu par les muscles fonctionnelles d'absence	3

b) RÈGLES FONCTIONNELLES

Classé 1

Dysfonction de muscles œsophagiens par une durée ou un traitement médical, tel que médicamenteux, chirurgie de l'œsophage, sans perte de poids importante (perte de poids inférieure à 10 % par rapport au poids initial au moment de l'évaluation)

22048		10
-------	--	----

Classé 2

Dysfonction de muscles partiellement œsophagiens par un traitement médical, ou associés à une perte de poids de 10 % à 20 % par rapport au poids initial au moment de l'évaluation

22077		20
-------	--	----

Classé 3

Dysfonction de muscles non œsophagiens par un traitement médical, tel que chirurgie ou gastroscopie ou hyperdilatation, ou associés à une perte de poids supérieure à 20 % par rapport au poids initial au moment de l'évaluation

22086		40
-------	--	----

Page 214, Digestif

18

SYSTÈME NERVEUX CENTRAL : NERF VAGUE (X)

Dysphonie

CODE	% DAP
C. DYSPHONIE Laboratoire de la phonation sans trachéotomie permanente) L'évaluation est basée sur les trois fonctions suivantes : ■ audibilité ■ intelligibilité ■ efficacité fonctionnelle	
219551	3
219560	6
219579	15

Page 211,
Larynx et trachée

CNESST

Direction de l'expertise médicale
et des services de soins

19

SYSTÈME NERVEUX CENTRAL : NERF SPINAL (XI)

i) NERF SPINAL (XI)

Paralysie complète du sterno-cléido-mastoidien		
311120	■ unilatérale	3
411138	■ bilatérale	9
Paralysie complète du trapèze		
311148	■ unilatérale	5
411156	■ bilatérale	15

Page 137, SNC

CNESST

Direction de l'expertise médicale
et des services de soins

20

SYSTÈME NERVEUX CENTRAL : NERF HYPOGLOSSE (XII)

e) HYPOGLOSSE (XII)

Langue		
309455	■ paralysie unilatérale	2
409463	■ paralysie bilatérale	6
☐ dysphagie		
se référer au chapitre XII sur le système digestif		
		dap
☐ dysarthrie		
209474	- mineure	5
209483	- majeure	15

Page 125,
Maxillo-facial

CNESST

Direction de l'expertise médicale
et des services de soins

21

SYSTÈME NERVEUX CENTRAL : C. ATTEINTE CÉRÉBRO-SPINALE

- Station debout et démarche :
- 4 classes
- Usage des membres supérieurs
- 4 classes
- Fonction vésicale
- Fonction ano-rectale
- Fonction sexuelle

Direction de l'expertise médicale
et des services de soins

22

CNESST

22

SYSTÈME NERVEUX CENTRAL : C. ATTEINTE CÉRÉBRO-SPINALE

CODE	% DAP
C. ATTEINTE CÉRÉBRO-SPINALE	
a) STATION DEBOUT ET DÉMARCHIE	
Cette classification s'applique uniquement aux séquelles d'une atteinte cérébro-spinale.	
Classe 1 Peut se lever debout et marcher, mais présente certaines difficultés à négocier les dénivellements, les escaliers, les terrains accidentés ou les longues distances	
211167	5
Classe 2 Peut se lever debout et marcher, mais ne peut négocier les dénivellements, les escaliers, les terrains accidentés ou les longues distances, sans requérir une aide mécanique ou autre.	
211176	20
Classe 3 Peut se lever debout et garder cette position, mais ne peut marcher que quelques pas et avec aide	
211185	50
Classe 4 Ne peut se tenir debout sans aide mécanique ou autre	
211194	70

Page 138,
SNC

CNESST

Direction de l'expertise médicale
et des services de soins

23

SYSTÈME NERVEUX CENTRAL : C. ATTEINTE CÉRÉBRO-SPINALE

CODE	% DAP
b) USAGE DES MEMBRES SUPÉRIEURS	
Cette classification s'applique uniquement aux séquelles d'une atteinte cérébro-spinale.	
Classe 1 Peut utiliser le membre atteint pour saisir et tenir sans difficulté, pour les soins personnels, mais présente une certaine maladresse	
311200	10
411218	25
Classe 2 Peut utiliser le membre atteint pour saisir et tenir sans difficulté, pour ses soins personnels, mais avec difficulté à manipuler	
311228	20
411236	40
Classe 3 Peut utiliser le membre atteint, mais avec difficulté même pour ses soins personnels	
311246	40
411254	80
Classe 4 Ne peut utiliser le membre atteint, même pour ses soins personnels	
311264	50
411272	100

Pages 138 et
139, SNC

CNESST

Direction de l'expertise médicale
et des services de soins

24

SYSTÈME NERVEUX CENTRAL : C. ATTEINTE CÉRÉBRO-SPINALE

c) FONCTION VÉSICALE
Se référer au chapitre VII sur l'appareil urinaire dap

d) FONCTION ANO-RECTALE
Se référer au chapitre XII sur le système digestif dap

e) FONCTION SEXUELLE
Se référer au chapitre VIII sur l'appareil génital femelle ou au chapitre IX sur l'appareil génital mâle dap

Page 139, SNC
CNESST

25

SYSTÈME NERVEUX CENTRAL : D. TRAUMATISME CRÂNIO-CÉRÉBRAL

a) Commotion
b) Contusion ou lacération cérébrale
c) Fracture du crâne
d) Hématome ou hygroma intra-crânien
e) Fistule de liquide céphalo-rachidien
f) Fistule carotido-caverneuse
g) Traumatisme de la carotide interne
h) Méningite post-traumatique ou abcès
i) Hydrocéphalie avec dérivation du liquide céphalo-rachidien

Page 140, SNC
CNESST

26

SYSTÈME NERVEUX CENTRAL : D. TRAUMATISME CRÂNIO-CÉRÉBRAL

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

211283	■ Mineure l'amnésie ou perte de conscience est de 60 minutes et moins	1
211292	■ Modérée l'amnésie ou perte de conscience est de plus de 60 minutes et de moins de 24 heures	2
211309	■ Grave l'amnésie ou perte de conscience est de 24 heures et plus	5

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

Page 140, SNC
CNESST

27

SYSTÈME NERVEUX CENTRAL : D. TRAUMATISME CRÂNIO-CÉRÉBRAL

b) CONTUSION OU LACÉRATION CÉRÉBRALE DÉMONTRÉE DE VISU OU PAR TEST SPÉCIFIQUE
(incluant les manifestations commotionnelles)

211318	■ Mineure sans séquelle fonctionnelle	4
211327	■ Majeure sans séquelle fonctionnelle	10

En présence de séquelles fonctionnelles, se référer aux chapitres concernés et ajouter le pourcentage prévu pour ces séquelles. dap

Page 140, SNC
CNESST

28

SYSTÈME NERVEUX CENTRAL : D. TRAUMATISME CRÂNIO-CÉRÉBRAL

c) FRACTURE DU CRÂNE

211336	Simple (linéaire)	1
211345	■ Complexe comminutive ou ouverte ou de la base	2
211334	■ enfoncée (plus que l'épaisseur de l'os), nécessitant ou non une élévation par trépanation	3
211363	■ enfoncée (plus que l'épaisseur de l'os), nécessitant l'élévation par craniectomie ou craniotomie, avec ou sans plaquette de l'os ou de la dure-mère ou cranioplastie	7

de plus, s'ajoute le pourcentage prévu pour la commotion ou contusion ou la lacération, ou pour toute autre séquelle neurologique. dap

d) HÉMATOME OU HYGROMA INTRACRÂNIEN

211372	Extracérébral (épi-dural ou sous-dural), nécessitant évacuation par craniectomie ou trépanation(s)	3
211381	Extracérébral (épi-dural ou sous-dural), nécessitant évacuation par craniectomie	7
211390	Intracérébral (intra-axial ou sous-arachnoïdien ou sous-dural)	7

de plus, s'ajoute le pourcentage prévu pour la commotion ou contusion ou la lacération, ou pour toute autre séquelle neurologique. dap

Page 141, SNC
CNESST

29

SYSTÈME NERVEUX CENTRAL : D. TRAUMATISME CRÂNIO-CÉRÉBRAL

e) FISTULE DE LIQUIDE CÉPHALORACHIDIEN

211407	Tarée par craniotomie ou par voie oto-rhino-laryngologique	7
211416	Non tarée (traitée ou non traitée)	10

f) FISTULE CAROTIDO-CAVERNEUSE
Traite avec succès

211426	■ sans occlusion de la carotide interne	5
211434	■ avec occlusion de la carotide interne	10
211443	Traite sans succès ou non traité	15

de plus, s'ajoute le pourcentage prévu pour les séquelles neurologiques. dap

g) TRAUMATISME DE LA CAROTIDE INTERNE

211452	Sténose 50 % et moins	5
211461	Sténose plus de 50 % et moins de 80 %	10
211470	Clotement ou sténose de 80 % ou plus de l'artère, s'ajoute le pourcentage prévu pour les séquelles neurologiques	15

dap

h) MÉNINGITE POST-TRAUMATIQUE OU ABCÈS

211489	Sans séquelle fonctionnelle	5
211498	Si cas récurrent, s'ajoute le pourcentage prévu pour la trépanation ou craniectomie ou pour la craniotomie	10

dap

i) HYDROCÉPHALIE AVEC DÉRIVATION DU LIQUIDE CÉPHALORACHIDIEN
de plus, s'ajoute le pourcentage prévu pour les séquelles fonctionnelles. dap

Page 141 et 142, SNC
CNESST

30

MME TCC

Mme TCC, agente d'immeuble, a été victime d'un accident d'automobile dans le cadre de son travail. Elle a **perdu conscience environ 30 minutes** selon les témoins.

À son arrivée à l'urgence, elle ouvre les yeux spontanément, ses propos sont inappropriés et elle localise la douleur. **Glasgow à 12.**

Diagnosics posés initialement :

- TCC
- Hémorragie sous-arachnoïdienne
- Hématome sous-dural de la tente du cervelet
- Fracture de la mastoïde droite
- Importante contusion fronto-temporale droite

Direction de l'expertise médicale
et des services de soins

23



31

MME TCC : ÉCHELLE DE COMA DE GLASGOW

OUVERTURE DES YEUX (E)	
▪ SPONTANÉE :	4
▪ À LA PIERCEUSE (PAIN) :	3
▪ À LA PIERCEUSE (DOULEUR) :	2
▪ ABSENTE :	1
▪ NON ÉVALUABLE :	NE
REPOSSE VERBALE (V)	
▪ ORIENTÉE :	5
▪ CONFUSE :	4
▪ MOTS (INAPPROPRIÉS) :	3
▪ SONS (INCOMPRÉHENSIBLES) :	2
▪ ABSENTE :	1
▪ NON ÉVALUABLE :	NE
MIEILLEURE RÉPONSE MOTRICE (M)	
▪ ORDRES SIMPLES :	6
▪ LOCALISE :	5
▪ FLEXION NORMALE (EN TRAIT) À LA DOULEUR :	4
▪ FLEXION ANORMALE À LA DOULEUR :	3
▪ EXTENSION À LA DOULEUR :	2
▪ ABSENTE :	1
▪ NON ÉVALUABLE :	NE

Direction de l'expertise médicale
et des services de soins

22



32

MME TCC

Conditions identifiées lors de la consolidation de ses lésions :

- TCC
- Fracture de la mastoïde droite
- Séquelle contusionnelle fronto-temporale droite à l'imagerie
- Répète souvent les mêmes propos, atteinte légère de la mémoire et de l'autocritique. Pas d'autre séquelle cognitive selon l'évaluation en neuropsychologie.

Quel serait le bilan des séquelles à retenir ?

Direction de l'expertise médicale
et des services de soins

23



33

MME TCC

Séquelles actuelles :

211327 contusion cérébrale majeure	10%
211283 commotion mineure	1%
211005 syndrome cérébral organique classe 1	15%
211345 fracture de la base du crâne	2%

Séquelles antérieures :

Nil

Autres déficits reliés à la bilatéralité :

Nil

Bilan des séquelles conforme ?

Direction de l'expertise médicale
et des services de soins

24



34

MME TCC

Séquelles actuelles :

211327 contusion cérébrale majeure	10%
211283 commotion mineure	1%
211005 syndrome cérébral organique classe 1	15%
211345 fracture de la base du crâne	2%

Séquelles antérieures :

Nil

Autres déficits reliés à la bilatéralité :

Nil

Bilan des séquelles conforme
Et s'il n'y avait pas de contusion cérébrale ?

Direction de l'expertise médicale
et des services de soins

23



35

MME TCC

Séquelles actuelles :

211283 commotion mineure	1%
211005 syndrome cérébral organique classe 1	15%
211345 fracture de la base du crâne	2%

Séquelles antérieures :

Nil

Autres déficits reliés à la bilatéralité :

Nil

Direction de l'expertise médicale
et des services de soins

24



36

M. LCR

M. LCR a chuté d'une nacelle. Il a présenté une fracture-luxation C5-C6 stabilisée par greffe à un niveau. Il demeure avec une quadriparésie. Il peut se lever et se tenir debout. Il arrive à marcher quelques pas avec aide. Il peut utiliser les membres supérieurs mais avec difficulté même pour ses soins personnels.

À l'examen, il est décrit une ankylose partielle avec perte de 30% de tous les mouvements cervicaux.

Quel bilan des séquelles s'applique à cette condition ?

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

27

37

M. LCR**Séquelles actuelles :**

203568	fracture-luxation C5-C6 avec greffe	3%
207396	flexion cervicale à 25°	1.5%
207421	extension cervicale à 20°	1.5%
207458	flexion latérale droite à 25°	1.5%
207485	flexion latérale gauche à 25°	1.5%
207519	rotation droite à 40°	3%
207546	rotation gauche à 40°	3%
211185	station debout classe 3	50%
311246	usage du membre supérieur droit classe 3	40%
311246	usage du membre supérieur gauche classe 3	40%

Bilan des séquelles actuelles conforme ?

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

28

38

M. LCR**Séquelles actuelles :**

203568	fracture-luxation C5-C6 avec greffe	3%
207396	flexion cervicale à 25°	1.5%
207421	extension cervicale à 20°	1.5%
207458	flexion latérale droite à 25°	1.5%
207485	flexion latérale gauche à 25°	1.5%
207519	rotation droite à 40°	3%
207546	rotation gauche à 40°	3%
211185	station debout classe 3	50%
311246	usage du membre supérieur droit classe 3	40%
311246	usage du membre supérieur gauche classe 3	40%

Bilan des séquelles actuelles conforme ?

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

29

39

M. LCR**Séquelles actuelles :**

203568	fracture-luxation C5-C6 avec greffe	3%
207396	flexion cervicale à 25°	1.5%
207421	extension cervicale à 20°	1.5%
207458	flexion latérale droite à 25°	1.5%
207485	flexion latérale gauche à 25°	1.5%
207519	rotation droite à 40°	3%
207546	rotation gauche à 40°	3%
211185	station debout classe 3	50%
411254	usage des membres supérieurs classe 3	80%

Bilan des séquelles actuelles conforme

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

30

40

**SYSTÈME NERVEUX PÉRIPHÉRIQUE :
CHAPITRE IV****RÈGLES PARTICULIÈRES**

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

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

Page 143,
SNP

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

41

41

**SYSTÈME NERVEUX PÉRIPHÉRIQUE :
CLASSES D'ATTEINTES**

TABLEAU 15
CLASSES DE L'ATTEINTE MOTRICE
ET SENSITIVE

% Perte de
fonction**A) ATTEINTE MOTRICE**

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

B) ATTEINTE SENSITIVE

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

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

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

42

Page 145,
SNP

42

SYSTÈME NERVEUX PÉRIPHÉRIQUE : A) ATTEINTE MOTRICE

Évaluation de la force musculaire :

- 5/5 puissance normale
- 4/5 mouvement contre pesanteur plus résistance
- 3/5 seuil du mouvement contre la pesanteur, capable de combattre la gravité
- 2/5 mouvement possible si pesanteur annulée
- 1/5 ébauche de mouvement seulement
- 0/5 aucune évidence de contractilité

Direction de l'expertise médicale et des services de soins 43

43

SYSTÈME NERVEUX PÉRIPHÉRIQUE : A) ATTEINTE MOTRICE

Évaluation de la force musculaire selon le barème :

- Classe 1** 5/5 aucune perte de fonction motrice
- Classe 2** 4+/5 faiblesse objective contre résistance forte
- Classe 3** 4-/5 faiblesse objective contre résistance légère
- Classe 4** 2+/5 faiblesse objective contre gravité
- Classe 5** 0/5 aucune force motrice

Direction de l'expertise médicale et des services de soins 44

44

SYSTÈME NERVEUX PÉRIPHÉRIQUE : B) ATTEINTE SENSITIVE

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

Classe I	aucune atteinte sensitive	0
Classe II	hypoesthésie incluant dyesthésie et douleur hyperesthésie, paresthésie	25
Classe III	anesthésie (incluant la douleur)	100

Page 145, SNP

Direction de l'expertise médicale et des services de soins 45

45

SYSTÈME NERVEUX PÉRIPHÉRIQUE : ÉVALUATION ÉTAPE 1

Évaluation de la classe d'atteinte

TABLEAU 10 CLASSES DE L'ATTEINTE MOTRICE ET SENSITIVE		N. POINTS DE FONCTION
A) ATTEINTE MOTRICE		
Classe I	aucune perte de fonction motrice	100/100
Classe II	faiblesse objective contre résistance forte	75/4+5
Classe III	faiblesse objective contre résistance légère	50/4-5
Classe IV	faiblesse objective contre gravité	25/2+5
Classe V	aucune force motrice	0/0
B) ATTEINTE SENSITIVE		
Les déficits sensitifs, pour être indemnisés, doivent avoir les caractères d'objectivité habituellement reconnus sur une base scientifique. L'évaluation tient compte du respect des dermatomes, du type de sensibilité atteinte et de la vraisemblance des signes cliniques.		
Classe I	aucune atteinte sensitive	0
Classe II	hypoesthésie incluant dyesthésie et douleur	25
Classe III	anesthésie (incluant la douleur)	100

Page 145, SNP

Direction de l'expertise médicale et des services de soins 46

46

SYSTÈME NERVEUX PÉRIPHÉRIQUE : ÉVALUATION ÉTAPE 2

Évaluation du code et du %

SYSTÈME NERVEUX PÉRIPHÉRIQUE	DÉFICIT (Annexes)				DÉFICIT (Annexes)			
	1	2	3	4	1	2	3	4
NERF MÉDIAN	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000
NERF CUBITAL	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000
NERF RADIAL	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000
NERF ULNAR	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000
NERF PERONNIER	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000
NERF TIBIAL	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000
NERF SCAPULO HUMÉRAL	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000
NERF AXILLAIRE	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000
NERF BRACHIAL	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000
NERF BRACHIOULNAIRE	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000
NERF SPINAUX	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000

Pages 152 à 158, SNP

Direction de l'expertise médicale et des services de soins 47

47

SYSTÈME NERVEUX PÉRIPHÉRIQUE : BILATÉRALITÉ

Doit-on appliquer la bilatéralité dans les cas suivants :


- 1) Nerf médian droit et nerf cubital gauche?
- 2) Racine L5 droite et racine L4 gauche?
- 3) Nerf médian droit et amputation pouce gauche?

Direction de l'expertise médicale et des services de soins 48

48

SYSTÈME NERVEUX PÉRIPHÉRIQUE : BILATÉRALITÉ

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

Page 144, SNP


Direction de l'expertise médicale et des services de santé

49


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

Page 144, SNP

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

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

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

Page 5, MSK



Direction de l'expertise médicale et des services de santé

50

SYSTÈME NERVEUX PÉRIPHÉRIQUE : BILATÉRALITÉ

Position retenue:

- Devant l'absence de définition claire des « structures symétriques » et considérant les raisons qui justifient l'octroi d'un DAP pour une atteinte bilatérale, nous devrions accorder ce DAP lorsqu'il y a une atteinte nerveuse périphérique à deux membres opposés, même si les lésions ne sont pas au même niveau
- De même, une atteinte nerveuse à un membre opposé à celui qui est porteur d'une atteinte musculo-squelettique demanderait l'ajout du DAP pour bilatéralité




Direction de l'expertise médicale et des services de santé

51

ATTEINTES SENSITIVES DES NERFS DIGITAUX PAR ANALOGIE

TABLÉAU F ANCYLOSES PERMANENTES DU POIGNET ET DES DOIGTS

	Ankylose en position de flexion		Complexe en position de flexion		Complexe en position en position médiane							
	CO20	9,407	CO20	9,407	CO20	9,407	CO20	9,407	CO20	9,407		
Poignet												
Trapézostéocarpien	102018	0,75	102063	1,5	102112	3						
Métacarpo-phalangien	102027	1,5	102070	2,5	102221	5						
Interphalangien	101836	10	102089	5	102230	10						
Doigt												
Du premier												
2 ^e et 3 ^e doigts												
4 ^e et 5 ^e doigts												
Index												
Métacarpo-phalangien	101945	0,75	102098	0,5	102249	1	10782	1,5	107949	2	108001	2,5
Interphalangien proximal	101864	0,5	102109	1	102258	2	107922	3	107968	4	108074	5
Interphalangien distal	101863	0,5	102114	1	102267	2	107941	3	107967	4	108083	5



Direction de l'expertise médicale et des services de santé

52

**RÈGLEMENT ANNOTÉ SUR LE
BARÈME DES DOMMAGES
CORPORELS**

APPAREIL VISUEL

Direction de l'expertise médicale et des services de santé
Avril 2025

Direction des services de santé,
du travail et de la sécurité de travail
cnesst.gouv.qc.ca

CNESST

1

REPRODUCTION INTERDITE

Toute reproduction ou diffusion de cette formation
est interdite sans l'autorisation de la
Direction de l'expertise médicale et des services de santé
de la CNESST.

Elle seule peut permettre à un tiers d'en utiliser le contenu.

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

CNESST

2

OBJECTIFS

À la fin de cette formation, vous serez en mesure de mieux :

- Identifier les principaux déficits anatomo-physiologiques prévus au barème en lien avec les atteintes permanentes de l'appareil visuel
- Reconnaître les situations particulières relatives aux atteintes permanentes de ce système

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

CNESST

3

**APPAREIL VISUEL :
CHAPITRE V**

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

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

Page 159

Bilatéralité intégrée à l'atteinte des fonctions oculaires et de l'appareil visuel

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

CNESST

4

**APPAREIL VISUEL :
CHAPITRE V**

2. **Fonctions accessoires (annexes)**

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

Page 159

La bilatéralité s'applique à l'atteinte des fonctions accessoires (page 171)

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

CNESST

5

**APPAREIL VISUEL :
CHAPITRE V**

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

Page 159

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

CNESST

6

APPAREIL VISUEL : PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE POUR ÉNUCLÉATION

Préjudices esthétiques

CODE		% PE
CEIL		
224457	Énucléation avec ou sans remplacement par prothèse. Le cas échéant, se référer au tableau des PE de la face	5

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

7

Page 282

7

APPAREIL VISUEL : PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE

Préjudices esthétiques

TABLEAU 34

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE

Règles d'évaluation

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

- front
- orbite (chaque orbite constitue un élément)
- paupière (chaque paupière constitue un élément)
- œil, partie visible du globe oculaire (chaque œil constitue un élément)
- joue (chaque joue constitue un élément)
- nez (inclut les narines et la base)
- lèvres (chaque lèvre constitue un élément)
- oreille (chaque oreille constitue un élément)
- menton

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

8

Page 275

8

APPAREIL VISUEL : PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE

TABLEAU 34 PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE

CODE	Classe d'atteinte du fonctionnement	Multifonction de la joue et de la mâchoire	atteinte caractérisée	% PE max.
Classe 1				
224000	Simple	Non atteinte	Non atteinte	0
Classe 2				
224010	Traje léger		Non atteinte la PE est de 1 %	3
Classe 3				
224020	Apparues	Atteinte ou absence anormale (exemple : déformation du nez) la PE est de 5 % Atteinte d'un élément anatomique (exemple : nez et lèvres agénésies ou nez et oreille) la PE est de 6 % Atteinte plus de deux éléments anatomiques la PE est de 7 %	Non atteinte la PE est de 1 % Vitreuse la PE est de 2 %	7

* par organe, visage et 15, au mieux du chapitre 0700

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

9

Page 276

9

APPAREIL VISUEL : 3 SECTIONS

- A. Appareil visuel**
- B. Fonctions accessoires (annexes)**
1. Système lacrymal
 2. Système protecteur des paupières
 3. Sourcils
 4. Cils
- C. Autres déficits des fonctions oculaires**

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

10

10

APPAREIL VISUEL :

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

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

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

11

Page 160

11

APPAREIL VISUEL :

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

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

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

12

Page 160

12

APPAREIL VISUEL :

2. POURCENTAGE MAXIMAL DU DÉFICIT

215500	Perte de la vision d'un œil	25
215519	Perte de la vision des deux yeux	100

Page 161

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

13

A. APPAREIL VISUEL :

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

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

Page 160

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

14

APPAREIL VISUEL

TABLEAU 50
DÉFICIT DE LA VISION CENTRALE* (ÉCHELLE DE SNELLEN)

Vues	Vues de près															
	20/20	20/25	20/30	20/40	20/50	20/60	20/70	20/80	20/100	20/120	20/150	20/200	20/250	20/300	20/400	20/500
100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
95%	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95
90%	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90
85%	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85
80%	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80
75%	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75
70%	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70
65%	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65
60%	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
55%	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55
50%	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
45%	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45
40%	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
35%	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
30%	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
25%	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
20%	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
15%	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
10%	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
5%	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
0%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

* Mesures supérieures : pourcentage de droits de la vision centrale sans altération pour aphakie hyperopie.
 * Mesures inférieures : pourcentage de droits de la vision centrale sans altération pour aphakie myopie.
 Le cas échéant s'ajoute le pourcentage de DAP positif pour la presbytie-aphakie.

Page 169

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

15

CHAMPS VISUELS

SCHEMA 6
CHAMPS VISUELS

Page 166

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

16

TABLEAU 51

DÉFICIT DU CHAMP VISUEL

Degrés perdus (Gauche)	Degrés perdus (Droite)	%	Degrés perdus (Gauche)	Degrés perdus (Droite)	%	Degrés perdus (Gauche)	Degrés perdus (Droite)	%
0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	10	10	10	10	10	10	10	10
20	20	20	20	20	20	20	20	20
30	30	30	30	30	30	30	30	30
40	40	40	40	40	40	40	40	40
50	50	50	50	50	50	50	50	50
60	60	60	60	60	60	60	60	60
70	70	70	70	70	70	70	70	70
80	80	80	80	80	80	80	80	80
90	90	90	90	90	90	90	90	90
100	100	100	100	100	100	100	100	100
110	110	110	110	110	110	110	110	110
120	120	120	120	120	120	120	120	120
130	130	130	130	130	130	130	130	130
140	140	140	140	140	140	140	140	140
150	150	150	150	150	150	150	150	150
160	160	160	160	160	160	160	160	160
170	170	170	170	170	170	170	170	170
180	180	180	180	180	180	180	180	180

Lozengés et y a attente du champ visuel central. Le pourcentage de DAP sera calculé de la perte de l'acuité visuelle concomitante. Si l'acuité visuelle est normale, le pourcentage de DAP sera calculé à partir des degrés perdus.

Page 170

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

17

MOTILITÉ OCULAIRE

SCHEMA 7
POURCENTAGE DE DÉFICIT DE LA MOTILITÉ OCULAIRE

■ équivaut à un déficit de 100 %

Page 166

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

18

DÉTERMINATION DE L'EFFICACITÉ VISUELLE D'UN OEIL

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

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

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

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

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

Page 164

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

19

DÉTERMINATION DE L'EFFICACITÉ DE L'APPAREIL VISUEL DANS SON ENSEMBLE

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

CODE	% DAP		
	% d'efficacité du meilleur oeil $\frac{c}{e} \times 30$	+	% d'efficacité de l'autre oeil
215528	100	-	-
			% du DAP de l'appareil visuel dans son ensemble

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

Pages 164 et 165

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

20

M. O.S.

Monsieur O.S. a subi une perforation traumatique de l'œil gauche. Une énucléation de cet œil a été nécessaire.

L'examen de l'œil droit est normal.

Pourriez-vous déterminer l'efficacité visuelle des deux yeux et de l'appareil visuel dans son ensemble ?

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

21

21

	% conservé de l'acuité visuelle	x	% conservé du champ visuel	x	% conservé de la motilité oculaire	=	% d'efficacité d'un oeil
Oeil droit	100 %	x	100 %	x	100 %	=	100 %
Oeil gauche	0 %	x	0 %	x	0 %	=	0 %
215528	100	-	-	-	% d'efficacité du meilleur oeil $(100 \% \times 3)$	+	0 %
					% d'efficacité visuelle binoculaire	=	75 %
					% d'efficacité visuelle binoculaire	=	% du DAP de l'appareil visuel dans son ensemble
						=	25 %

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

22

22

M. O.S.

Séquelles actuelles
215528 Atteinte de l'appareil visuel 25 %

Séquelles antérieures
Aucune

Autres déficits liés à la bilatéralité :
Aucun

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

23

23

MME O.D.

Madame O.D. a subi un traumatisme à l'œil droit et demeure avec une vision de loin à 20/80 et une vision de près à 14/18. Elle présentait avant son accident une vision de l'œil gauche à 20/80 de loin et à 14/45 de près, avec correction alors que l'examen de l'œil droit était normal. Le reste de l'examen est normal.

Pourriez-vous déterminer l'efficacité visuelle des deux yeux et de l'appareil visuel dans son ensemble ?

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

24

24

TABEAU 19
DÉFICIT DE LA VISION CENTRALE*
(ÉCHELLE DE SNELEN)

Vision à distance	Vision de près									
	1/4	1/5	1/6	1/8	1/10	1/12	1/15	1/18	1/24	1/30
20/20	60	50	45	40	36	32	28	25	20	18
20/25	60	50	45	40	36	32	28	25	20	18
20/30	60	50	45	40	36	32	28	25	20	18
20/40	60	50	45	40	36	32	28	25	20	18
20/50	60	50	45	40	36	32	28	25	20	18
20/60	60	50	45	40	36	32	28	25	20	18
20/70	60	50	45	40	36	32	28	25	20	18
20/80	60	50	45	40	36	32	28	25	20	18
20/100	60	50	45	40	36	32	28	25	20	18
20/120	60	50	45	40	36	32	28	25	20	18
20/150	60	50	45	40	36	32	28	25	20	18
20/200	60	50	45	40	36	32	28	25	20	18
20/250	60	50	45	40	36	32	28	25	20	18
20/300	60	50	45	40	36	32	28	25	20	18
20/400	60	50	45	40	36	32	28	25	20	18
20/500	60	50	45	40	36	32	28	25	20	18
20/600	60	50	45	40	36	32	28	25	20	18
20/800	60	50	45	40	36	32	28	25	20	18
20/1000	60	50	45	40	36	32	28	25	20	18

* Nombre angulaire : pourcentage du déficit de la vision centrale sans allocation pour agnésie monoculatoire.
** Nombre déficitaire : pourcentage du déficit de la vision centrale avec allocation pour agnésie monoculatoire.

Direction de l'expertise médicale et des services de santé **CNESST**

25

TABEAU 19
DÉFICIT DE LA VISION CENTRALE*
(ÉCHELLE DE SNELEN)

Vision à distance	Vision de près									
	1/4	1/5	1/6	1/8	1/10	1/12	1/15	1/18	1/24	1/30
20/20	60	50	45	40	36	32	28	25	20	18
20/25	60	50	45	40	36	32	28	25	20	18
20/30	60	50	45	40	36	32	28	25	20	18
20/40	60	50	45	40	36	32	28	25	20	18
20/50	60	50	45	40	36	32	28	25	20	18
20/60	60	50	45	40	36	32	28	25	20	18
20/70	60	50	45	40	36	32	28	25	20	18
20/80	60	50	45	40	36	32	28	25	20	18
20/100	60	50	45	40	36	32	28	25	20	18
20/120	60	50	45	40	36	32	28	25	20	18
20/150	60	50	45	40	36	32	28	25	20	18
20/200	60	50	45	40	36	32	28	25	20	18
20/250	60	50	45	40	36	32	28	25	20	18
20/300	60	50	45	40	36	32	28	25	20	18
20/400	60	50	45	40	36	32	28	25	20	18
20/500	60	50	45	40	36	32	28	25	20	18
20/600	60	50	45	40	36	32	28	25	20	18
20/800	60	50	45	40	36	32	28	25	20	18
20/1000	60	50	45	40	36	32	28	25	20	18

* Nombre angulaire : pourcentage du déficit de la vision centrale sans allocation pour agnésie monoculatoire.
** Nombre déficitaire : pourcentage du déficit de la vision centrale avec allocation pour agnésie monoculatoire.

Direction de l'expertise médicale et des services de santé **CNESST**

26

État actuel :

	% conservé de l'acuité visuelle	x	% conservé du champ visuel	x	% conservé de la motilité oculaire	=	% d'efficacité d'un oeil
Oeil droit	80 %		100 %		100 %		80 %
Oeil gauche	50 %		100 %		100 %		50 %
	% d'efficacité du meilleur oeil (80 % x 3)		+	% d'efficacité de l'autre oeil (50 %)		=	% d'efficacité visuelle binoculaire (72,5 %)
				4			
215528					% d'efficacité visuelle binoculaire		% du DAP de l'appareil visuel dans son ensemble
	100				72,5 %		27,5 %

Direction de l'expertise médicale et des services de santé **CNESST**

27

État antérieur :

	% conservé de l'acuité visuelle	x	% conservé du champ visuel	x	% conservé de la motilité oculaire	=	% d'efficacité d'un oeil
Oeil droit	100 %		100 %		100 %		100 %
Oeil gauche	50 %		100 %		100 %		50 %
	% d'efficacité du meilleur oeil (100 % x 3)		+	% d'efficacité de l'autre oeil (50 %)		=	% d'efficacité visuelle binoculaire (87,5 %)
				4			
215528					% d'efficacité visuelle binoculaire		% du DAP de l'appareil visuel dans son ensemble
	100				87,5 %		12,5 %

Direction de l'expertise médicale et des services de santé **CNESST**

28

MME O.D.

Séquelles actuelles		
215528	Atteinte de l'appareil visuel	27,5 %
Séquelles antérieures		
215528	Atteinte de l'appareil visuel	12,5 %
Autres déficits liés à la bilatéralité :		
Aucun		

Direction de l'expertise médicale et des services de santé **CNESST**

29

B. FONCTIONS ACCESSOIRES

Se rappeler que :

1. Le DAP s'ajoute à l'atteinte des fonctions oculaires
2. La bilatéralité s'applique

Direction de l'expertise médicale et des services de santé **CNESST**

30

CODE	N. page
B. FONCTIONS ACCROISSEES (AMBIOPES)	
1. Systeme lacrymal	
secretion du canal lacrymal avec lacrimement constant	
115535	3
115547	2
115556	3
115565	3
troubles de secretion par atteinte sympathique centrale	
troubles de secretion par atteinte du nerf trochlear (VI) ou du nerf facial (VII), se référer au chapitre II sur le système musculo-facial	
115574	3
2. Systeme preserver des pupilles	
(Anisocorie, anisotropie, anisopie, anisidéalisme)	
le cas échéant s'ajoute le pourcentage pour atteinte de la fonction visuelle	
115883	3
perte de la pupille par atteinte sympathique centrale	
pour le blépharospasme, le clignement et l'hyperclignement, se référer au chapitre II sur le système musculo-facial	
115892	3
3. Récivelle	
115892	3
perte de fonction	
4. Cils	
115609	3
perte de fonction	

31

C. AUTRES DÉFICITS DES FONCTIONS OCULAIRES

Code	Description	N. page
<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> Le pourcentage fixé pour ces déficits s'ajoute au pourcentage fixé pour atteinte de la fonction visuelle </div>		
215617	Paralysie de l'accommodation ou perte de la vision de près	3
215626	Cataracte ou aphakie	12
215635	Pseudo-aphakie	6

32

CODE	N. page
C. AUTRES DÉFICITS DES FONCTIONS OCULAIRES	
Le pourcentage fixé pour ces déficits s'ajoute au pourcentage fixé pour atteinte de la fonction visuelle	
215617	3
215626	12
215635	6
215644	3
215653	3
215662	3
215671	3
215680	3

33

M. G. B.

T qui a subi un traumatisme crânien avec hémorragie intra-cérébrale occipitale gauche. Il demeure avec une hémianopsie homonyme droite.

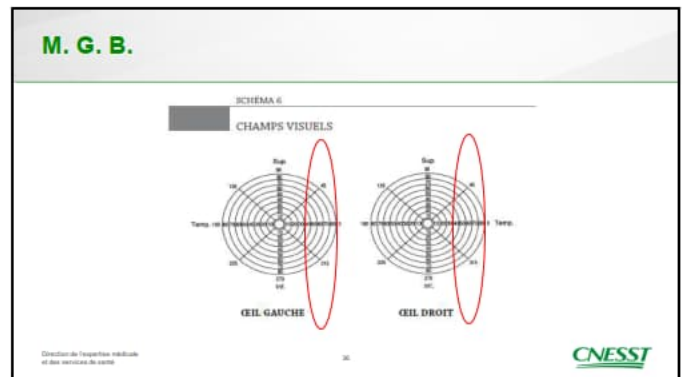
Quel est le bilan des séquelles à retenir ?

34

M. G. B.

- Pour l'œil droit, la perte de vision du côté temporal représente une perte de 280°, soit 56 % du champ visuel
- Pour l'œil gauche, la perte de vision du côté nasal représente une perte de 220°, soit 44 % du champ visuel
- Le reste de l'examen visuel est normal

35



36

Appareil visuel

DÉFICIT DU CHAMP VISUEL

Angle	Angle	Angle	Angle	%	Angle	Angle	%
gauche	supérieur	droite	inférieur		gauche	supérieur	
0	000°	0	170	000	00	000	000
05	005	5	175	005	05	005	005
10	010	10	180	010	10	010	010
15	015	15	185	015	15	015	015
20	020	20	190	020	20	020	020
25	025	25	195	025	25	025	025
30	030	30	200	030	30	030	030
35	035	35	205	035	35	035	035
40	040	40	210	040	40	040	040
45	045	45	215	045	45	045	045
50	050	50	220	050	50	050	050
55	055	55	225	055	55	055	055
60	060	60	230	060	60	060	060
65	065	65	235	065	65	065	065
70	070	70	240	070	70	070	070
75	075	75	245	075	75	075	075
80	080	80	250	080	80	080	080
85	085	85	255	085	85	085	085
90	090	90	260	090	90	090	090
95	095	95	265	095	95	095	095
100	100	100	270	100	100	100	100
105	105	105	275	105	105	105	105
110	110	110	280	110	110	110	110
115	115	115	285	115	115	115	115
120	120	120	290	120	120	120	120
125	125	125	295	125	125	125	125
130	130	130	300	130	130	130	130
135	135	135	305	135	135	135	135
140	140	140	310	140	140	140	140
145	145	145	315	145	145	145	145
150	150	150	320	150	150	150	150
155	155	155	325	155	155	155	155
160	160	160	330	160	160	160	160
165	165	165	335	165	165	165	165
170	170	170	340	170	170	170	170
175	175	175	345	175	175	175	175
180	180	180	350	180	180	180	180
185	185	185	355	185	185	185	185
190	190	190	360	190	190	190	190

0.s. (0.5) and 0.d. (0.5) are circled in red.

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

37

	% conservé de l'acuité visuelle	x	% conservé du champ visuel	x	% conservé de la motilité oculaire	=	% d'efficacité d'un oeil
Oeil droit	100 %		44 %		100 %		44 %
Oeil gauche	100 %		56 %		100 %		56 %
			% d'efficacité du meilleur oeil (58 % x 3)	+	% d'efficacité de l'autre oeil (44 %)	=	% d'efficacité visuelle binoculaire (53 %)
					4		
			% d'efficacité visuelle binoculaire		% du DAP de l'appareil visuel dans son ensemble		
215528			100	-	53 %	=	47 %

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

38

M. G. B.

Séquelles actuelles
215528 Atteinte de l'appareil visuel 47 %

Séquelles antérieures
Aucune

Autres déficits reliés à la bilatéralité :
Aucun

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

39

MME A. B.

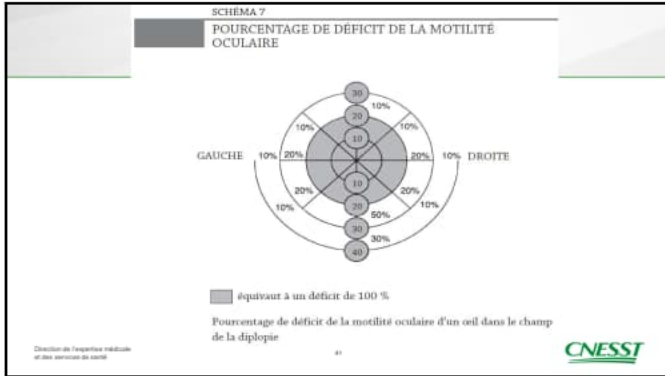
Cette T a subi une fracture de la base du crâne avec lésion du IVe nerf crânien gauche. Elle présente une paralysie du muscle grand oblique gauche avec diplopie qui apparaît à 35° vers le bas.

Quel est le bilan des séquelles à retenir ?

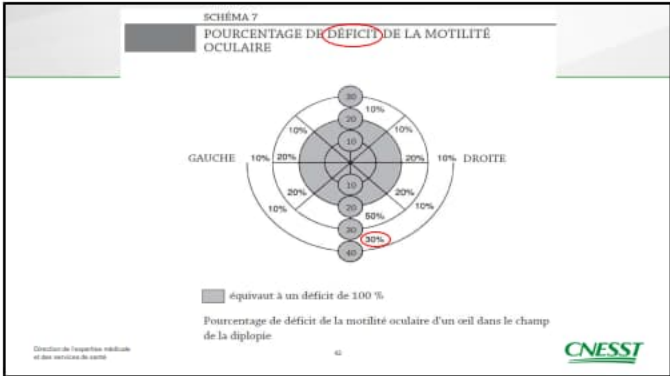
Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

40



41



42

	% conservé de l'acuité visuelle	x	% conservé du champ visuel	x	% conservé de la motilité oculaire	=	% d'efficacité d'un oeil
Oeil droit	100 %	x	100 %	x	100 %	=	100 %
Oeil gauche	100 %	x	100 %	x	70 %	=	70 %
	% d'efficacité du meilleur oeil (100 % x 3)	+	% d'efficacité de l'autre oeil 70 %	=	% d'efficacité visuelle binoculaire 92,5 %		
			4				
215528			% d'efficacité visuelle binoculaire 92,5 %		% du DAP de l'appareil visuel dans son ensemble 7,5 %		
	100	-		=			
			43				

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

CNESST

43

M. A. B.		
Séquelles actuelles		
215528	Atteinte de l'appareil visuel	7.5 %
Séquelles antérieures		
	Aucune	
Autres déficits reliés à la bilatéralité :		
	Aucun	

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

CNESST

44

RÈGLEMENT ANNOTÉ SUR LE BARÈME DES DOMMAGES CORPORELS

APPAREIL AUDITIF

Direction de l'expertise médicale et des services de santé
Avril 2025

Direction des services de santé,
du travail et de la sécurité de travail
cnesst.gouv.qc.ca




1

REPRODUCTION INTERDITE

Toute reproduction ou diffusion de cette formation est interdite sans l'autorisation de la Direction de l'expertise médicale et des services de santé de la CNESST.

Elle seule peut permettre à un tiers d'en utiliser le contenu.

Direction de l'expertise médicale et des services de santé




2

OBJECTIFS

À la fin de cette formation, vous serez en mesure de mieux :

- Identifier les principaux déficits anatomo-physiologiques prévus au barème en lien avec les atteintes permanentes de l'appareil auditif
- Reconnaître les situations particulières relatives aux atteintes permanentes de ce système

Direction de l'expertise médicale et des services de santé




3

NOTIONS ET RÉFÉRENCE UTILES

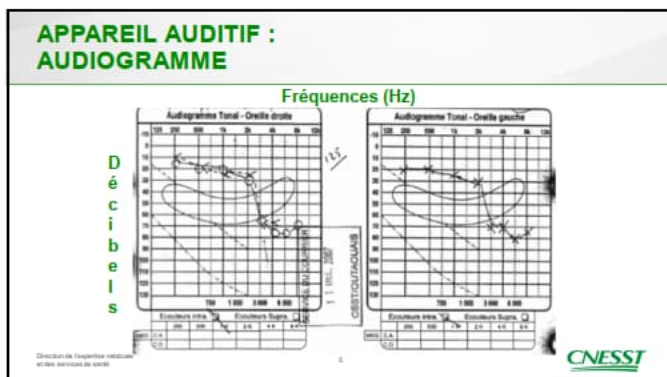
Voir la présentation de [redacted], audiométrie, courbes et seuils dans la Banque des connaissances : Table des médecins, 2019-07-17

Certaines diapositives sont tirées de cette présentation avec son autorisation.

Direction de l'expertise médicale et des services de santé



4




5

APPAREIL AUDITIF : SYMBOLES À L'AUDIOGRAMME

SEUIL AÉRIEN		
DROITE		GAUCHE
○	Non masqué	×
△	Masqué	◻
U	Inconfort	U
S	Champ libre	S
A	Avec P/A	A
SEUIL OSSEUX		
DROITE		GAUCHE
<	Non masqué	>
[Masqué]
↖	Pas de réponse	↗
VT	Vibrotactile	VT
★	Sur-assourdissement	★
▲	Sous-assourdissement	▲

Direction de l'expertise médicale et des services de santé



6

MASQUAGE (ASSOURDISSEMENT) DE L'OREILLE LA MOINS ATTEINTE

- «Camouflage sonore» effectué sur l'oreille non testée moins atteinte, pour l'empêcher d'entendre les sons présentés à l'oreille testée plus atteinte. **OD Testée (la plus atteinte)** **OG Masquée (la moins atteinte)**

Exemple:



- Toujours effectué en CA
- Généralement effectué par un bruit en bande étroite centrée autour de la fréquence du son présenté à l'oreille testée.

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

7

CLASSIFICATION EN 3 TYPES DE SURDITÉ



Direction de l'expertise médicale et des services de santé

8

CNESST

8

POSITION RÉVISÉE DE L'AORL 2012 CONCERNANT LES ÉCARTS DES SEUILS AUDITIFS

À la demande de la CNESST, l'Association d'ORL du Québec a pris position concernant les seuils auditifs à considérer (aériens versus osseux) dans le cadre de l'évaluation du DAP pour surdité professionnelle par exposition au bruit, lorsqu'en présence d'un audiogramme qui ne démontre pas une atteinte strictement neurosensorielle.

- Pour chaque fréquence, on doit considérer le seuil aérien,
 - s'il n'y a aucune évidence de pathologie conductive à l'examen clinique,
 - si l'écart aérien-osseux (GAP) est ≤ 10 dB aux fréq 500, 1000 et 2000 Hz
 - et si l'écart est ≤ 15 dB à la fréq 4000 Hz
- Dans tous les autres cas, il faut considérer le seuil osseux.

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

9

CNESST

9

APPAREIL AUDITIF : CHAPITRE VI

- Séquelles anatomiques
- Séquelles fonctionnelles
- Vertiges

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

10

CNESST

10

APPAREIL AUDITIF : CHAPITRE VI

RÈGLES PARTICULIÈRES

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

Page 175

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

11

APPAREIL AUDITIF : CHAPITRE VI

7. Bilatéralité

Séquelles anatomiques

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

Séquelles fonctionnelles

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

Page 176

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

12

CNESST

12

APPAREIL AUDITIF : CHAPITRE VI

A. SÉQUELLES ANATOMIQUES

116001	■ Pavillon (par oreille)	2
116010	■ Amputation des deux tiers	4
116029	■ Amputation complète	6
II. Conduit auditif externe		
116038	■ Cicatrice sans séquelle fonctionnelle	1
116047	■ Sténose cicatricielle empêchant le nettoyage normal du conduit auditif externe	2
116056	■ Sténose complète, non réparée	4
Le cas échéant, s'ajoute le pourcentage prévu pour les séquelles fonctionnelles.		
III. Tympan		
116065	■ Cicatrice importante	2
116074	■ Séquelles importantes (perforation ou autres) non réparées	4
Le cas échéant, s'ajoute le pourcentage prévu pour les séquelles fonctionnelles.		

Page 177

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

13

ÉVALUATION DU DÉFICIT DE LA FONCTION AUDITIVE

B. SÉQUELLES FONCTIONNELLES

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

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

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

14

ÉVALUATION DU DÉFICIT DE LA FONCTION AUDITIVE

1. Première étape

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

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

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

15

APPAREIL AUDITIF : AUDIOGRAMME

Fréquences (Hz)

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

16

ÉVALUATION DU DÉFICIT DE LA FONCTION AUDITIVE

	Seuils en dB aux fréquences				Moyenne	Moyenne arrondie d'après le tableau 22
	500	1000	2000	4000 Hz		
Oreille droite	20	20	30	75	145	36,25
Oreille gauche	20	25	30	70	145	36,25

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

17

TABLEAU 22

MOYENNE ARRONDIE DES SEUILS À DIFFÉRENTES FRÉQUENCES

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

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

18

ÉVALUATION DU DÉFICIT DE LA FONCTION AUDITIVE

	Seuils en dB aux fréquences					Moyenne	Moyenne arrondie d'après le tableau 22
	500	1000	2000	4000 Hz			
Oreille droite	20	20	30	75	145	4	36.25 35
Oreille gauche	20	25	30	70	145	4	36.25 35

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

19

CNESST

19

ÉVALUATION DU DÉFICIT DE LA FONCTION AUDITIVE

2. Deuxième étape

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

	Moyenne arrondie d'après le tableau 22	% DAP
Oreille la plus atteinte	35	reportée sur le tableau 23
Oreille la moins atteinte	35	reportée sur le tableau 23

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

20

CNESST

20

ÉVALUATION DU DÉFICIT DE LA FONCTION AUDITIVE

Appareil auditif

TABLEAU 23
POURCENTAGES DES DÉFICITS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES (DAP)

Seuil moyen en dB	Oreille la plus atteinte % DAP	CODE	Oreille la moins atteinte % DAP	CODE
30	2,5	216082	0,5	216171
35	5	216091	1	216180
40	7,5	216108	1,5	216199
45	12,5	216117	2,5	216206
50	20,5	216126	4,5	216215
55	32,5	216135	6,5	216224
60	40	216144	8	216233
65	42,5	216153	8,5	216242
70 et plus	45	216162	9	216251

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

21

CNESST

21

ÉVALUATION DU DÉFICIT DE LA FONCTION AUDITIVE

2. Deuxième étape

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

	Moyenne arrondie d'après le tableau 22	% DAP
Oreille la plus atteinte	35	reportée sur le tableau 23 216180 1%
Oreille la moins atteinte	35	reportée sur le tableau 23 216091 5%

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

22

CNESST

22

ÉVALUATION DU DÉFICIT DE LA FONCTION AUDITIVE

Séquelles actuelles
216180 perte audition oreille droite 35 dB 1%
216091 perte audition oreille gauche 35 dB 5%

Séquelles antérieures
nil

Bilatéralité
ne s'applique pas

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

23

CNESST

23

M. DB

M. DB présente une atteinte auditive causée par le bruit reconnue à titre professionnel.

Les seuils suivants sont rapportés sur l'audiogramme :

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

24

CNESST

24

M. DANIEL B.

Seuils en dB aux fréquences

	500	1000	2000	4000 Hz	Moyenne	Moyenne arrondie d'après le tableau 22
Oreille droite	5	15	20	35	75	18.75
Oreille gauche	20	40	45	115	220	55

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

25

TABLEAU 22

MOYENNE ARRONDIE DES SEUILS À DIFFÉRENTES FRÉQUENCES

Moyenne des seuils aux fréquences 500, 1000, 2000 et 4000 Hz	Moyenne arrondie	Moyenne des seuils aux fréquences 500, 1000, 2000 et 4000 Hz	Moyenne arrondie
18.75	20	50	50
31.25	30	51.25	50
32.5	35	52.5	55
33.75	35	53.75	55
35	35	55	55
36.25	35	56.25	55
37.5	40	57.5	60
38.75	40	58.75	60
40	40	60	60
41.25	40	61.25	60
42.5	45	62.5	65
43.75	45	63.75	65
45	45	65	65
46.25	45	66.25	65
47.5	50	67.5	70
48.75	50	68.75	70
70 et plus	70	70 et plus	70

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

26

M. DB

Seuils en dB aux fréquences

	500	1000	2000	4000 Hz	Moyenne	Moyenne arrondie d'après le tableau 22
Oreille droite	5	15	20	35	75	18.75
Oreille gauche	20	40	45	115	220	55

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

27

Appareil auditif

TABLEAU 23

POURCENTAGES DES DÉFICITS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES (DAP)

Seuil moyen en dB	Chiffre le moins élevé du DAP	CODE	Chiffre le plus élevé du DAP	CODE
30	2,5	216082	0,5	216171
35	5	216091	1	216180
40	7,5	216108	1,5	216199
45	12,5	216117	2,5	216206
50	22,5	216126	4,5	216215
55	32,5	216135	6,5	216224
60	40	216144	8	216233
65	42,5	216153	8,5	216242
70 et plus	45	216162	9	216251

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

28

M. DB

Séquelles actuelles
216224 perte audition 55 dB oreille gauche (la plus atteinte) 6.5%

Séquelles antérieures
nil

Bilatéralité
ne s'applique pas

Ce bilan est séquelles est-il conforme ?

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

29

APPAREIL AUDITIF : CHAPITRE VI

RÈGLES PARTICULIÈRES

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

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

30

M. DB

	Seuils en dB aux fréquences				Moyenne	Moyenne arrondie d'après le tableau 22
	500	1000	2000	4000 Hz		
Oreille droite	5	15	20	35	75	18.75
Oreille gauche	20	40	45	100	205	50

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

31

ÉVALUATION DU DÉFICIT DE LA FONCTION AUDITIVE

Appareil auditif

TABLEAU 23
POURCENTAGES DES DÉFICITS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES (DAP)

Seuil moyen en dB	Chiffre de DAP	CODE	Chiffre de DAP	CODE
30	2,5	216082	0,5	216171
35	5	216091	1	216180
40	7,5	216108	1,5	216199
45	12,5	216117	2,5	216208
50	22,5	216126	4,5	216215
55	32,5	216135	6,5	216224
60	40	216144	8	216233
65	42,5	216153	8,5	216242
70 et plus	45	216162	9	216251

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

32

M. DB

Séquelles actuelles
216215 perte audition 50 dB oreille gauche (la plus atteinte) 4.5%

Séquelles antérieures
nil

Autres déficits reliés à la bilatéralité
ne s'applique pas

Bilan des séquelles conforme

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

33

M. HZ

M. HZ présente une surdité professionnelle progressive.

Il est aussi porteur d'une surdité complète de l'oreille droite depuis l'enfance.

Les données constatées à l'audiogramme sont reproduites à la diapositive suivante :

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

34

M. HZ

	Seuils en dB aux fréquences				Moyenne	Moyenne arrondie d'après le tableau 22
	500	1000	2000	4000 Hz		
Oreille droite	80	100	100	100	380	95
Oreille gauche	20	30	40	55	145	36.25

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

35

M. HZ

Appareil auditif

TABLEAU 23
POURCENTAGES DES DÉFICITS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES (DAP)

Seuil moyen en dB	Chiffre de DAP	CODE	Chiffre de DAP	CODE
30	2,5	216082	0,5	216171
35	5	216091	1	216180
40	7,5	216108	1,5	216199
45	12,5	216117	2,5	216208
50	22,5	216126	4,5	216215
55	32,5	216135	6,5	216224
60	40	216144	8	216233
65	42,5	216153	8,5	216242
70 et plus	45	216162	9	216251

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

36


M. HZ

Séquelles actuelles
 216251 perte audition oreille droite > 70 dB 9%
 216091 perte audition oreille gauche 35 dB 5%

Séquelles antérieures
 nil

Autres déficits reliés à la bilatéralité
 ne s'applique pas

Ce bilan des séquelles est-il conforme ?

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 27 

37


M. HZ

Séquelles actuelles
 216251 perte audition oreille droite > 70 dB 9%
 216091 perte audition oreille gauche 35 dB 5%

Séquelles antérieures
 216251 perte audition oreille droite > 70 dB 9%

Autres déficits reliés à la bilatéralité
 ne s'applique pas

Bilan des séquelles conforme

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 28 


38

M. HZ

M. HZ présente également des acouphènes qui ont été décrits lors du suivi en ORL.

Le PSQAC indique qu'un DAP devrait être accordé pour cette condition.

Qu'en est-il ?

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 29 

39


ACOUPHÈNES

Un comité avec la DIR et le Service des affaires juridiques a eu lieu sur ce sujet.

Antérieurement, à la suite de la jurisprudence, un DAP de 2% pouvait être alloué sous le code 216368 par analogie.

À la suite du comité :

On considère que l'acouphène est un symptôme d'une surdité, que l'acouphène est inclus dans la surdité et est non indemnisable comme séquelle.


Direction de l'expertise médicale et des services de santé 30 

40

MME CO

Mme CO présente une perte auditive à gauche secondaire à un traumatisme crânien.


Les données suivantes sont retrouvées à l'audiogramme soumis pour l'évaluation de l'atteinte permanente :

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 31 


41

MME CO


	Seuils en dB aux fréquences					Moyenne	Moyenne arrondie d'après le tableau 22
	500	1000	2000	4000	Hz		
Oreille droite	5	15	20	35	75	18.75	---
Oreille gauche	20	40	45	100	205	51.25	50

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 32 


42

MME CO	
Séquelles actuelles	
216215 perte audition oreille gauche 50 dB	4.5%
Séquelles antérieures	
nil	
Autres déficits reliés à la bilatéralité	
ne s'applique pas	
Bilan des séquelles conforme ?	
<small>Direction de l'expertise médicale et des services de santé</small>	
	

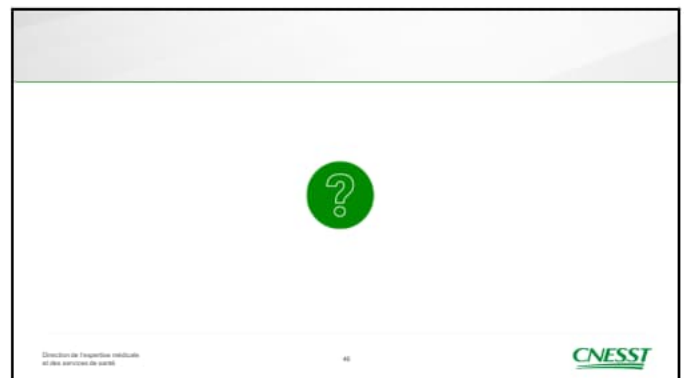
43

SURDITÉ TRAUMATIQUE SUBITE		
	Des pourcentages de DAP additionnels s'ajoutent	
	unilatéral	bilatéral
seuil moyen arrondi		
30 à 45 dB	0,2	0,6
50 à 70 dB	0,3	0,9
> 70 dB	2	6
communication impossible	10	30
<small>Direction de l'expertise médicale et des services de santé</small>		
		Page 182

44

MME CO	
Séquelles actuelles	
216215 perte audition oreille gauche 50 dB	4.5%
316287 surdité traumatique gauche unilatérale	0.3%
Séquelles antérieures	
nil	
Autres déficits reliés à la bilatéralité	
ne s'applique pas	
Bilan des séquelles conforme	
<small>Direction de l'expertise médicale et des services de santé</small>	
	

45



46

RÈGLEMENT ANNOTÉ SUR LE BARÈME DES DOMMAGES CORPORELS

APPAREIL URINAIRE ET APPAREIL GÉNITAL

Direction de l'expertise médicale et des services de santé
Avril 2025

Direction des services de l'État,
du travail et de la sécurité du travail
cnesst.gouv.fr




1

REPRODUCTION INTERDITE

Toute reproduction ou diffusion de cette formation est interdite sans l'autorisation de la Direction de l'expertise médicale et des services de santé de la CNESST.

Elle seule peut permettre à un tiers d'en utiliser le contenu.

Direction de l'expertise médicale et des services de santé




2

OBJECTIFS

À la fin de cette formation, vous serez en mesure de mieux :

- Identifier les principaux déficits anatomo-physiologiques prévus au barème en lien avec les atteintes permanentes de l'appareil urinaire et génital
- Reconnaître les situations particulières relatives aux atteintes permanentes de ce système

Direction de l'expertise médicale et des services de santé



3

APPAREIL URINAIRE : CHAPITRE VII


RÈGLES PARTICULIÈRES

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

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

Page 189

Direction de l'expertise médicale et des services de santé



4

APPAREIL URINAIRE : SECTIONS

A. REIN

a) Séquelles anatomiques
b) Séquelles fonctionnelles
Manifestations cliniques ou Tests fonctionnels


B. SYSTÈME EXCRÉTEUR SUPÉRIEUR (CALICE, BASSINET, URETÈRE)
Séquelles anatomiques

C. VESSIE

a) Séquelles anatomiques
b) Séquelles fonctionnelles

D. URÈTÈRE : Séquelles anatomiques et fonctionnelles

Direction de l'expertise médicale et des services de santé



5

CODE	% max	LIBRÉ	% max
		Séquelles cliniques	
		21702 i. Absence de manifestation clinique	0
		21703 ii. Absence et manifestations incomplètes ou manifestes par de multiples et de traitement continus	5
21700	10	21704 iii. Manifestations résiduelles des tubercules bilatéraux et sans traitement médical ou chirurgical	10
41701A	10	21705 iv. Manifestations cliniques complètes par un traitement médical ou chirurgical	30
41701B	5	21706 v. Manifestations sans traitement par un traitement médical ou chirurgical	40
41701C	10	21707 vi. Manifestations cliniques complètes par un traitement médical ou chirurgical	40
21704	1		
21705	1		
21706	3		
	30	Séquelles fonctionnelles	
		21708 i. Tests normaux	0
		21709 ii. Modifications résiduelles permanentes de tests fonctionnels ou tests de fonction résidu de 25 % ou moins	5
		21710 iii. Modifications persistantes des tests, associées à une perte de 50 % ou moins, mais de plus de 25 % de la fonction résidu	10
		21711 iv. Modifications des tests, associées à une perte de 75 % ou moins, mais de plus de 50 % de la fonction résidu	30
		21712 v. Modifications des tests, associées à une perte de plus de 75 % de la fonction résidu	40

Pages 190 et 191

Direction de l'expertise médicale et des services de santé



6

APPAREIL URINAIRE : CHAPITRE VII

B. SYSTÈME EXCRÉTEUR SUPÉRIEUR (CALICE, BASSINET, URETÈRE)

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

SÉQUELLES ANATOMIQUES

217170	i. Aucun déficit	0
217189	ii. Ectasie urétérale, calcicelle ou pyélique	5
217198	iii. Dérivation urinaire haute, cutanée ou intestinale, intubée ou non, avec ou sans cystectomie	40

de plus, s'ajoutent les pourcentages prévus pour les séquelles fonctionnelles du rein

dap Page 192

Direction de l'appareil urinaire et des services de soins CNESST

7

M. A. L.

Patient tétraplégique complet à la suite d'une fracture-luxation C5-C6.

Il présente une vessie neurogène et il doit effectuer des cathétérismes intermittents pour la vidange vésicale.

Quel serait le bilan des séquelles à considérer pour cette problématique urinaire ?

Direction de l'appareil urinaire et des services de soins CNESST

8

C. VESSIE

a) SÉQUELLES ANATOMIQUES

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

217205	i. Rupture de la vessie ne nécessitant pas une réparation chirurgicale et sans déficit anatomique objectif	0
217214	ii. Rupture de la vessie nécessitant une réparation chirurgicale	3
217223	iii. Cystectomie partielle	5
217232	iv. Cystectomie (entéro-cystoplastie)	10
217241	v. Cystectomie totale	30
217250	vi. Dérivation urinaire basse, cutanée ou intestinale, intubée ou non, y compris sonde urétrale à demeure, avec ou sans cystectomie	40

de plus, s'ajoutent les pourcentages prévus pour les séquelles fonctionnelles ci-dessous

dap

b) SÉQUELLES FONCTIONNELLES

217269	i. Sans séquelle fonctionnelle	0
217278	ii. Manifestations cliniques ou séquelles nécessitant des traitements intermittents	5
217287	iii. Manifestations cliniques ou séquelles nécessitant une surveillance médicale et une médication continue (exemple : cystite récurrente, incontinence par miction impérieuse contrôlée par médication)	15
217296	iv. Manifestations cliniques ou séquelles incomplètement contrôlées, malgré les traitements médicaux et chirurgicaux (exemple : rétention ou incontinence partielle et intermittente)	30
217303	v. Manifestations cliniques ou séquelles non contrôlées, malgré les traitements médicaux et chirurgicaux (exemple : incontinence totale ou rétention urinaire complète)	60

Direction de l'appareil urinaire et des services de soins CNESST

9

C. VESSIE

a) SÉQUELLES ANATOMIQUES

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

217205	i. Rupture de la vessie ne nécessitant pas une réparation chirurgicale et sans déficit anatomique objectif	0
217214	ii. Rupture de la vessie nécessitant une réparation chirurgicale	3
217223	iii. Cystectomie partielle	5
217232	iv. Cystectomie (entéro-cystoplastie)	10
217241	v. Cystectomie totale	30
217250	vi. Dérivation urinaire basse, cutanée ou intestinale, intubée ou non, y compris sonde urétrale à demeure, avec ou sans cystectomie	40

de plus, s'ajoutent les pourcentages prévus pour les séquelles fonctionnelles ci-dessous

dap

b) SÉQUELLES FONCTIONNELLES

217269	i. Sans séquelle fonctionnelle	0
217278	ii. Manifestations cliniques ou séquelles nécessitant des traitements intermittents	5
217287	iii. Manifestations cliniques ou séquelles nécessitant une surveillance médicale et une médication continue (exemple : cystite récurrente, incontinence par miction impérieuse contrôlée par médication)	15
217296	iv. Manifestations cliniques ou séquelles incomplètement contrôlées, malgré les traitements médicaux et chirurgicaux (exemple : rétention ou incontinence partielle et intermittente)	30
217303	v. Manifestations cliniques ou séquelles non contrôlées, malgré les traitements médicaux et chirurgicaux (exemple : incontinence totale ou rétention urinaire complète)	60

Direction de l'appareil urinaire et des services de soins CNESST

10

APPAREIL URINAIRE : CHAPITRE VII

D. URETÈRE

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

SÉQUELLES ANATOMIQUES ET FONCTIONNELLES

217312	i. Aucune	0
217321	ii. Rétrécissement nécessitant des dilatactions occasionnelles à tous les 3 ou 4 mois	5
217330	iii. Rétrécissement nécessitant des dilatactions à toutes les 3 ou 4 semaines	30
217349	iv. Fistules	15
217358	v. Diverticules	5

dap Page 194

Direction de l'appareil urinaire et des services de soins CNESST

11

APPAREIL GÉNITAL FEMELLE : CHAPITRE VIII

RÈGLES PARTICULIÈRES

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

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

dap Page 195

Direction de l'appareil urinaire et des services de soins CNESST

12

APPAREIL GÉNITAL FEMELLE : CHAPITRE VIII

A. ORGANES GÉNITAUX INTERNES		
I. Ovaires		
218007	■ Perte d'un ovaire	7
418015	■ Perte anatomique ou fonctionnelle des deux ovaires, incluant la thérapie de remplacement de plus, s'ajoute un des pourcentages suivants, en fonction de l'âge	21
218026	□ 50 ans et moins	7
218035	□ 51 ans et plus	2
Le cas échéant, s'ajoute un pourcentage de DPJV pour les troubles de la fonction sexuelle		
218044	II. Perte de l'utérus	10
218053	De plus, s'ajoute un pourcentage de DPJV en fonction de l'âge, jusqu'à 50 ans	0
Le cas échéant, s'ajoute un pourcentage de DPJV pour les troubles de la fonction sexuelle		

Direction de l'inspection médicale
et des services de santé

CNESST

Page 196

13

APPAREIL GÉNITAL FEMELLE : CHAPITRE VIII

B. ORGANES GÉNITAUX EXTERNES					
218062	Classe 1 Aucun déficit	0	218099	Classe 4 Relations sexuelles impossibles (accouchement par voie basse impossible) et symptômes non contrôlés par traitement médical ou chirurgical	20
218071	Classe 2 Relations sexuelles possibles, mais avec légères difficultés (accouchement par voie basse possible)	5	Le cas échéant, s'ajoute un pourcentage de DPJV pour les troubles de la fonction sexuelle		
218080	Classe 3 Relations sexuelles possibles, mais avec difficultés (accouchement par voie basse limitée)	15			

Direction de l'inspection médicale
et des services de santé

Pages 196 et 197

CNESST

14

APPAREIL GÉNITAL FEMELLE : CHAPITRE VIII

C. DYSTOCIE OSSEUSE		
218106	Ces pourcentages ne sont attribués que s'il y a grossesse nécessitant une césarienne; ils incluent les pourcentages prévus pour césarienne	5
D. CÉSARIENNE		
218115	À ces pourcentages s'ajoute le pourcentage prévu pour laparotomie, cf. chapitre XII sur le système digestif	2

Direction de l'inspection médicale
et des services de santé

13

CNESST

Page 197

15

APPAREIL GÉNITAL FEMELLE : DPJV

E. TROUBLES DE LA FONCTION SEXUELLE		
Ces pourcentages ne sont attribués, le cas échéant, que s'il y a troubles de la fonction sexuelle résultant de séquelles permanentes aux organes génitaux externes ou internes, prévus à ce chapitre.		
218124	I. Déficit mineur Manque d'intérêt suffisant pour entraîner une diminution de la fréquence des activités sexuelles, mais sans altération ou niveau de la satisfaction	5
218133	II. Déficit modéré Manque d'intérêt suffisant pour entraîner une diminution importante de la fréquence, ou braver parfois le déroulement du cycle sexuel régulier	10
218142	III. Déficit majeur Echec sexuels répétés conduisant à un évitement des activités sexuelles	16
218151	IV. Absence de fonctionnement sexuel Toute activité sexuelle impossible	30

Direction de l'inspection médicale
et des services de santé

Page 198

CNESST

16

APPAREIL GÉNITAL MÂLE : CHAPITRE IX

RÈGLES PARTICULIÈRES

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

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

Direction de l'inspection médicale
et des services de santé

17

CNESST

Page 199

17

APPAREIL GÉNITAL MÂLE : CHAPITRE IX

A. PENIS		
218507	Classe 1 Aucun déficit	0
218516	Classe 2 Relations sexuelles possibles, mais avec légères difficultés objectives et documentées	5
218525	Classe 3 Relations sexuelles possibles, mais avec difficultés objectives et documentées	15
218534	Classe 4 Relations sexuelles impossibles pour une cause anatomique ou physiologique objective (exemple : amputation du pénis)	20
Le cas échéant, s'ajoute un pourcentage de DPJV pour les troubles de la fonction sexuelle		

Direction de l'inspection médicale
et des services de santé

13

Page 200

CNESST

18

APPAREIL GÉNITAL MÂLE : CHAPITRE IX

B. SCROTUM		
218543	Classe 1 Aucune séquelle	0
218552	Classe 2 Séquelles mineures, symptômes et signes de perte ou d'atteinte scrotale	5
218561	Classe 3 Séquelles majeures, symptômes et signes de perte ou d'atteinte scrotale nécessitant une réimplantation testiculaire Le cas échéant, s'ajoute un pourcentage de DPJV pour les troubles de la fonction sexuelle	15

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

19

CNESST

Page 200

19

APPAREIL GÉNITAL MÂLE : CHAPITRE IX

C. CONTENU SCROTAL		
218509	Classe 1 Aucune séquelle	0
218508	Classe 2 Manifestations cliniques ou séquelles à l'issue de l'acte de l'excision du testicule, sans altération ou atteinte que de l'épiderme circonscrite et sans atteinte de la fonction testiculaire ou de la fonction sexuelle (épithéliome circonscrit, point de son écoulement)	5
218506	Classe 3 Manifestations cliniques ou séquelles à l'issue de l'acte de l'excision du testicule, sans altération, altération circonscrite ou circonscrite circonscrite ou atteinte et sans altération circonscrite ou atteinte circonscrite	10
218505	Classe 4 Pourcentage de fonctionnalité complète obtenu par des éléments contenus dans le scrotum De plus, s'ajoute un des pourcentages suivants, en fonction de l'âge : ■ 10 ans et moins ■ 11 ans et plus	15
218614	Le cas échéant, s'ajoute un pourcentage de DPJV pour les troubles de la fonction sexuelle	2
218622		2

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

20

CNESST

Page 201

20

APPAREIL GÉNITAL MÂLE : CHAPITRE IX

D. PROSTATE ET VÉSICULES SÉMINALES		
218632	Classe 1 Aucun déficit	0
218641	Classe 2 Manifestations intermittentes et objectives d'une atrophie ■ de la prostate	5
218650	■ d'une vésicule séminale	4
218660	Classe 3 Manifestations fréquentes, sévères et objectives nécessitant des traitements continus ■ de la prostate	10
218678	■ des vésicules séminales	12
Le cas échéant, s'ajoute un pourcentage de DPJV pour les troubles de la fonction sexuelle		

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

21

CNESST

Page 202

21

APPAREIL GÉNITAL MÂLE : CHAPITRE IX

E. TROUBLES DE LA FONCTION SEXUELLE		
Ces pourcentages ne sont attribués, le cas échéant, que s'il y a troubles de la fonction sexuelle résultant de séquelles permanentes aux organes génitaux externes ou internes, prévues à ce chapitre.		
218124	I. Déficit mineur Manque d'intérêt suffisant pour entraîner une diminution de la fréquence des activités sexuelles, mais sans altération ou niveau de la satisfaction	5
218133	II. Déficit modéré Manque d'intérêt suffisant pour entraîner une diminution importante de la fréquence, ou trouble parfois le déroulement du cycle sexuel régulier	10
218142	III. Déficit majeur Échec sexuel répété conduisant à un évitement des activités sexuelles	15
218151	IV. Absence de fonctionnement sexuel Toute activité sexuelle impossible	30

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

22

CNESST

Page 203

22

TROUBLES DE LA FONCTION SEXUELLE

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

23

CNESST

23

ATTEINTES PERMANENTES RELATIVES AUX TROUBLES DE LA FONCTION SEXUELLE

Principes généraux :

Les troubles de la fonction sexuelle :

- peuvent donner droit à un DAP et à un DPJV
- sont prévus au barème et ne doivent donc pas être indemnisés par analogie
- sont évalués après consolidation

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

24

CNESST

24

ATTEINTES PERMANENTES RELATIVES AUX TROUBLES DE LA FONCTION SEXUELLE

Principes généraux :

Un pourcentage de **DAP** peut être octroyé en tenant compte de la capacité résiduelle d'avoir des relations sexuelles consécutive à une :

- atteinte **anatomique**
- atteinte **fonctionnelle (physiologique)**

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 25

25

ATTEINTES PERMANENTES RELATIVES AUX TROUBLES DE LA FONCTION SEXUELLE

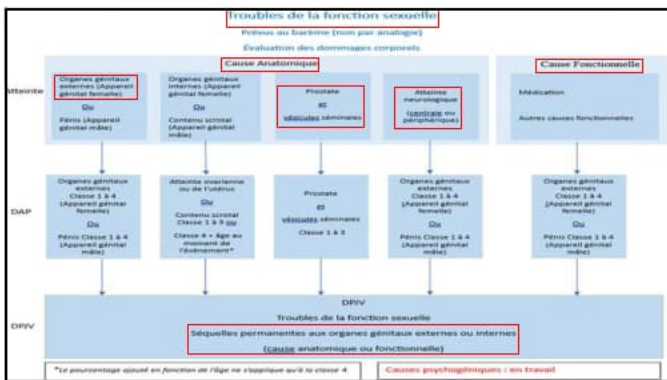
Principes généraux :

Un pourcentage de **DPJV** pour troubles de la fonction sexuelle (pages 198 et 203 du barème) est attribué :

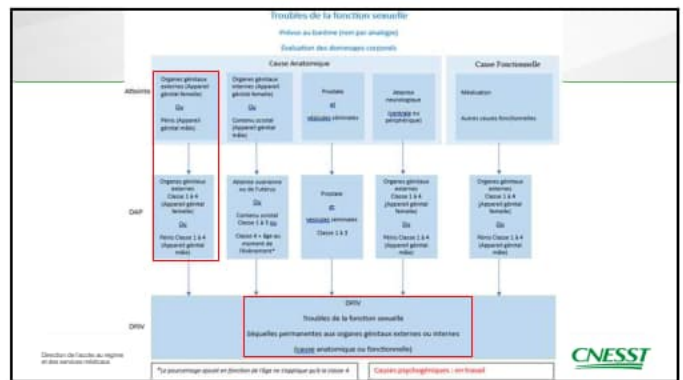
- si ces troubles résultent de **séquelles permanentes aux organes génitaux externes ou internes** prévues aux chapitres VIII et IX
- que ces séquelles soient de **cause anatomique ou fonctionnelle (physiologique)**

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 26

26



27



28

APPAREIL GÉNITAL FEMELLE : CHAPITRE VIII

B. ORGANES GÉNÉRAUX EXTERNES		
218002	Classe 1 Aucun défaut	0
218071	Classe 2 Relations sexuelles possibles, mais avec légères difficultés (accouchement par voie basse possible)	5
218080	Classe 3 Relations sexuelles possibles, mais avec difficultés (accouchement par voie basse possible)	15
218099	Classe 4 Relations sexuelles impossibles (accouchement par voie basse impossible) et spermatozoaires non récupérables par traitement médical ou chirurgical Le cas échéant, s'ajoute un pourcentage de DPJV pour les troubles de la fonction sexuelle	30
CODE	Appareil génital femelle	% DAP

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 29

29

APPAREIL GÉNITAL MÂLE : CHAPITRE IX

A. PÉNIS		
218507	Classe 1 Aucun défaut	0
218516	Classe 2 Relations sexuelles possibles, mais avec légères difficultés objectives et documentées	5
218525	Classe 3 Relations sexuelles possibles, mais avec difficultés objectives et documentées	15
218534	Classe 4 Relations sexuelles impossibles pour une cause anatomique ou physiologique objective (exemple : amputation du pénis) Le cas échéant, s'ajoute un pourcentage de DPJV pour les troubles de la fonction sexuelle	30

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 30

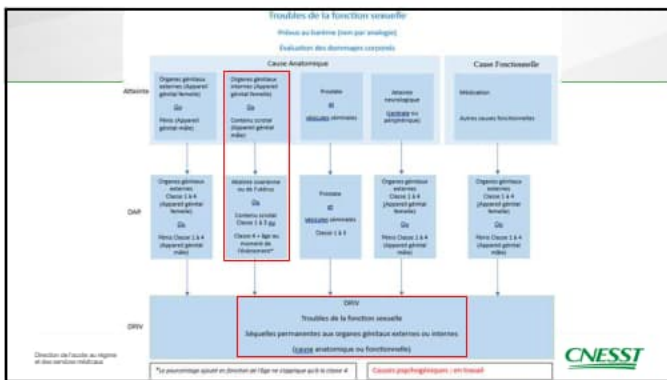
30

Appareil génital masculin		
CODI	% DPJV	
E. TROUBLES DE LA FONCTION SEXUELLE		
Ces pourcentages ne sont attribués, le cas échéant, que s'il y a troubles de la fonction sexuelle résultant de séquelles permanentes aux organes génitaux externes ou internes, précisés à ce chapitre.		
218124	5	I. Déficit mineur Manque d'intérêt suffisant pour entraîner une diminution de la fréquence des activités sexuelles, mais sans altération au niveau de la satisfaction
218133	10	II. Déficit modéré Manque d'intérêt suffisant pour entraîner une diminution importante de la fréquence, ou freiner parfois le déroulement du cycle sexuel régulier
218142	15	III. Déficit majeur Échecs sexuels répétés conduisant à un arrêt des activités sexuelles
218151	30	IV. Absence de fonctionnement sexuel Toute activité sexuelle est impossible

31

Appareil génital féminin		
CODI	% DPJV	
E. TROUBLES DE LA FONCTION SEXUELLE		
Ces pourcentages ne sont attribués, le cas échéant, que s'il y a troubles de la fonction sexuelle résultant de séquelles permanentes aux organes génitaux externes ou internes, précisés à ce chapitre.		
218007	5	I. Déficit mineur Manque d'intérêt suffisant pour entraîner une diminution de la fréquence des activités sexuelles, mais sans altération au niveau de la satisfaction
218006	10	II. Déficit modéré Manque d'intérêt suffisant pour entraîner une diminution importante de la fréquence, ou freiner parfois le déroulement du cycle sexuel régulier
218703	15	III. Déficit majeur Échecs sexuels répétés conduisant à un arrêt des activités sexuelles
218732	30	IV. Absence de fonctionnement sexuel Toute activité sexuelle est impossible

32



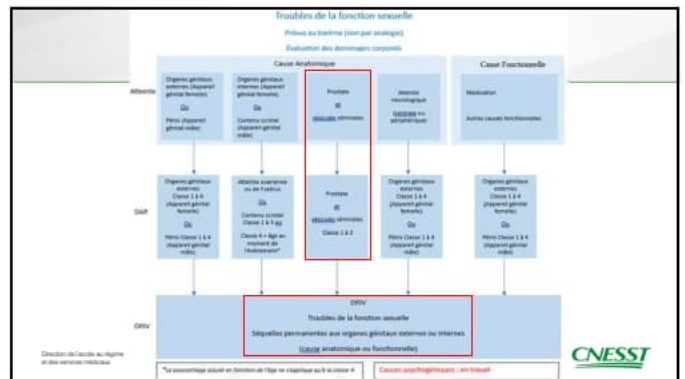
33

APPAREIL GÉNITAL FEMELLE : CHAPITRE VIII		
A. ORGANES GÉNITAUX INTERNES		
318007	7	I. Ovaries Perte d'un ovaire
418015	21	■ Perte anatomique ou fonctionnelle des deux ovaires, incluant la thérapie de remplacement de plus, s'ajoute un des pourcentages suivants, en fonction de l'âge □ 50 ans et moins
218026	7	□ 51 ans et plus
218035	2	Le cas échéant, s'ajoute un pourcentage de DPJV pour les troubles de la fonction sexuelle
218044	10	II. Perte de l'utérus
218053	0	De plus, s'ajoute un pourcentage de DPJV en fonction de l'âge, jusqu'à 50 ans Le cas échéant, s'ajoute un pourcentage de DPJV pour les troubles de la fonction sexuelle

34

APPAREIL GÉNITAL MÂLE : CHAPITRE IX		
Appareil génital masculin		
CODI	% DPJV	
C. CONTENU SCROTAL		
218570	0	Classe 1 Autres séquelles
218580	7	Classe 2 Manifestations cliniques ou sérologiques à l'un ou à l'autre des éléments du contenu, avec altération ou absence de traitement conservatoire et sans séquelles de la fonction sexuelle ou hormonale (sérologie - modifications cliniques, perte d'un testicule)
218590	10	Classe 3 Manifestations cliniques ou sérologiques à l'un ou à l'autre des éléments du contenu, avec altération sérologique incluant des traitements conservatoires ou conservés et sans des anomalies sérologiques ou hormonales cliniques
218600	21	Classe 4 Perte anatomique ou fonctionnelle complète bilatérale des éléments contenus dans le scrotum De plus, s'ajoute un des pourcentages suivants, en fonction de l'âge ■ 50 ans et moins
218614	7	■ 51 ans et plus
218623	2	Le cas échéant, s'ajoute un pourcentage de DPJV pour les troubles de la fonction sexuelle

35



36

APPAREIL GÉNITAL MÂLE : CHAPITRE IX

Appareil génital mâle

CODF		% DAP
	B. PROSTATE ET VÉSICULES SÉMINALES	
218632	Classe 1 Aucun déficit	0
	Classe 2 Manifestations intermittentes et objectives d'une atteinte	
218641	■ de la prostate	5
218650	■ d'une vésicule séminale	4
	Classe 3 Manifestations fréquentes, sévères et objectives nécessitant des traitements continus	
218669	■ de la prostate	10
218678	■ des vésicules séminales	12

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

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

CNESST

37

ATTEINTES PERMANENTES RELATIVES AUX TROUBLES DE LA FONCTION SEXUELLE

Principes généraux :

Une atteinte :

- des organes génitaux internes de l'appareil génital femelle
- du contenu scrotal
- de la prostate ou des vésicules séminales

- ne donne pas droit à un DAP distinct en lien avec la capacité résiduelle d'avoir des relations sexuelles (section « organes génitaux externes » de l'appareil génital femelle et à la section « pénis » de l'appareil génital mâle)
- permet l'ajout d'un DPJV pour troubles de la fonction sexuelle

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

38

APPAREIL GÉNITAL FEMELLE : CHAPITRE VIII

A. ORGANES GÉNITAUX INTERNES

	I. Ovaire	
318007	■ Perte d'un ovaire	7
418015	■ [Perte anatomique ou fonctionnelle] des deux ovaires, incluant la thérapie de remplacement de plus, s'ajoute un des pourcentages suivants, en fonction de l'âge	21
218026	□ 50 ans et moins	7
218035	□ 51 ans et plus	2
	II. Perte de l'utérus	
218044	De plus, s'ajoute un pourcentage de DPJV en fonction de l'âge, jusqu'à 50 ans	10
218053	Le cas échéant, s'ajoute un pourcentage de DPJV pour les troubles de la fonction sexuelle	0

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

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

CNESST

39

APPAREIL GÉNITAL MÂLE : CHAPITRE IX

Appareil génital mâle

CODF		% DAP
	C. CONTENU SCROTAL	
218070	Classe 1 Aucune atrophie	0
218080	Classe 2 Manifestations d'étiologie ou vasculaires à l'un ou à l'autre des éléments du contenu, avec atrophie ou atrophie non de traitement continuale et sans anomalie de la fonction sexuelle ou hormonale (anorgasme / hypolibido / érection, perte d'un testicule)	7
218096	Classe 3 Manifestations d'étiologie ou vasculaires à l'un ou à l'autre des éléments du contenu, avec atrophie, anatomique ou traitement des troubles fréquemment ou continuellement et sans anomalies hormonales objectives	15
218005	Classe 4 Fonction anatomique ou fonctionnelle complète, tolérance des altérations contenues dans le scrotum	21
218014	de plus, s'ajoute un des pourcentages suivants, en fonction de l'âge	
218014	■ 50 ans et moins	7
218023	■ 51 ans et plus	2

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

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

CNESST

40

APPAREIL GÉNITAL MÂLE : CHAPITRE IX

Appareil génital mâle

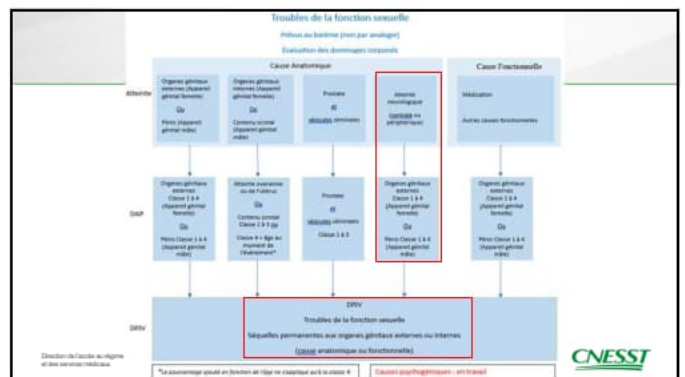
CODF		% DAP
	B. PROSTATE ET VÉSICULES SÉMINALES	
218632	Classe 1 Aucun déficit	0
	Classe 2 Manifestations intermittentes et objectives d'une atteinte	
218641	■ de la prostate	5
218650	■ d'une vésicule séminale	4
	Classe 3 Manifestations fréquentes, sévères et objectives nécessitant des traitements continus	
218669	■ de la prostate	10
218678	■ des vésicules séminales	12

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

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

CNESST

41



42

TROUBLE DE LA FONCTION SEXUELLE PAR ATTEINTE NEUROLOGIQUE

CODS	% DAP
A. ORGANES GÉNÉTAUX EXTERNES	
218507	0
Classe 1 Aucun déficit	
218516	5
Classe 2 Relations sexuelles possibles, mais avec légères difficultés (accouchement par voie basse possible)	
218525	15
Classe 3 Relations sexuelles possibles, mais avec difficultés (accouchement par voie basse limitée)	
218534	20
Classe 4 Relations sexuelles impossibles (accouchement par voie basse impossible) et spermatozoaires non contrôlés par traitement médical ou chirurgical	
Le cas échéant, s'ajoute un pourcentage de DPJV avec les troubles de la fonction sexuelle	

Direction de l'expertise médicale et des services de soins

43

ATTEINTE NEUROLOGIQUE : APPAREIL GÉNITAL FEMELLE

CODS	% DAP
B. ORGANES GÉNÉTAUX EXTERNES	
218507	0
Classe 1 Aucun déficit	
218571	5
Classe 2 Relations sexuelles possibles, mais avec légères difficultés (accouchement par voie basse possible)	
218580	15
Classe 3 Relations sexuelles possibles, mais avec difficultés (accouchement par voie basse limitée)	
218589	20
Classe 4 Relations sexuelles impossibles (accouchement par voie basse impossible) et spermatozoaires non contrôlés par traitement médical ou chirurgical	
Le cas échéant, s'ajoute un pourcentage de DPJV avec les troubles de la fonction sexuelle	

Direction de l'expertise médicale et des services de soins

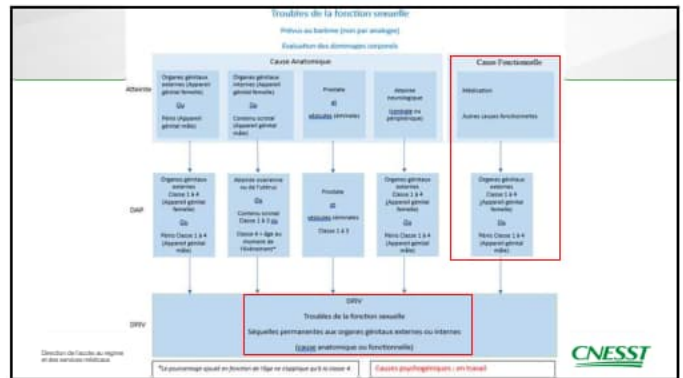
44

ATTEINTE NEUROLOGIQUE : APPAREIL GÉNITAL MÂLE

CODS	% DAP
A. PENIS	
218507	0
Classe 1 Aucun déficit	
218516	5
Classe 2 Relations sexuelles possibles, mais avec légères difficultés objectives et documentées	
218525	15
Classe 3 Relations sexuelles possibles, mais avec difficultés objectives et documentées	
218534	20
Classe 4 Relations sexuelles impossibles pour une cause anatomique ou physiologique objective (exemple : amputation du pénis)	
Le cas échéant, s'ajoute un pourcentage de DPJV pour les troubles de la fonction sexuelle	

Direction de l'expertise médicale et des services de soins

45



46

ATTEINTE FONCTIONNELLE : APPAREIL GÉNITAL FEMELLE

CODS	% DAP
B. ORGANES GÉNÉTAUX EXTERNES	
218507	0
Classe 1 Aucun déficit	
218571	5
Classe 2 Relations sexuelles possibles, mais avec légères difficultés (accouchement par voie basse possible)	
218580	15
Classe 3 Relations sexuelles possibles, mais avec difficultés (accouchement par voie basse limitée)	
218589	20
Classe 4 Relations sexuelles impossibles (accouchement par voie basse impossible) et spermatozoaires non contrôlés par traitement médical ou chirurgical	
Le cas échéant, s'ajoute un pourcentage de DPJV avec les troubles de la fonction sexuelle	

Direction de l'expertise médicale et des services de soins

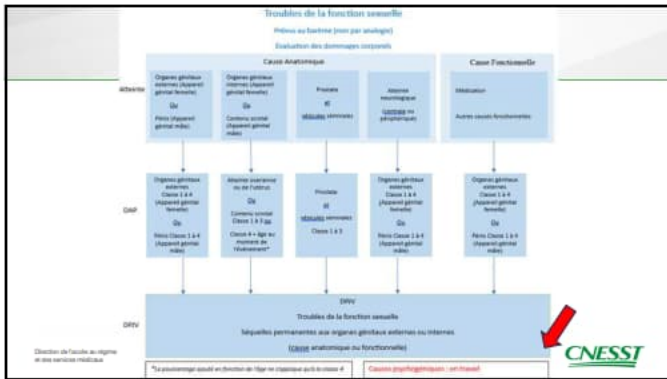
47

ATTEINTE FONCTIONNELLE : APPAREIL GÉNITAL MÂLE

CODS	% DAP
A. PENIS	
218507	0
Classe 1 Aucun déficit	
218516	5
Classe 2 Relations sexuelles possibles, mais avec légères difficultés objectives et documentées	
218525	15
Classe 3 Relations sexuelles possibles, mais avec difficultés objectives et documentées	
218534	20
Classe 4 Relations sexuelles impossibles pour une cause anatomique ou physiologique objective (exemple : amputation du pénis)	
Le cas échéant, s'ajoute un pourcentage de DPJV pour les troubles de la fonction sexuelle	

Direction de l'expertise médicale et des services de soins

48



49

M. D. É.

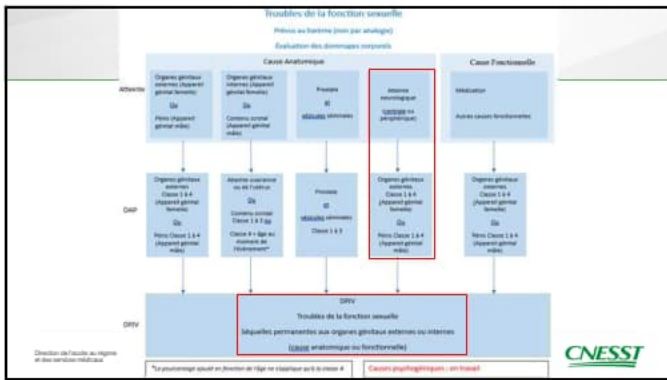
M. D.É présente une quadriplégie complète à la suite d'un traumatisme cervical.

Lors de l'évaluation des séquelles, il rapporte un trouble érectile avec relations sexuelles possibles mais avec difficultés érectiles importantes.

Il indique aussi éviter les relations sexuelles à la suite d'échecs répétés.

Quelle atteinte permanente devrait être retenue pour cette condition ?

50



51

TROUBLE DE LA FONCTION SEXUELLE PAR ATTEINTE NEUROLOGIQUE

Code	% sur 100
41 CROUPE DES MEMBRANES DÉPENDANTES	
Croupe caractérisée par un écoulement visqueux et sanguin d'une membrane cervicovaginale.	
Classe 1	
Pour valider le trouble, il faut au moins un des critères suivants :	
012100	15
012101	15
Classe 2	
Pour valider le trouble, il faut au moins un des critères suivants :	
012102	15
012103	15
Classe 3	
Pour valider le trouble, il faut au moins un des critères suivants :	
012104	15
012105	15
42 FONCTION VÉSICALE	
Se référer au chapitre VII sur l'appareil urinaire.	
43 BOUTONNAGE ANO-RECTAL	
Se référer au chapitre VIII sur le système digestif.	
44 FONCTION SEXUELLE	
Se référer au chapitre VIII sur l'appareil génital.	
Inclure les codes 012100 à 012105.	

52

APPAREIL GÉNITAL MÂLE : CHAPITRE IX

Code	Description	% sur 100
A. PÉNIS		
218507	Classe 1 Aucun déficit	0
218516	Classe 2 Relations sexuelles possibles, mais avec légères difficultés objectives et documentées	5
218525	Classe 3 Relations sexuelles possibles, mais avec difficultés objectives et documentées	15
218534	Classe 4 Relations sexuelles impossibles pour une cause anatomique ou physiologique objective (exemple : amputation du pénis)	20

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

53

APPAREIL GÉNITAL MÂLE : DPJV

Code	Description	% sur 100
E. TROUBLES DE LA FONCTION SEXUELLE		
Ces pourcentages ne sont attribués, le cas échéant, que s'il y a troubles de la fonction sexuelle résultant de séquelles permanentes des organes génitaux externes ou internes, prévues à ce chapitre.		
218124	I. Déficit mineur Manque d'intérêt suffisant pour entraîner une diminution de la fréquence des activités sexuelles, mais sans altération au niveau de la satisfaction	5
218133	II. Déficit modéré Manque d'intérêt suffisant pour entraîner une diminution importante de la fréquence, ou même parfois le blocage du cycle sexuel régulier	10
218142	III. Déficit majeur Echec sexuel répété conduisant à un évitement des activités sexuelles	15
218151	IV. Absence de fonctionnement sexuel Toute activité sexuelle impossible	30

54

M. D. É.**Séquelles actuelles :**

218535 relations sexuelles possibles mais avec difficultés documentées	15%
218703 échecs sexuels répétés conduisant à un évitement	15%

Séquelles antérieures :

Aucune

Autres déficits reliés à la bilatéralité :

Aucun

Bilan des séquelles conforme

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

11



55



Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

11



56

RÈGLEMENT ANNOTÉ SUR LE BARÈME DES DOMMAGES CORPORELS

SYSTÈME DIGESTIF ET RATE

Direction de l'expertise médicale et des services de santé
Avril 2025

Direction des services de santé,
de la sécurité et de la sécurité de travail
cnesst.gouv.qc.ca

CNESST

1

REPRODUCTION INTERDITE

Toute reproduction ou diffusion de cette formation est interdite sans l'autorisation de la Direction de l'expertise médicale et des services de santé de la CNESST.

Elle seule peut permettre à un tiers d'en utiliser le contenu.

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

2

OBJECTIFS

À la fin de cette formation, vous serez en mesure de mieux :

- Identifier les principaux déficits anatomo-physiologiques prévus au barème en lien avec les atteintes permanentes du système digestif
- Reconnaître les situations particulières relatives aux atteintes permanentes de ce système

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

3

SYSTÈME DIGESTIF ET RATE : CHAPITRE XII

RÈGLES PARTICULIÈRES

- Dans ce chapitre, les pourcentages résultant du calcul de la bilatéralité, à la suite d'atteinte permanente à des organes symétriques, sont déjà intégrés. Ils sont alors indiqués sous chaque esguelle. Lorsqu'il n'y a pas d'indication à cet effet, le principe de la bilatéralité ne joue pas.
- Bien que ne relevant pas du système digestif, la rate a été incluse dans ce chapitre en raison de sa situation intra-abdominale.

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

4

SYSTÈME DIGESTIF ET RATE : CHAPITRE XII

CODE		% DAP
220004	Laparotomie	3
220013	Laparocentèse	0
220022	Drainage abdominal	0
220031	Thoraco-laparotomie	7

Page 214

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

5

SYSTÈME DIGESTIF ET RATE : A. ŒSOPHAGE ET DIAPHRAGME

A. ŒSOPHAGE ET DIAPHRAGME

Évaluation se fait en fonction des troubles digestifs et de leurs conséquences fonctionnelles. Les troubles digestifs peuvent concerner des situations telles que les troubles gastro-œsophagiques, des troubles de la déglutition ainsi que des troubles du diaphragme et leurs conséquences au état global.

a) ŒSOPHAGES ANATOMIQUES

Réparation d'une lésion ou d'un trou dans l'œsophage

220040	■ sans œsophage fonctionnelle objective	3
220050	■ avec œsophage fonctionnelle objective de plus, à partir du pourcentage prévu pour les œsophages fonctionnelles ci-dessus	5

220090
 220090 | 220090 |

b) ŒSOPHAGES FONCTIONNELS

Classe 1
Présence de symptômes contrôlés par une diète ou un traitement médical, tel que réalisation ou abolition de l'œsophagie, sans perte de poids importante (perte de poids inférieure à 10 % par rapport au poids réel au moment de l'évaluation)

10

Classe 2
Présence de symptômes partiellement contrôlés par un traitement médical, ou associés à une perte de poids de 10 % à 20 % par rapport au poids réel au moment de l'évaluation

20

Classe 3
Présence de symptômes non contrôlés par un traitement médical, tel que gorge ou gorge-nerve ou hyperalgesie, ou associés à une perte de poids supérieure à 20 % par rapport au poids réel au moment de l'évaluation

40

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

6

SYSTÈME DIGESTIF ET RATE : B. ESTOMAC ET DUODÉNUM

B. ESTOMAC ET DUODÉNUM		N° RÉQUISITES FONCTIONNELLES	
L'évaluation se fait en fonction des troubles digestifs, des troubles d'absorption et de leurs conséquences sur l'état général et l'état de nutrition.		220139	0
a) RÉQUISITES ANATOMIQUES			
220105	Vaginite et pylorospasme ou contracture de transverse (peptocéc), sans résection	220149	5
220102	Vaginite avec entérostomie	220157	10
220111	Gastrectomie sub-totale (plus de 50 %)	220186	25
220120	Gastrectomie totale de plus, à jeun, le cas échéant, le placement prévu pour les sigmoïdes fonctionnels et devenus		
Direction de l'expertise médicale et des services de soins		7	

7

SYSTÈME DIGESTIF ET RATE : C. INTESTIN GRÊLE

C. INTESTIN GRÊLE		DMM		% CAP	
L'évaluation se fait en fonction des troubles digestifs, des troubles d'absorption et de leurs conséquences sur l'état général et l'état de nutrition.				le cas échéant, s'ajoutent les pourcentages prévus pour les sigmoïdes fonctionnels et devenus	
a) RÉQUISITES ANATOMIQUES				N° RÉQUISITES FONCTIONNELLES	
		220100	5	Classe 1 Présence de sigmoïdes contrôlés par un traitement médical contrôlé sous surveillance de l'état général	
		220175	3	Classe 2 Présence de sigmoïdes partiellement contrôlés par un traitement médical contrôlé, associées à une certaine restriction des activités, ou à une perte de poids de 10 % à 20 % par rapport au poids réel au moment de l'évaluation	
		220184	7	Classe 3 Présence de sigmoïdes non contrôlés par un traitement médical contrôlé, associées à une restriction importante des activités, ou à une perte de poids de plus de 20 %, par rapport au poids réel au moment de l'évaluation	
		220183	30	Classe 4 Résection de plus de 50 %	
Direction de l'expertise médicale et des services de soins		28		30	
		4		4	

8

SYSTÈME DIGESTIF ET RATE : D. CÔLON

D. CÔLON		N° RÉQUISITES FONCTIONNELLES	
L'évaluation se fait en fonction des troubles digestifs et de leurs conséquences sur l'état général et l'état de nutrition.		220171	5
a) RÉQUISITES ANATOMIQUES			
220227	Réparation d'une lésion ou transaction de colite sans résection	220182	5
220230	Réparation d'une lésion ou transaction de colite sans résection partielle	220201	10
220225	Réparation d'une lésion ou transaction de colite avec résection de colite gauche ou de colite droite	220202	15
220284	Séparation pour colique avec élimination ou colostomie permanente	220203	25
Direction de l'expertise médicale et des services de soins		6	

9

SYSTÈME DIGESTIF ET RATE : E. ANUS ET RECTUM

E. ANUS ET RECTUM (fonction normale)		N° RÉQUISITES FONCTIONNELLES	
Classe 1 Réparation d'une lésion sans sigmoïde fonctionnelle		220317	1
Classe 2 Réparation d'une lésion suivie de sigmoïdes contrôlés par un traitement médical		220326	5
Classe 3 Réparation d'une lésion suivie de sigmoïdes nécessitant une surveillance médicale continue		220335	10
Classe 4 Réparation d'une lésion suivie de sigmoïdes incomplètement contrôlés par un traitement médical ou chirurgical		220344	20
Classe 5 Réparation d'une lésion suivie de sigmoïdes non contrôlés par des traitements médicaux ou chirurgicaux		220353	40
Direction de l'expertise médicale et des services de soins		10	

10

SYSTÈME DIGESTIF ET RATE : F. FOIE

F. FOIE		N° MALADIE MÉTABOLIQUE PARENCHYMATUEUSE	
a) RÉPARATION D'UN TRAUMATISME OU D'UNE LACÉRATION DU FOIE			
220401	Sans résection	220380	0
220371	Avec résection	220389	5
■ épreuve biologique ou histologique de maladie hépatique chronique, sans manifestation clinique de décompensation de la fonction hépatique (cette, sucre, acéphaloprotéines hépatique ou hématologie digestive par hypertonisme portal)		220405	10
■ épreuve biologique ou histologique de maladie hépatique chronique, sans signes cliniques de décompensation de la fonction hépatique		220413	30
■ épreuve biologique ou histologique de maladie hépatique chronique, avec signes cliniques de décompensation de la fonction hépatique		220413	80
Direction de l'expertise médicale et des services de soins		11	

11

SYSTÈME DIGESTIF ET RATE : G. VOIES BILIAIRES ET VÉSICULE BILIAIRE

G. VOIES BILIAIRES ET VÉSICULE BILIAIRE		N° MALADIE MÉTABOLIQUE PARENCHYMATUEUSE	
Classe 1 Réparation de transaction ou lésion, sans sigmoïde abstraitable		220424	3
Classe 2 Réparation de transaction ou lésion, sans sigmoïdes fonctionnelles épigastrohépatiques, sans présence d'anomalies biologiques ou morphologiques biliaires		220432	5
Classe 3 Réparation d'une transaction ou d'une lésion, sans sigmoïde fonctionnelle ou biologique, mais avec anomalies morphologiques (calculs cholelithotomie ou anastomose bilio-digestive)		220431	10
Classe 4 Réparation de transaction ou d'une lésion, sans sigmoïdes biologiques ou morphologiques (calculs cholelithotomie ou anastomose bilio-digestive)		220431	25
Classe 5 Réparation de transaction ou d'une lésion, sans sigmoïdes biologiques ou morphologiques (calculs cholelithotomie ou anastomose bilio-digestive)		220430	40
Direction de l'expertise médicale et des services de soins		12	

12

SYSTÈME DIGESTIF ET RATE : H. PANCRÉAS

CDM	Nom	% DAP	CDM	Nom	% DAP
330000	H. PANCRÉAS - Fonction exocrine		330000	C. AFFECTIONS DES ISLÉTOS	
330000	1. Pancréatite aiguë ou chronique des îlots		330000	1. Cystite des îlots	1
330000	2. Pancréatite chronique des îlots		330000	2. Insulino-dépendance	1
330000	3. Pancréatite récurrente des îlots		330000	3. Insulino-indépendance	1
330000	4. Pancréatite fulgurante des îlots		330000	4. Diabète gestationnel	1
330000	5. Pancréatite nécrotique des îlots		330000	5. Diabète non insulinodépendant	1
330000	6. Pancréatite atrophique des îlots		330000	6. Diabète latent	1
330000	7. Pancréatite calcarienne des îlots		330000	7. Diabète insipide	1
330000	8. Pancréatite fibro-siccatrice des îlots		330000	8. Diabète non classifié	1
330000	9. Pancréatite kystique des îlots		330000	9. Diabète non classifié	1
330000	10. Pancréatite kystocystique des îlots		330000	10. Diabète non classifié	1
330000	11. Pancréatite kystocystique des îlots		330000	11. Diabète non classifié	1
330000	12. Pancréatite kystocystique des îlots		330000	12. Diabète non classifié	1
330000	13. Pancréatite kystocystique des îlots		330000	13. Diabète non classifié	1
330000	14. Pancréatite kystocystique des îlots		330000	14. Diabète non classifié	1
330000	15. Pancréatite kystocystique des îlots		330000	15. Diabète non classifié	1
330000	16. Pancréatite kystocystique des îlots		330000	16. Diabète non classifié	1
330000	17. Pancréatite kystocystique des îlots		330000	17. Diabète non classifié	1
330000	18. Pancréatite kystocystique des îlots		330000	18. Diabète non classifié	1
330000	19. Pancréatite kystocystique des îlots		330000	19. Diabète non classifié	1
330000	20. Pancréatite kystocystique des îlots		330000	20. Diabète non classifié	1
330000	21. Pancréatite kystocystique des îlots		330000	21. Diabète non classifié	1
330000	22. Pancréatite kystocystique des îlots		330000	22. Diabète non classifié	1
330000	23. Pancréatite kystocystique des îlots		330000	23. Diabète non classifié	1
330000	24. Pancréatite kystocystique des îlots		330000	24. Diabète non classifié	1
330000	25. Pancréatite kystocystique des îlots		330000	25. Diabète non classifié	1
330000	26. Pancréatite kystocystique des îlots		330000	26. Diabète non classifié	1
330000	27. Pancréatite kystocystique des îlots		330000	27. Diabète non classifié	1
330000	28. Pancréatite kystocystique des îlots		330000	28. Diabète non classifié	1
330000	29. Pancréatite kystocystique des îlots		330000	29. Diabète non classifié	1
330000	30. Pancréatite kystocystique des îlots		330000	30. Diabète non classifié	1
330000	31. Pancréatite kystocystique des îlots		330000	31. Diabète non classifié	1
330000	32. Pancréatite kystocystique des îlots		330000	32. Diabète non classifié	1
330000	33. Pancréatite kystocystique des îlots		330000	33. Diabète non classifié	1
330000	34. Pancréatite kystocystique des îlots		330000	34. Diabète non classifié	1
330000	35. Pancréatite kystocystique des îlots		330000	35. Diabète non classifié	1
330000	36. Pancréatite kystocystique des îlots		330000	36. Diabète non classifié	1
330000	37. Pancréatite kystocystique des îlots		330000	37. Diabète non classifié	1
330000	38. Pancréatite kystocystique des îlots		330000	38. Diabète non classifié	1
330000	39. Pancréatite kystocystique des îlots		330000	39. Diabète non classifié	1
330000	40. Pancréatite kystocystique des îlots		330000	40. Diabète non classifié	1
330000	41. Pancréatite kystocystique des îlots		330000	41. Diabète non classifié	1
330000	42. Pancréatite kystocystique des îlots		330000	42. Diabète non classifié	1
330000	43. Pancréatite kystocystique des îlots		330000	43. Diabète non classifié	1
330000	44. Pancréatite kystocystique des îlots		330000	44. Diabète non classifié	1
330000	45. Pancréatite kystocystique des îlots		330000	45. Diabète non classifié	1
330000	46. Pancréatite kystocystique des îlots		330000	46. Diabète non classifié	1
330000	47. Pancréatite kystocystique des îlots		330000	47. Diabète non classifié	1
330000	48. Pancréatite kystocystique des îlots		330000	48. Diabète non classifié	1
330000	49. Pancréatite kystocystique des îlots		330000	49. Diabète non classifié	1
330000	50. Pancréatite kystocystique des îlots		330000	50. Diabète non classifié	1

13

SYSTÈME DIGESTIF ET RATE : I. HERNIE

CDM	Nom	% DAP
320000	I. HERNIE	
320000	a) OPÉRÉE	
320000	1. Inguinale (directe, indirecte) ou fémorale	1
320000	2. Épigastrique ou ombilicale	1
320000	3. Incisionnelle	2
320000	4. Inguinale récidivante	1
320000	5. Inguinale	3
320000	b) NON OPÉRÉE	
320000	1. Inguinale (directe, indirecte), fémorale	
320000	2. Inguinale	2
320000	3. Inguinale	6
320000	4. Inguinale	3
320000	5. Inguinale	15
320000	6. Inguinale	7
320000	7. Inguinale	21
320000	8. Inguinale	2
320000	9. Inguinale	5
320000	10. Inguinale	7
320000	11. Inguinale	2
320000	12. Inguinale	5
320000	13. Inguinale	7

14

SYSTÈME DIGESTIF ET RATE : I. HERNIE

Bilatéralité :

- Pour les **hernies inguinales** (directe, indirecte ou fémorale), le principe de la **bilatéralité s'applique** et il est déjà intégré (codes débutant par le préfixe 3 pour unilatérale et par le préfixe 4 pour bilatérale)
- Le principe de la **bilatéralité ne s'applique pas** pour les hernies épigastriques ou ombilicales et incisionnelles. (codes débutant par le préfixe 2)

15

SYSTÈME DIGESTIF ET RATE : I. HERNIE

CDM	Nom	% DAP
320000	I. HERNIE	
320000	a) OPÉRÉE	
320000	1. Inguinale (directe, indirecte) ou fémorale	1
320000	2. Épigastrique ou ombilicale	1
320000	3. Incisionnelle	2
320000	4. Inguinale récidivante	1
320000	5. Inguinale	3
320000	b) NON OPÉRÉE	
320000	1. Inguinale (directe, indirecte), fémorale	
320000	2. Inguinale	2
320000	3. Inguinale	6
320000	4. Inguinale	3
320000	5. Inguinale	15
320000	6. Inguinale	7
320000	7. Inguinale	21
320000	8. Inguinale	2
320000	9. Inguinale	5
320000	10. Inguinale	7
320000	11. Inguinale	2
320000	12. Inguinale	5
320000	13. Inguinale	7

16

SYSTÈME DIGESTIF ET RATE : I. HERNIE

Hernie inguinale récidivante :

- Il est important de rappeler que le barème fait une distinction claire entre hernie inguinale (directe, indirecte) ou fémorale et hernie inguinale récidivante
- Cela signifie que la hernie inguinale initiale et la hernie inguinale récidivante sont considérées comme des entités diagnostiques ou lésions différentes donnant droit à un DAP supplémentaire
- Donc, si un T a déjà reçu 1% pour une hernie inguinale, il aurait droit à 1% de plus pour la hernie récidivante

17

SYSTÈME DIGESTIF ET RATE : I. HERNIE

CDM	Nom	% DAP
320000	I. HERNIE	
320000	a) OPÉRÉE	
320000	1. Inguinale (directe, indirecte) ou fémorale	1
320000	2. Épigastrique ou ombilicale	1
320000	3. Incisionnelle	2
320000	4. Inguinale récidivante	1
320000	5. Inguinale	3
320000	b) NON OPÉRÉE	
320000	1. Inguinale (directe, indirecte), fémorale	
320000	2. Inguinale	2
320000	3. Inguinale	6
320000	4. Inguinale	3
320000	5. Inguinale	15
320000	6. Inguinale	7
320000	7. Inguinale	21
320000	8. Inguinale	2
320000	9. Inguinale	5
320000	10. Inguinale	7
320000	11. Inguinale	2
320000	12. Inguinale	5
320000	13. Inguinale	7

18

SYSTÈME DIGESTIF ET RATE : J. RATE


J. RATE

L'ablation de la rate peut perturber le système hématopoïétique et entraîner un déficit immunitaire.

Splénectomie	
220674 ■ 0 à 6 ans	8
220683 ■ 7 à 15 ans	5
220692 ■ plus de 15 ans	3

De plus, s'ajoute le pourcentage prévu pour la laparotomie dap

Direction de l'expertise médicale et des services de soins 19



19


M. G. B.

Travailleur qui a présenté une hernie discale L5-S1 compliquée d'un syndrome de la queue de cheval.
Il demeure avec un intestin neurogène.
La vidange intestinale se fait avec l'aide de suppositoires.

Le PSQAC communique avec vous afin de vérifier quelle atteinte permanente pourrait s'appliquer à cette condition.

Que lui répondez-vous ?

Direction de l'expertise médicale et des services de soins 20



20

M. G. B.

D. COLON

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

4) RÉSECTES ANATOMIQUES

220217	Classe 1 Résection d'une lésion ou transmission du coléon avec résection partielle	3
220246	Classe 2 Résection d'une lésion ou transmission du coléon avec résection partielle	7
220255	Classe 3 Résection d'une lésion ou transmission du coléon avec résection des artères, ou à une perte de poids de 10 % à 20 % par rapport au poids initial au moment de l'intervention	15
220264	Classe 4 Résection sans coléon avec élimination ou colostomie permanente	40

Direction de l'expertise médicale et des services de soins 21



21

M. G. B.

D. COLON

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

4) RÉSECTES ANATOMIQUES

220217	Classe 1 Résection d'une lésion ou transmission du coléon avec résection partielle	3
220246	Classe 2 Résection d'une lésion ou transmission du coléon avec résection partielle	7
220255	Classe 3 Résection d'une lésion ou transmission du coléon avec résection des artères, ou à une perte de poids de 10 % à 20 % par rapport au poids initial au moment de l'intervention	15
220264	Classe 4 Résection sans coléon avec élimination ou colostomie permanente	40

Direction de l'expertise médicale et des services de soins 22



22


MME V.-A. L.

T qui présente une dysphagie persistante à la suite d'un traumatisme crânio-cérébral.

L'agente vous demande si une atteinte permanente est prévue au barème pour cette problématique.

Qu'en pensez-vous ?

Direction de l'expertise médicale et des services de soins 23



23

MME V.-A. L.

Système Maxillo-facial

4) NERF GLOSSO-PHARYNGIEN (IX) ET VAGUE (X)

- dysphagie
 - se référer au chapitre XII sur le système digestif dap
 - dysphagie se référer au chapitre XII sur le larynx dap


4) HYPOGLOSSIE (XII)

309455	■ paralysie unilatérale	2
409463	■ paralysie bilatérale	6
	□ dysphagie	

se référer au chapitre XII sur le système digestif dap

209474	□ dysarthrie	5
209483	- sténose	15
	- majeure	

Direction de l'expertise médicale et des services de soins 24



24

MME V.-A. L.

4. CROISSANCE ET DÉVELOPPEMENT

L'évaluation se fait en fonction des troubles Agésés et de leur conséquence fonctionnelle. Les troubles Agésés peuvent provenir des séquelles de la maladie ou de la chirurgie, de la déshydratation ou de la dénutrition, de l'amygdalite et leurs conséquences sur l'état général.

4) SÉQUELLES ANATOMIQUES

Séquelle d'un bris ou d'un traitement orthopédique.

22040	3	22040	3
22050	5	22050	5

de plus, l'ajout du pourcentage prévu pour les séquelles fonctionnelles ci-dessus

25

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

25

M. R. N.

T qui a présenté une **hernie inguinale droite personnelle opérée en 2017**.

Il présente une **récidive de hernie inguinale droite en 2022** à la suite d'un effort au travail pour laquelle une nouvelle chirurgie a été réalisée.

Le chirurgien vous contacte car il n'est pas familier avec le barème de la CNESST et il désire obtenir votre avis quant au bilan des séquelles applicable.

Que lui répondez-vous ?

25

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

26

M. R. N.

Séquelles actuelles :
320566 hernie inguinale droite opérée récidivante (2022) 1%

Séquelles antérieures :
320520 hernie inguinale droite opérée (2017) 1%

Autres déficits reliés à la bilatéralité :
Nil

Bilan des séquelles conforme ?

27

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

27

M. R. N.

Séquelles actuelles :
320566 hernie inguinale droite opérée récidivante (2022) 1%
320520 hernie inguinale droite opérée (2017) 1%

Séquelles antérieures :
320520 hernie inguinale droite opérée (2017) 1%

Autres déficits reliés à la bilatéralité :
Nil

Bilan des séquelles conforme

28

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

28

M. HID

M. HID a subi un accident de travail en **2010 avec hernie inguinale droite opérée**.

RRA acceptée en **2017 pour hernie inguinale droite** et il a alors subi une **nouvelle chirurgie**.

Nouvelle RRA en **2022 et autre chirurgie pour la même raison**.

Quel bilan des séquelles s'applique à cette condition ?

29

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

29

M. HID

Séquelles actuelles :
320566 hernie inguinale droite opérée récidivante (2022) 1%
320566 hernie inguinale droite opérée récidivante (2017) 1%

Séquelles antérieures :
320566 hernie inguinale droite opérée récidivante (2017) 1%

Autres déficits reliés à la bilatéralité :
Nil

Bilan des séquelles conforme ?

30

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

30


M. HID

Séquelles actuelles :
 320566 hernie inguinale droite opérée récidivante (2017 et 2022) 1%
 320520 hernie inguinale droite opérée (2010) 1%

Séquelles antérieures :
 320566 hernie inguinale droite opérée récidivante (2017) 1%
 320520 hernie inguinale droite opérée (2010) 1%

Autres déficits reliés à la bilatéralité :
 Nil

Bilan des séquelles conforme

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 22 


31

M. E. É.

T qui a été **opéré pour une hernie inguinale bilatérale personnelle en 2018.**

Ce T a subi une **récidive à droite** reconnue en accident de travail en **2020.** Cette hernie a été également **opérée.**

Le chirurgien soumet le bilan des séquelles suivant :

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 22 

32


M. E. É.

Séquelles actuelles :
 320566 hernie inguinale droite opérée récidivante (2020) 1%

Séquelles antérieures :
 320520 hernie inguinale droite opérée (2018) 1%

Autres déficits reliés à la bilatéralité :
 320520 hernie inguinale gauche opérée (2018) 1%

Bilan des séquelles conforme ?

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 22 

33


M. E. É.

Séquelles actuelles :
 320566 hernie inguinale droite opérée récidivante (2020) 1%
 420538 hernie inguinale bilatérale opérée (2018) 3%

Séquelles antérieures :
 420538 hernie inguinale bilatérale opérée (2018) 3%

Autres déficits reliés à la bilatéralité :
 Nil

Bilan des séquelles conforme


Direction de l'expertise médicale et des services de santé 22 

34

M. E. É.

Après avoir forcé à nouveau au travail, ce même T présente une **récidive à gauche en 2021 et est opéré** pour cette condition.

Le chirurgien, qui devient un habitué, complète le bilan des séquelles suivant :

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 22 

35


M. E. É.

Séquelles actuelles :
 320566 hernie inguinale gauche opérée récidivante (2021) 1%
 320566 hernie inguinale droite opérée récidivante (2020) 1%
 420538 hernie inguinale bilatérale opérée (2018) 3%

Séquelles antérieures :
 320566 hernie inguinale droite opérée récidivante (2020) 1%
 420538 hernie inguinale bilatérale opérée (2018) 3%

Autres déficits reliés à la bilatéralité :
 Nil

Bilan des séquelles conforme ?

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 22 

36

M. E. É.**Séquelles actuelles :**

420574 hernie inguinale bilatérale opérée récidivante (2020 et 2021) 3%
 420538 hernie inguinale bilatérale opérée (2018) 3%

Séquelles antérieures :

320566 hernie inguinale droite opérée récidivante (2020) 1%
 420538 hernie inguinale bilatérale opérée (2018) 3%

Autres déficits reliés à la bilatéralité :

Nil

Bilan des séquelles conforme

Direction de l'expertise médicale
et des services de soins

27



37

M. E. É.

Ce T présente à nouveau une récurrence de hernie inguinale à droite en 2022 qui est peu volumineuse et réductible.

Il est décidé de ne pas procéder à une nouvelle chirurgie.

Le chirurgien, qui vous appelle maintenant par votre prénom, vous soumet le bilan des séquelles suivant :

Direction de l'expertise médicale
et des services de soins

28



38

M. E. É.**Séquelles actuelles :**

320584 hernie inguinale droite non opérée (2022) 1%
 320566 hernie inguinale bilatérale opérée récidivante (2020 et 2021) 3%
 420538 hernie inguinale bilatérale opérée (2018) 3%

Séquelles antérieures :

320566 hernie inguinale bilatérale opérée récidivante (2020 et 2021) 3%
 420538 hernie inguinale bilatérale opérée (2018) 3%

Autres déficits reliés à la bilatéralité :

Nil

Bilan des séquelles conforme ?

Direction de l'expertise médicale
et des services de soins

29



39

M. E. É.**Séquelles actuelles :**

320584 hernie inguinale droite non opérée (2022) 1%
 320566 hernie inguinale bilatérale opérée récidivante (2020 et 2021) 3%
 420538 hernie inguinale bilatérale opérée (2018) 3%

Séquelles antérieures :

320566 hernie inguinale bilatérale opérée récidivante (2020 et 2021) 3%
 420538 hernie inguinale bilatérale opérée (2018) 3%

Autres déficits reliés à la bilatéralité :

Nil

Bilan des séquelles conforme ? Oui

Direction de l'expertise médicale
et des services de soins

30



40

RÈGLEMENT ANNOTÉ SUR LE BARÈME DES DOMMAGES CORPORELS

SYSTÈME CARDIO-VASCULAIRE

Direction de l'expertise médicale et des services de santé
Avril 2025

Direction des services de santé, de la sécurité et de la sécurité de travail
cnesst.gouv.qc.ca




1

REPRODUCTION INTERDITE

Toute reproduction ou diffusion de cette formation est interdite sans l'autorisation de la Direction de l'expertise médicale et des services de santé de la CNESST.

Elle seule peut permettre à un tiers d'en utiliser le contenu.

Direction de l'expertise médicale et des services de santé




2

OBJECTIFS

À la fin de cette formation, vous serez en mesure de mieux :

- Identifier les principaux déficits anatomo-physiologiques prévus au barème en lien avec les atteintes permanentes du système cardio-vasculaire
- Reconnaître les situations particulières relatives aux atteintes permanentes de ce système

Direction de l'expertise médicale et des services de santé



3


SYSTÈME CARDIO-VASCULAIRE : CHAPITRE XIII

RÈGLES PARTICULIÈRES

Bilatéralité

- Dans ce chapitre, à l'exception du phénomène de Raynaud et des séquelles consécutives à une lésion vasculaire aux membres supérieurs, aux membres inférieurs et à des séquelles consécutives à des lésions veineuses et lymphatiques, les pourcentages résultant du calcul de la bilatéralité, à la suite d'atteinte permanente à des organes symétriques, sont déjà intégrés. Ils sont alors indiqués sous chaque séquelle. Lorsqu'il n'y a pas d'indication à cet effet, le principe de la bilatéralité ne joue pas.
- Phénomène de Raynaud et séquelles consécutives à une lésion vasculaire aux membres supérieurs, aux membres inférieurs et à des séquelles consécutives à des lésions veineuses et lymphatiques**
Lorsqu'un travailleur, en raison d'une lésion professionnelle, subit des déficits anatomo-physiologiques (DAP) à des organes symétriques, en raison du phénomène de Raynaud ou de séquelles consécutives à une lésion vasculaire aux membres supérieurs et aux membres inférieurs, et à des séquelles consécutives à des lésions veineuses et lymphatiques, le pourcentage total qui lui est octroyé pour ces déficits s'établit en additionnant les pourcentages des DAP déterminés pour chacun des organes et en y ajoutant une seconde fois le pourcentage déterminé pour l'organe le moins atteint.

Direction de l'expertise médicale et des services de santé



4

SYSTÈME CARDIO-VASCULAIRE : A. LÉSIONS CARDIAQUES

A. LÉSIONS CARDIAQUES

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

- I, au moins six (6) mois suivant un traitement médical;
- II, au moins un (1) an suivant un traitement chirurgical.


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

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

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

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

Direction de l'expertise médicale et des services de santé




5

SYSTÈME CARDIO-VASCULAIRE : TABLEAU 24

Code	Description	Pourcentage	Classe
221179	■ avec symptômes légers ou modérément apparents ou précoce (épisode maximale d'effort)	10	Classe 3 (2, 4, 7 mois)
221180	■ avec symptômes légers ou modérément apparents ou précoce (épisode maximale d'effort)	20	Classe 3 (2, 4, 7 mois)
221181	■ avec symptômes légers ou modérément apparents ou précoce (épisode maximale d'effort)	30	Classe 3 (2, 4, 7 mois)
221182	■ avec symptômes légers ou modérément apparents ou précoce (épisode maximale d'effort)	40	Classe 3 (2, 4, 7 mois)
221183	■ avec symptômes légers ou modérément apparents ou précoce (épisode maximale d'effort)	50	Classe 3 (2, 4, 7 mois)
221184	■ avec symptômes légers ou modérément apparents ou précoce (épisode maximale d'effort)	60	Classe 3 (2, 4, 7 mois)
221185	■ avec symptômes légers ou modérément apparents ou précoce (épisode maximale d'effort)	70	Classe 3 (2, 4, 7 mois)
221186	■ avec symptômes légers ou modérément apparents ou précoce (épisode maximale d'effort)	80	Classe 3 (2, 4, 7 mois)
221187	■ avec symptômes légers ou modérément apparents ou précoce (épisode maximale d'effort)	90	Classe 3 (2, 4, 7 mois)
221188	■ avec symptômes légers ou modérément apparents ou précoce (épisode maximale d'effort)	100	Classe 3 (2, 4, 7 mois)

Direction de l'expertise médicale et des services de santé



6

SYSTÈME CARDIO-VASCULAIRE : B. PÉRICARDITE

B. PÉRICARDITE

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

dap

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

7

SYSTÈME CARDIO-VASCULAIRE : C. LÉSIONS ARTÉRIELLES THORACIQUES

C. LÉSIONS ARTÉRIELLES THORACIQUES

Validation en 2018 suite à la consultation de la Commission, suite au 1^{er} avis de l'expertise

A) REMPLACEMENT DE L'ARTÈRE THORACIQUE ASCENDANTE PAR PROTHÈSE

221003	Sans séquelle fonctionnelle	0
221012	Avec séquelle fonctionnelle de plus de 10 centimètres au tableau 24 de la capacité résiduelle fonctionnelle consécutive à une lésion cardiovasculaire	dap

B) REMPLACEMENT DE L'ARTÈRE THORACIQUE DESCENDANTE PAR PROTHÈSE

221021	Sans séquelle fonctionnelle	0
221030	Avec séquelle fonctionnelle de plus de 10 centimètres au tableau 24 de la capacité résiduelle fonctionnelle consécutive à une lésion cardiovasculaire	dap

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

8

SYSTÈME CARDIO-VASCULAIRE : D. LÉSIONS ARTÉRIELLES PÉRIPHÉRIQUES

D. LÉSIONS ARTÉRIELLES PÉRIPHÉRIQUES

Chirurgie de l'artère abdominale (aorte, artères iliaques, artères fémorales, artères popliteuses) ou artères de la main

221040	Sans séquelle fonctionnelle	0
221046	Avec séquelle fonctionnelle de plus de 10 centimètres au tableau 24 de la capacité résiduelle fonctionnelle consécutive à une lésion vasculaire des membres inférieurs	dap

Chirurgie des artères périphériques (artères iliaques, artères fémorales, artères popliteuses)

Membres supérieurs

121060	Sans séquelle fonctionnelle	0
121077	Avec séquelle fonctionnelle de plus de 10 centimètres au tableau 24 de la capacité résiduelle fonctionnelle consécutive à une lésion vasculaire des membres supérieurs	dap

Membres inférieurs

121080	Sans séquelle fonctionnelle	0
121090	Avec séquelle fonctionnelle de plus de 10 centimètres au tableau 24 de la capacité résiduelle fonctionnelle consécutive à une lésion vasculaire des membres inférieurs	dap

Amputation trans-fémorale

121102	Sans séquelle fonctionnelle	0
121103	Avec séquelle fonctionnelle de plus de 10 centimètres au tableau 24 de la capacité résiduelle fonctionnelle consécutive à une lésion vasculaire des membres inférieurs	dap

Amputation trans-tibiale

121104	Sans séquelle fonctionnelle	0
121105	Avec séquelle fonctionnelle de plus de 10 centimètres au tableau 24 de la capacité résiduelle fonctionnelle consécutive à une lésion vasculaire des membres inférieurs	dap

Chirurgie de l'artère

121106	Sans séquelle fonctionnelle	0
121107	Avec séquelle fonctionnelle de plus de 10 centimètres au tableau 24 de la capacité résiduelle fonctionnelle consécutive à une lésion vasculaire des membres inférieurs	dap

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

9

SYSTÈME CARDIO-VASCULAIRE : TABLEAU 25

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

121227	Classe 1 Lésions vasculaires sans séquelle fonctionnelle	0
121246	Classe 2 Classification intermittente, peu limitante, apparaissant à la marche d'un pas régulier sur une distance de 300 à 500 mètres; par membre	15
121255	Classe 3 Classification limitante, apparaissant à la marche d'un pas régulier sur une distance de 120 à 150 mètres; par membre	30
121264	Classe 4 Classification incapacitante, apparaissant à la marche d'un pas régulier sur une distance de 75 mètres; par membre	40
121273	Classe 5 Insuffisance artérielle sévère avec douleurs au repos et troubles trophiques, ulcérations; par membre	50

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

10

SYSTÈME CARDIO-VASCULAIRE : TABLEAU 26

TABLEAU 26
CAPACITÉ RÉSIDUELLE FONCTIONNELLE CONSECUTIVE À UNE LÉSION VASCULAIRE AUX MEMBRES SUPÉRIEURS À L'EXCLUSION DU PHÉNOMÈNE DE RAYNAUD ET DU SYNDROME DE THORNBURN

121282	Classe 1 Lésion vasculaire sans séquelle fonctionnelle	0
121291	Classe 2 Douleur intermittente, peu limitante, apparaissant à la suite d'efforts importants; par membre	15
121308	Classe 3 Douleur limitante, apparaissant à l'occasion d'un effort habituel; par membre	30
121317	Classe 4 Douleur importante, apparaissant à la suite d'un effort léger; par membre	40
121326	Classe 5 Douleur au repos avec troubles trophiques, ulcérations; par membre	50

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

11

SYSTÈME CARDIO-VASCULAIRE : E. LÉSIONS VEINEUSES ET LYMPHATIQUES

121311	Membres supérieurs Insuffisance veineuse superficielle ou thrombophlébite superficielle récurrente	2	121424	Membres inférieurs Insuffisance veineuse superficielle récurrente	2
121320	Insuffisance veineuse post-phlébique ou insuffisance lymphatique ■ classe 1 peu ou pas de douleur	5	121433	Insuffisance veineuse post-phlébique ou insuffisance lymphatique ■ classe 1 peu ou pas de douleur	5
121339	■ classe 2 syndrome post-phlébique léger, bien contrôlé par un traitement médical usuel	5	121442	■ classe 2 syndrome post-phlébique léger, bien contrôlé par un traitement médical usuel	5
121348	■ classe 3 syndrome post-phlébique modéré, incomplètement contrôlé par un traitement médical usuel	10	121451	■ classe 3 syndrome post-phlébique modéré, incomplètement contrôlé par un traitement médical usuel	10
121357	■ classe 4 syndrome post-phlébique sévère, non contrôlé par un traitement médical usuel, avec troubles trophiques sans ulcération	15	121460	■ classe 4 syndrome post-phlébique sévère, non contrôlé par un traitement médical usuel, avec troubles trophiques sans ulcération	15
121366	■ classe 5 syndrome post-phlébique sévère, non contrôlé par un traitement médical usuel, avec troubles trophiques et ulcération cicatricielle	25	121470	■ classe 5 syndrome post-phlébique sévère, non contrôlé par un traitement médical usuel, avec troubles trophiques et ulcération cicatricielle	25

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

12

**SYSTÈME CARDIO-VASCULAIRE :
F. PHÉNOMÈNE DE RAYNAUD ET SYNDROME VIBRATOIRE**

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

13

**SYSTÈME CARDIO-VASCULAIRE :
TABLEAU 27**

TABLAU 27
CLASSIFICATION DU PHÉNOMÈNE DE RAYNAUD ET DU SYNDROME VIBRATOIRE

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

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

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

14

**SYSTÈME CARDIO-VASCULAIRE :
TABLEAU 27**

TABLAU 27

CODE	Classe	Tableau clinique FR ou PV	Réactions cliniques des activités impliquant les parties atteintes	Tests vasculaires RDT**	PLET***	% DAP	
121330	(1)	ABSENT	AUCUN	NORMAL	NORMAL	0	
121344	LÉGER (2)	PRÉSENT Casus par froids ou vibrations (doux, grattage et secousses) Quelques fois par jour Activités continues après réchauffement	PEU	Circule lente à 15 minutes à la température de base	Critères fragiles, Critères post-rod, Critères diastoliques hautes, Critères N 1/3 amplitude, Critères nocturnes avec amplitude 1/2N	0,5	
121353	MODÈRE (3)	PRÉSENT Casus par froids, vent (NH) Endolors, œdème modéré Rachardement obligatores Rachardement médicamenteux Tendilles nerveuses musculo-squelettiques Chironamide Avant et après activités	AIDÉ	Sédation de la droite, Chute des résultats de température, Certaines activités abandonnées	Circule lente à 15 minutes 2 à 3 inférieure à la température de base	Critères nocturnes avec amplitude 1/2N	2

15

**SYSTÈME CARDIO-VASCULAIRE :
TABLEAU 27**

TABLAU 27 (suite)

CODE	Classe	Tableau clinique FR ou PV	Réactions cliniques des activités impliquant les parties atteintes	Tests vasculaires RDT**	PLET***	% DAP
121362	SEVERE (4)	PRÉSENT au moindre contact avec froids ou vibrations, œdème important, rigides difficile de l'écriture Œdèmes, rayures, arthroalgie Tendilles nerveuses musculo-squelettiques Douleurs, œdèmes, tremble et engourdissements Réponses à l'activité et au repos Manipulations délicates difficiles	BEAUCOUP Abandon de toute activité au froids	Circule lente à 15 minutes 4 et plus inférieure à la température de base	Critères absentes ou atténuées au repos et après réchauffement	3
121371	TRÈS SEVERE (5)	Tendilles circulatoires permanentes	Abandon de toute activité	Circule lente à 15 minutes 4 et plus inférieure à la température de base	Critères absentes au repos et après réchauffement	5
121380		De plus, s'ajoute un pourcentage additionnel pour séquelles, secours ou gangrène				5

FR : phénomène de Raynaud, PV : syndrome vibratoire.
RDT : tests de température de la température digitale.
PLET : plethysmographie.

16

MME TVP

Mme TVP, employée sur une ferme, a reçu un coup de sabot à la jambe droite en bossant un cheval.

Une thrombose veineuse profonde au mollet droit a été confirmée au doppler.

Le PSQAC a décrit un examen normal du membre inférieur droit lors de la rédaction du rapport d'évaluation médicale.

L'agente vous soumet le bilan des séquelles suivant produit par le PSQAC :

17

MME TVP

Séquelles actuelles :
121433 thrombose veineuse profonde jambe droite 3%

Séquelles antérieures :
Nil

Autres déficits reliés à la bilatéralité :
Nil

Bilan des séquelles conforme ?

18

SÉQUELLES DE THROMBOPHLEBITE PROFONDE

En présence d'une thrombophlébite profonde démontrée par des examens para-cliniques et acceptée à titre de lésion professionnelle, un DAP sera attribuable même en l'absence de signes cliniques persistants.

En effet, dans le chapitre XIII du barème (Système cardio-vasculaire), section E Lésions veineuses et lymphatiques, on remarque que les DAP sont prévus pour une insuffisance veineuse post-phlébitique ou insuffisance lymphatique, autant pour le membre supérieur que le membre inférieur.

Cette insuffisance veineuse post-phlébitique est ensuite divisée en 5 classes.

La Classe 1 (DAP de 3 %) est prévue pour les cas où il persiste peu ou pas de séquelles alors que la classe 2 (DAP de 5 %) correspond à un syndrome post-phlébitique léger, bien contrôlé par un traitement médical usuel.

La classe 1 représente donc à un état qui est moins grave qu'un syndrome post-phlébitique léger. Lorsqu'on y indique peu ou pas de séquelles, on croit donc comprendre qu'il s'agit d'une insuffisance veineuse qui peut être assez légère pour ne pas laisser de signes cliniques visibles à l'examen mais qui existe néanmoins.

On peut donc en conclure qu'une thrombophlébite profonde qui a été démontrée par des examens spécifiques et qui ne laisserait plus de signes cliniques visibles au moment de la consolidation justifierait l'attribution d'un DAP de 3 % pour une insuffisance veineuse de classe 1.

19

MME TVP

Séquelles actuelles : 121433 thrombose veineuse profonde jambe droite 3%

Séquelles antérieures : Nil

Autres déficits reliés à la bilatéralité : Nil

Bilan des séquelles conforme

20

M. R. N.

Ce T des mines présente un syndrome de Raynaud reconnu comme lésion professionnelle.

Ses symptômes sont présents au moindre contact avec le froid et il doit renoncer à toute activité au froid.

Des ankyloses des IPP et IPD des 2e et 3e doigts sont présentes bilatéralement.

Le T rapporte également des engourdissements de ces doigts avec diminution de sensibilité diffuse de ceux-ci à l'examen.

Dre Fay Nomen fait état du bilan des séquelles suivant :

21

M. R. N.

Séquelles actuelles :

- 121362 phénomène de Raynaud sévère main droite (classe 4) 3%
121362 phénomène de Raynaud sévère main gauche (classe 4) 3%
113059 atteinte sensitive nerf médian droit 5%
113059 atteinte sensitive nerf médian gauche 5%
101954 ankylose IPP index gauche 0.5%
101963 ankylose IPD index gauche 0.5%
101981 ankylose IPP majeur gauche 0.4%
101990 ankylose IPD majeur gauche 0.4%
101954 ankylose IPP index droit 0.5%
101963 ankylose IPD index droit 0.5%
101981 ankylose IPP majeur droit 0.4%
101990 ankylose IPD majeur droit 0.4%

Bilan des séquelles conforme ?

22

CONDUITE RECOMMANDÉE POUR PHÉNOMÈNE DE RAYNAUD ET SYNDROME VIBROTOIRE

Résumé: Nous recevons depuis un an des rapports d'évaluation médicale (REM) de quelques médecins pour le Phénomène de Raynaud et syndrome vibratoire qui dépassent le pourcentage prévu au Tableau 27 du barème (page 230).

En plus d'accorder ce qui est prévu au Tableau 27, ils ajoutent un pourcentage pour l'atteinte neurologique sensitive et motrice (Chap IV) et un pourcentage pour l'atteinte musculo squelettique (Chap V).

Depuis 1987, pour la CNESSST, en application du barème, il est considéré que l'atteinte neurologique et musculo squelettique est incluse dans les classes du Tableau 27 sauf pour la classe 5 où il est prévu d'accorder le pourcentage de la classe 5 ou de l'atteinte du système musculo squelettique en relevant le plus élevé des deux.

- Nous vous demandons: 1- Des renseignements à la CISM au [] le numéro de dossier et le nom du travailleur ayant un REM dont le pourcentage ne correspond pas au Tableau 27. Nous tenons un registre de ces dossiers pour la future direction. 2- Nous vous demandons de compléter le REM en application du barème en utilisant le contenu de la lettre type suivante à titre d'exemple.

ANNEXE - Exemple de correction du REM du

- 3- Au besoin, la lettre type est adaptée en fonction de votre dossier. 4- [] est disponible pour vous apporter des explications supplémentaires et vous supporter dans la correction de ces rapports d'évaluation médicale si nécessaire.

23

ANNEXE 2 LETTRE D'INFORMATION D'UNE MODIFICATION AU BILAN DES SÉQUELLES (Correction de pourcentage)
Date de l'emport
Destinataire
Nom du travailleur
N° de dossier CIST du travailleur
OBJET: Atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique
Date:
Nous avons reçu votre rapport d'évaluation médicale concernant l'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique (A/P/P) du travailleur [nom].
Nous sommes aussi avisés que le bilan des séquelles pour le phénomène de Raynaud et le syndrome vibratoire identifié chez le travailleur est:
Séquelles actuelles:
Code 121362 phénomène de Raynaud et syndrome vibratoire sévère de classe 4 à la main droite 3%
Code 121362 phénomène de Raynaud et syndrome vibratoire sévère de classe 4 à la main gauche 3%
Séquelles antérieures:
Nil
Bilan des séq:

24

RÈGLEMENT ANNOTÉ SUR LE BARÈME DES DOMMAGES CORPORELS

PEAU ET SENSIBILISATION

Direction de l'expertise médicale et des services de santé
Avril 2025

Direction des services de santé,
de la sécurité et de la qualité de travail
cnesst.gouv.fr

CNESST

1

REPRODUCTION INTERDITE

Toute reproduction ou diffusion de cette formation est interdite sans l'autorisation de la Direction de l'expertise médicale et des services de santé de la CNESST.

Elle seule peut permettre à un tiers d'en utiliser le contenu.

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

CNESST

2

OBJECTIFS

À la fin de cette formation, vous serez en mesure de mieux :

- Identifier les principaux déficits anatomo-physiologiques prévus au barème en lien avec les atteintes permanentes attribuables aux dermatoses et aux sensibilisations
- Reconnaître les situations particulières relatives aux atteintes permanentes de ces conditions

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

CNESST

3

PEAU ET SENSIBILISATION : CHAPITRE XIV

Règles particulières

A. Dermatoses incluant les sensibilisations cutanées

B. Sensibilisations autres que cutanées et pulmonaires

C. Sensibilisation pulmonaire : on se réfère au chapitre XVII sur l'asthme bronchique

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

CNESST

4

A. DERMATOSES INCLUANT LES SENSIBILISATIONS CUTANÉES

1. L'évaluation médicale dermatologique a trait à la peau et à ses annexes.
Les limitations fonctionnelles des mouvements des articulations sous-jacentes, secondaires à une atteinte cutanée, sont **incluses** dans le **pourcentage du déficit anatomophysiologique (DAP)**, lorsque ces limitations représentent 50 % et moins de la fonction articulaire normale.
Pour le cas où la limitation de la fonction excède 50 % du bilan articulaire normal, une évaluation médicale additionnelle en musculo-squelettique est effectuée, et le pourcentage de DAP qui est retenu suite à ces évaluations, est celui qui est le plus élevé des deux.

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

CNESST

5

A. DERMATOSES INCLUANT LES SENSIBILISATIONS CUTANÉES

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

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

CNESST

6

A. DERMATOSES INCLUANT LES SENSIBILISATIONS CUTANÉES

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

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

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

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

Ne s'applique pas au PE ni au pourcentage attribué pour sensibilisation

Direction de l'expertise médicale et des services de santé CNESST

7

A. DERMATOSES INCLUANT LES SENSIBILISATIONS CUTANÉES

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

Direction de l'expertise médicale et des services de santé CNESST

8

A. DERMATOSES INCLUANT LES SENSIBILISATIONS CUTANÉES

SEGMENTS CORPORELS ET POURCENTAGES MAXIMUMS DE DÉFICIT ANATOMOPHYSIOLOGIQUE (DAP) POUR CHAQUE SEGMENT

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

Direction de l'expertise médicale et des services de santé CNESST

9

A. DERMATOSES INCLUANT LES SENSIBILISATIONS CUTANÉES

5. Dans les cas de dermites de contact par sensibilisation, un pourcentage de base de DAP est attribué pour la sensibilisation, dès que le diagnostic de dermite de contact par sensibilisation est confirmé par une évaluation médicale. Ce pourcentage est le suivant :

CODE	% DAP
222002 Sensibilisation	2

Les pourcentages déterminés ultérieurement s'ajoutent à ce pourcentage.

2% même en l'absence de manifestations cliniques
2% pour chaque nouvelle sensibilisation

2 sensibilisations à des agents spécifiques différents sont considérées comme des entités distinctes sauf s'il s'agit de sensibilisation croisée

Direction de l'expertise médicale et des services de santé CNESST

10

A. DERMATOSES INCLUANT LES SENSIBILISATIONS CUTANÉES

6. **Bilatéralité**

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

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

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

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

Direction de l'expertise médicale et des services de santé CNESST

11

A. DERMATOSES INCLUANT LES SENSIBILISATIONS CUTANÉES

SEGMENTS CORPORELS ET POURCENTAGES MAXIMUMS DE DÉFICIT ANATOMOPHYSIOLOGIQUE (DAP) POUR CHAQUE SEGMENT

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

Direction de l'expertise médicale et des services de santé CNESST

12

PEAU ET SENSIBILISATION : PROCÉDURE D'ÉVALUATION DU DÉFICIT

PREMIÈRE ÉTAPE
DÉTERMINATION DES ÉLÉMENTS SERVANT
À FIXER LE POURCENTAGE DE DAP

La première étape consiste à déterminer les trois éléments suivants :

- Coefficient d'atteinte anatomophysiole
- Aire anatomique
- Pourcentage maximal de DAP prévu pour le segment atteint

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 13

13

PROCÉDURE D'ÉVALUATION DU DÉFICIT : a) COEFFICIENT D'ATTEINTE ANATOMO-PHYSIOLOGIQUE

Pour chaque segment

a) Coefficient d'atteinte anatomophysiole
Le coefficient d'atteinte anatomophysiole comprend les trois éléments suivants :

- Perte de souplesse cutanée, incluant la limitation fonctionnelle
- Epaissement (sclérose, induration)
- Déshydratation (contracture, fissure)

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

ÉCHELLE D'ÉVALUATION POUR CHAQUE ÉLÉMENT										
0,0	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	1,0
NORMAL			ATTEINTE MODÉRÉE				ATTEINTE SEVÈRE			

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

Perte de souplesse	Epaissement	Déshydratation	Coefficient d'atteinte anatomophysiole
Côté droit _____	_____	_____	_____ = 3 = _____
Côté gauche _____	_____	_____	_____ = 3 = _____

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 14

14

PROCÉDURE D'ÉVALUATION DU DÉFICIT : b) AIRE ANATOMIQUE

Pour chaque segment

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

ÉCHELLE D'ÉVALUATION DE L'AIRE ANATOMIQUE										
0,0	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	1,0
NORMAL			50 % DE L'AIRE TOTALE ATTEINTE				100 % DE L'AIRE TOTALE ATTEINTE			

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 15

15

PROCÉDURE D'ÉVALUATION DU DÉFICIT : c) POURCENTAGE MAXIMAL DE DAP PRÉVU PAR SEGMENT ATTEINT

SEGMENTS CORPORELS ET POURCENTAGES MAXIMUM DE DÉFICIT ANATOMOPHYSIOLOGIQUE (DAP) POUR CHAQUE SEGMENT

Segment	Pourcentage
Tête	0
Tronc	0,5
Tronc antérieur	0,5
Tronc postérieur	0,5
Tronc (ensemble et le cou)	1
Bras	1
Avant-bras	1
Région métacarpienne	1
Poignet	1
Doigt (un seul doigt atteint et l'autre)	1
Doigt (deux à la fois et le tronc)	1,5
Doigt (deux à la fois et le poignet)	1,5
Pied	10

Dans le schéma 9, pour les membres supérieurs et inférieurs, le pourcentage maximal de DAP est fixé pour un seul membre. Pour la tête, le cou et le tronc, il est fixé globalement pour les deux côtés. La valeur **pour un seul côté atteint**, dans le tableau ci-après.

Segments corporels	% DAP maximum pour un seul segment atteint
Tête	0,5
Tronc	0,5
Tronc antérieur	0,5
Tronc postérieur	0,5

Exemples :

- Atteinte maximale de l'avant-bras et de la main gauche

Segment	% DAP	Aire anatomique	Coefficient physiologique	
Région métacarpienne	1	1	1	1,0
Poignet	1	1	1	1,0
Avant-bras	1	1	1	1,0
Bras	1	1	1	1,0
Total	4	4	4	16,0

- Atteinte maximale de l'haltérophilie et du cou droit

Segment	% DAP	Aire anatomique	Coefficient physiologique	
Tronc	0,5	1	1	0,5
Cou	0,5	1	1	0,5
Total	1	2	2	1,0

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 16

16

PEAU ET SENSIBILISATION : PROCÉDURE D'ÉVALUATION DU DÉFICIT

DEUXIÈME ÉTAPE
FIXATION DU DAP

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

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

Faire le calcul pour chaque segment atteint

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 17

17

PEAU ET SENSIBILISATION : PROCÉDURE D'ÉVALUATION DU DÉFICIT

Le tableau ci-dessous indique le code de chaque segment identifié sur le schéma 9. Le pourcentage de DAP fixé pour un segment peut varier en fonction de la gravité de l'atteinte.

122021	Tête (par côté)	_____ %
122030	Cou (par côté)	_____ %
122049	Tronc antérieur (par côté)	_____ %
122058	Tronc postérieur (par côté)	_____ %
122067	Bras	_____ %
122076	Avant-bras	_____ %
122085	Région métacarpienne	_____ %
122094	Poignet	_____ %
122101	Doigt (par doigt)	_____ %
122110	Cuissse	_____ %
122129	Jambe	_____ %
122138	Pied	_____ %

Attribuer le code correspondant à chaque segment atteint

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 18

18


M. N. L.

Bijoutier qui présente une sensibilisation au nickel avec lésion résiduelle à la face dorsale du 3^e métacarpe de la main droite.

Le PSQAC consolide et complète le rapport d'évaluation médicale après un an d'évolution de la dermatose.

Il conclut à une perte de souplesse à 0.6, à un épaissement 0.8 et à une déshydratation à 0.7 sur 10% de la surface du 3^e métacarpe.

Pourriez-vous évaluer l'atteinte permanente à retenir ?

Direction de l'inspection médicale et des services de santé 19 

19


M. N. L.

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

Perte de souplesse Épaississement Déshydratation Coefficient d'atteinte anatomophysiological

Côté droit 0.6 + 0.8 + 0.7 = 2.1 + 3 = 0.7

Côté gauche _____ + _____ + _____ = _____ + 3 = _____

Direction de l'inspection médicale et des services de santé 20 


20

M. N. L.

FIXATION DU DAP

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

	Coefficient d'atteinte physiologique	Aire anatomique	Pourcentage de DAP maximal pour un segment	% DAP
Côté droit	0.7	x _____	x _____	= _____
Côté gauche	_____	x _____	x _____	= _____


Direction de l'inspection médicale et des services de santé 21 

21

M. N. L.

ÉCHELLE D'ÉVALUATION DE L'AIRE ANATOMIQUE

0,0	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	1,0
NORMAL					50 % DE L'AIRE TOTALE ATTEINTE			100 % DE L'AIRE TOTALE ATTEINTE		

Direction de l'inspection médicale et des services de santé 22 


22

M. N. L.

FIXATION DU DAP

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

	Coefficient d'atteinte physiologique	Aire anatomique	Pourcentage de DAP maximal pour un segment	% DAP
Côté droit	0.7	x 0.1	x _____	= _____
Côté gauche	_____	x _____	x _____	= _____


Direction de l'inspection médicale et des services de santé 23 

23


M. N. L.

ANNEXE 5

SEGMENTS CORPORELS ET POURCENTAGES MAXIMUM DE DEFICIT ANATOMOPHYSIOLOGIQUE (DAP) POUR CHAQUE SEGMENT



Tête	2
Col	2
Torse (Côté antérieur)	0,8
Torse (Côté postérieur)	0,8
Bras (incluant l'épaule et le coude)	1
Avant-bras (incluant le poignet)	4
Manche (incluant le coude et le poignet)	3
Doigt (incluant le carpe scaphoïde et le poignet)	2
Coude (incluant la hanche et la hanche)	1
Jambe (incluant le genou)	1,8
Pied (incluant la surface dorsale et plantaire de la cheville)	1,8

Direction de l'inspection médicale et des services de santé 24 

24

M. N. L.

FIXATION DU DAP

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

	Coefficient d'atteinte physiologique	Aire anatomique	Pourcentage de DAP maximal pour un segment	% DAP			
Côté droit	0.7	x	0.1	x	5	=	0.35
Côté gauche		x		x		=	

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

25

M. N. L.

Le tableau ci-dessous indique le code de chaque segment identifié sur le schéma 9. Le pourcentage de DAP fixé pour un segment peut varier en fonction de la gravité de l'atteinte.

122021	Tête (par côté)	_____ %
122030	Cou (par côté)	_____ %
122049	Tronc antérieur (par côté)	_____ %
122058	Tronc postérieur (par côté)	_____ %
122067	Bras	_____ %
122076	Avant-bras	_____ %
122085	Région métacarpienne	_____ %
122094	Poigne	_____ %
122101	Doigt (par doigt)	_____ %
122110	Cuissure	_____ %
122129	Jambe	_____ %
122138	Pied	_____ %

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

26

M. N. L.

Quel est le bilan des séquelles à retenir ?

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

27

M. N. L.

Séquelles actuelles :
 222002 sensibilisation au nickel 2%
 122085 atteinte région métacarpienne droite 0.35%

Séquelles antérieures :
 Nil

Bilatéralité :
 Nil

Quel est le pourcentage de DAP actuellement payable ?

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

28

M. N. L.

222002 sensibilisation au nickel 2%
 payable maintenant à 100%

122085 atteinte région métacarpienne droite 0.35%
 payable maintenant à 50% soit DAP de 0.18%

Donc, 2.18% versé maintenant avec réévaluation 2 ans suivant la date de la première évaluation

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

29

MME L. C.

Ébéniste qui présente une sensibilisation à la résine époxy.

Lors de l'évaluation des séquelles après un an d'évolution, elle présente une atteinte cutanée persistante à la face antérieure des paumes et des avant-bras.

Le PSQAC conclut à une perte de souplesse à 0.3, à un épaissement 0.4 et à une déshydratation à 0.5 sur 50% de la surface des segments atteints.

Pourriez-vous évaluer l'atteinte permanente à retenir ?

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST


30

MME L. C.

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

	Perte de souplesse	+ Épaississement	+ Déshydratation	=	Coefficient d'atteinte anatomophysique
Côté droit	0.3	+ 0.4	+ 0.5	=	$\frac{1.2}{3} = 0.4$
Côté gauche	0.3	+ 0.4	+ 0.5	=	$\frac{1.2}{3} = 0.4$

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 21



31


MME L. C.

FIXATION DU DAP

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

	Coefficient d'atteinte physiologique	x	Aire anatomique	x	Pourcentage de DAP maximal pour un segment	=	% DAP
Côté droit	0.4	x	_____	x	_____	=	_____
Côté gauche	0.4	x	_____	x	_____	=	_____

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 22




32

MME L. C.

ECHELLE D'ÉVALUATION DE L'AIRE ANATOMIQUE

0,0	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	1,0
NORMAL			50 % DE L'AIRE TOTALE ATTEINTE				100 % DE L'AIRE TOTALE ATTEINTE			

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 23



33

MME L. C.


Avant-bras

FIXATION DU DAP

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

	Coefficient d'atteinte physiologique	x	Aire anatomique	x	Pourcentage de DAP maximal pour un segment	=	% DAP
Côté droit	0.4	x	0.5	x	_____	=	_____
Côté gauche	0.4	x	0.5	x	_____	=	_____

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 24



34

MME L. C.


Région métacarpienne

FIXATION DU DAP

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

	Coefficient d'atteinte physiologique	x	Aire anatomique	x	Pourcentage de DAP maximal pour un segment	=	% DAP
Côté droit	0.4	x	0.5	x	_____	=	_____
Côté gauche	0.4	x	0.5	x	_____	=	_____


Direction de l'expertise médicale et des services de santé 25



35


MME L. C.

SEGMENTS CORPORELS ET POURCENTAGES MAXIMUM DE DEFICIT ANATOMOPHYSIOLOGIQUES (DAP) POUR CHAQUE SEGMENT



Tête	3
Col	2
Torse (sans membre)	0,8
Tronc (sans membre)	0,8
Bras (incluant l'épaule et le coude)	1
Avant-bras (incluant le poignet)	1
Région métacarpienne (incluant les deux doigts)	1
Poignet	2
Le doigt (incluant le bout annulaire et l'index)	2
Doigt (incluant la base et la phalange)	1
Jambe (incluant le genou)	1,5
Pied (incluant la surface dorsale et plantaire de tout le pied)	10

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 26



36

MME L. C.

Avant-bras

FIXATION DU DAP

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

	Coefficient d'atteinte physiologique	Aire anatomique	Pourcentage de DAP maximal pour un segment	% DAP
Côté droit	0.4	0.5	4	0.8
Côté gauche	0.4	0.5	4	0.8

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

37

MME L. C.

Région métacarpienne

FIXATION DU DAP

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

	Coefficient d'atteinte physiologique	Aire anatomique	Pourcentage de DAP maximal pour un segment	% DAP
Côté droit	0.4	0.5	5	1
Côté gauche	0.4	0.5	5	1

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

38

MME L. C.

Le tableau ci-dessous indique le code de chaque segment identifié sur le schéma 9. Le pourcentage de DAP fixé pour un segment peut varier en fonction de la gravité de l'atteinte.

122021	Tête (par côté)	_____ %
122030	Cou (par côté)	_____ %
122049	Tronc antérieur (par côté)	_____ %
122058	Tronc postérieur (par côté)	_____ %
122067	Bras	_____ %
122076	Avant-bras	_____ %
122085	Région métacarpienne	_____ %
122094	Poignet	_____ %
122101	Doigt (par doigt)	_____ %
122110	Cuisse	_____ %
122129	Jambe	_____ %
122138	Pied	_____ %

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

39

MME L. C.

Séquelles actuelles :

222002	sensibilisation à la résine époxy	2%
122076	atteinte région avant-bras droit	0.8%
122076	atteinte région avant-bras gauche	0.8%
122085	atteinte région métacarpienne droite	1%
122085	atteinte région métacarpienne gauche	1%

Séquelles antérieures :

Nil

Bilatéralité :

Nil

Quel est le pourcentage de DAP actuellement payable ?

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

40

MME L. C.

222002	sensibilisation au nickel	2%
--------	---------------------------	----

payable maintenant à 100%

122076	atteinte région avant-bras droit	0.8%
122076	atteinte région avant-bras gauche	0.8%
122085	atteinte région métacarpienne droite	1%
122085	atteinte région métacarpienne gauche	1%

payable maintenant à 50% soit DAP de 1.8% et bilatéralité de 0.9%

Donc, 3.8% DAP et 0.9% bilatéralité versé maintenant avec réévaluation 2 ans suivant la date de la première évaluation

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

41

ÉVALUATION D'UNE DERMATOSE : POINTS IMPORTANTS À RETENIR

- 1^{ère} évaluation dans les 6 premiers mois d'évolution lorsque stabilité clinique :
 - 50% du DAP pour les séquelles cutanées
- 2^{ème} évaluation au terme de deux années suivant la première évaluation :
 - 100% du DAP - DAP déjà accordé ou si moindre, maintien du DAP initialement attribué
- Ankylose secondaire à l'atteinte cutanée :
 - Si fonction articulaire limitée < ou égale à 50% : ankylose incluse
 - Si fonction articulaire limitée > 50% : retenons le plus élevé entre l'atteinte cutanée et l'ankylose
- Bilatéralité s'applique : tête, cou, tronc, membres
- Ne pas oublier le pourcentage pour sensibilisation

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

42

B. SENSIBILISATIONS AUTRES QUE CUTANÉES ET PULMONAIRES

1. Bien que ne relevant pas de ce chapitre, certains phénomènes de sensibilisations y ont été inclus pour fin de commodité.
2. Dans les cas de sensibilisation qui se manifestent par une réponse immunologique autre que cutanée ou pulmonaire, un pourcentage de base de DAP est attribué dès que le diagnostic, suite à une évaluation médicale, confirme l'état de sensibilisation du travailleur.
Ce pourcentage est le suivant :

CODF	Sensibilisation	% DAP
222011	Sensibilisation	3

Les pourcentages déterminés ultérieurement s'ajoutent à ce pourcentage.

3. Pour évaluer les autres séquelles permanentes résultant d'une telle sensibilisation, on se réfère au chapitre couvrant le système, l'appareil ou l'organe qui est atteint.
4. Bilatéralité
Le principe de la bilatéralité s'applique tel que prévu au chapitre utilisé pour évaluer les séquelles.

Direction de l'inspection médicale
et des services de santé

43

CNESST

43

M. A. N.

Une rhinite allergique au cèdre rouge a été reconnue chez cet ébéniste.

Lors de l'évaluation des séquelles, le T n'éprouve plus de symptômes. L'examen clinique est normal.

Le PSQAC vous appelle afin de vérifier si une atteinte permanente s'applique à cette condition ?

Quel est le bilan des séquelles suggéré ?

Direction de l'inspection médicale
et des services de santé

44

CNESST

44

M. A. N.

Séquelles actuelles :
222011 sensibilisation au cèdre rouge 3%

Séquelles antérieures :
Nil

Bilatéralité :
Nil

Direction de l'inspection médicale
et des services de santé

45

CNESST

45

C. SENSIBILISATION PULMONAIRE

C. Sensibilisation pulmonaire

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

Direction de l'inspection médicale
et des services de santé

46

CNESST

46

L'EXPERTISE MÉDICALE À LA CNESST

Direction de l'expertise médicale et des services de santé
Février 2026

Direction des services de santé,
du travail et de la sécurité du travail
cnesst.gouv.qc.ca




1

REPRODUCTION INTERDITE

Toute reproduction ou diffusion de cette formation est interdite sans l'autorisation de la Direction de l'expertise médicale et des services de santé de la CNESST.

Elle seule peut permettre à un tiers d'en utiliser le contenu.

Direction de l'expertise médicale et des services de santé



2

DÉCLARATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS POTENTIELS

Affiliations : Médecins-conseils de la CNESST
Direction de l'expertise médicale et des services de santé

Société commerciale / non commerciale : Aucune

Support financier : Aucun

Direction de l'expertise médicale et des services de santé




3

POUR NOUS JOINDRE

- Vous adresser au **centre de convocation** à convocation@cnesst.gouv.qc.ca pour les sujets suivants:
 - Transmission de vos disponibilités ou modification de celles-ci
 - Modification de vos coordonnées
 - Questions au sujet des copies de dossier, d'un document manquant
 - Absence d'un travailleur à son rendez-vous ou impossibilité de réaliser l'expertise à cause d'un retard
- Vous adresser au **soutien** à soutienprofessionnel@designe@cnesst.gouv.qc.ca pour les sujets suivants:
 - Questions sur la facturation
 - Questions sur codes de complexité
 - Demande de communication avec un médecin-conseil de la CNESST
 - Toutes autres questions

Direction de l'expertise médicale et des services de santé



4

TRANSMISSION DES RAPPORTS D'EXPERTISE

Privilégier l'envoi de vos rapports en utilisant la plateforme de transmission de documents sur le site WEB de la CNESST(lien cliquable ci-dessous), simple, rapide et sécuritaire :

[Transmission électronique \(Rapport et avis\) et envoi de documents \(CMF SA\) \(général\)](#)

Renseignements sur l'expéditeur

Ces renseignements seront utilisés pour communiquer avec vous en cas de problème de transmission du document.

• Prénom

• Nom

• Téléphone Poste

10 chiffres



5

TRANSMISSION DES RAPPORTS D'EXPERTISE

Documents

1 Veuillez vous assurer que le document que vous envoyez comporte suffisamment d'informations pour permettre de déterminer facilement à quel dossier il doit être associé.

• Documents à transmettre
• Nommez les pièces et autres informations utiles

• Coordonnées pour prendre un document en pièce jointe

Faites glisser un fichier ou utilisez le bouton Joindre.

Joindre

Transmettre

Direction de l'expertise médicale et des services de santé



6

TRANSMISSION DES RAPPORTS D'EXPERTISE

- Par télécopieur au 1-855-722-8081
- Par la poste:

Direction régionale de la CNESST Réparation – SST CNESST CP2026 Succ Terminus Québec (Qc) G1K 0H9

Direction des expertises médicales
et des services de santé



7

MÉDECINS-CONSEILS RESPONSABLES DE L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES EXPERTISES

[redacted] médecin-conseil, psychiatre
 1600, ave D'Estimauville
 Québec (Québec) G1J 0H7
 418-266-4670 [redacted]

[redacted] médecin-conseil, orthopédiste
 1600, ave D'Estimauville
 Québec (Québec) G1J 0H7
 418-266-4670 [redacted]

Direction des expertises médicales
et des services de santé



8

OBJECTIFS

À la fin de cette présentation, vous serez en mesure de mieux :

- Décrire les particularités de la Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles (LATMP) en lien avec le processus d'évaluation médicale
- Définir l'utilité des différents formulaires médicaux dans le cadre de ce processus
- Expliquer le rôle du professionnel désigné
- Identifier les connaissances médico-légales relatives au processus d'évaluation médicale
- Reconnaître les différentes sections d'un rapport d'expertise

Direction des expertises médicales
et des services de santé



9

NOTIONS MÉDICO-ADMINISTRATIVES

Direction des expertises médicales
et des services de santé



10

QU'EST-CE QUE LA CNESST ?

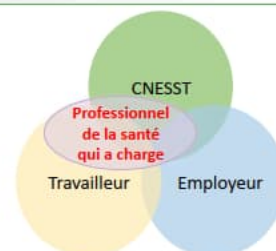
- Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail; compagnie d'assurance publique
- Née en janvier 2016 de la fusion de la CSST avec les Normes du Travail et l'Équité salariale
- Porte d'entrée unique en matière de travail** : accès à l'ensemble des services en matière de travail pour tous les travailleurs de même que pour les employeurs
- Volet santé et sécurité** : vise la prise en charge de la santé et de la sécurité par les milieux de travail, indemnise les victimes de lésions professionnelles et veille à leur réadaptation

Direction des expertises médicales
et des services de santé



11

LA CNESST A DEUX CLIENTS



Direction des expertises médicales
et des services de santé



12

QUI EST LE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ QUI A CHARGE (PSQAC) ?



- C'est le professionnel de la santé choisi par le travailleur
- Il est responsable de poser un diagnostic à la suite de la lésion professionnelle, d'administrer ou prescrire les soins ou les traitements, de statuer sur la date ou la période prévisible de consolidation, sur l'atteinte permanente et les limitations fonctionnelles
- Ce professionnel peut être **médecin, dentiste ou optométriste** ou tout autre professionnel au sens du code des professions et déterminé par Règlement de la CNESST, comme une **infirmière praticienne spécialisée**

Direction de l'inspection médicale
et des services de santé

13

CNESST

13

ÊTES-VOUS LE PSQAC ?

En tant que professionnel désigné, pouvez-vous être considéré comme un professionnel de la santé qui a charge lorsque vous rencontrez un travailleur ?

Non

Direction de l'inspection médicale
et des services de santé

14

CNESST

14

LOI SUR LES ACCIDENTS DE TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES (LATMP)

Entrée en vigueur : le 19 août 1985

Objectif

La réparation des lésions professionnelles et des conséquences qu'elles entraînent pour les bénéficiaires...

Article 1, LATMP

Direction de l'inspection médicale
et des services de santé

15

CNESST

15

PARTICULARITÉS DE LA LATMP

- C'est la seule loi qui lie légalement un organisme public à l'opinion émise par un professionnel de la santé
- Le travailleur ne peut pas contester l'opinion de son PSQAC sur les points de l'article 212

Direction de l'inspection médicale
et des services de santé

16

CNESST

16

LIEN QUI RELÈVE DU PSQAC

La CNESST est liée au professionnel de la santé qui a charge sur les 5 points de l'article 212 :

- 1) Le diagnostic
- 2) La date ou la période prévisible de consolidation
- 3) La nature, la nécessité, la suffisance ou la durée des soins ou des traitements administrés prescrits
- 4) L'existence ou le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique
- 5) L'existence ou l'évaluation des limitations fonctionnelles

Direction de l'inspection médicale
et des services de santé

17

CNESST

17

LIEN DE CAUSALITÉ QUI RELÈVE DE LA CNESST

Étude de la relation entre un diagnostic et un événement :

La lésion diagnostiquée par le professionnel de la santé qui a charge est-elle en relation avec l'évènement rapporté ?

Lien de causalité ➡ Responsabilité de la CNESST

- Médecin-conseil de la CNESST formule son opinion **au besoin**
- L'agent rend la décision, lettre de décision transmise au travailleur et à l'employeur

Direction de l'inspection médicale
et des services de santé

18

CNESST

18

LES FORMULAIRES MÉDICAUX


Savoir reconnaître les différents formulaires de la CNESST

et

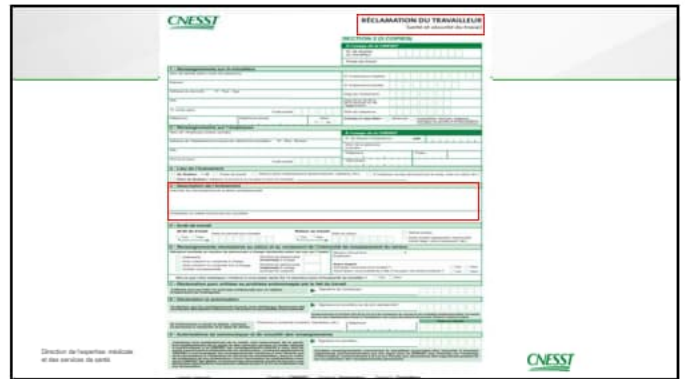
distinguer leur utilité

dans le cadre du processus d'évaluation médicale


Direction des inspections médicales et des services de santé



19



Direction des inspections médicales et des services de santé



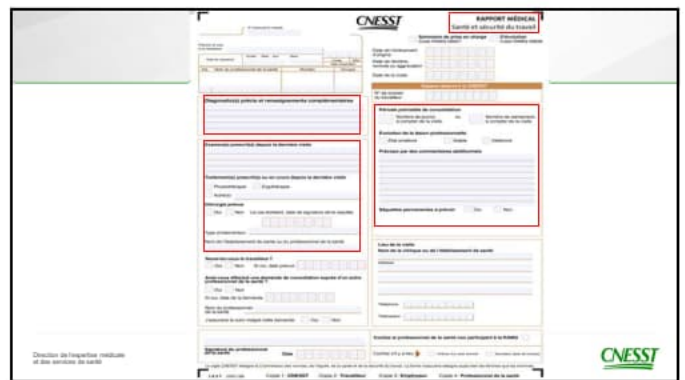
20




Direction des inspections médicales et des services de santé



21



Direction des inspections médicales et des services de santé



22



Direction des inspections médicales et des services de santé



23


CONSOLIDATION

La guérison ou la stabilisation d'une lésion professionnelle à la suite de laquelle aucune amélioration de l'état de santé du travailleur victime de cette lésion n'est prévisible

Article 2 de la LATMP

**Consolidation: ≠ Retour au travail
≠ Arrêt des prestations
≠ Absence de douleur**

Direction des inspections médicales et des services de santé



24

CONSOLIDATION

- Tous les diagnostics acceptés par la CNESST doivent être éventuellement consolidés
- Lorsque vous considérez qu'une lésion est consolidée lors d'une expertise, la date de consolidation **ne doit pas être postérieure** à celle de votre évaluation

Si présence de séquelles pour l'un ou l'autre des diagnostics reconnus et inscrits sur le rapport final, quel rapport est habituellement rédigé pour l'évaluation des séquelles par le PSQAC ?

Direction des inspections médicales
et des services de santé

25



25

26



27



RAPPORT D'ÉVALUATION MÉDICALE

- Évaluation de l'atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique selon le Barème des dommages corporels de la CNESST :
 - ➔ Permet de déterminer l'indemnité pour dommages corporels
- Évaluation des limitations fonctionnelles permanentes :
 - ➔ Permet à la CNESST de déterminer la capacité résiduelle du travailleur à exercer un emploi et de vérifier s'il y a des besoins en termes de réadaptation professionnelle et sociale

28



PROCÉDURE D'ÉVALUATION MÉDICALE

Direction des inspections médicales
et des services de santé

29



29

PROCÉDURE D'ÉVALUATION MÉDICALE

- La CNESST est liée par l'opinion du professionnel de la santé qui a charge sur les 5 points de l'article 212, toutefois...
 - l'employeur (article 209, à chaque fois que le PSQAC fournit un rapport) ou
 - la CNESST (article 204)
- ont le droit de désigner un professionnel pour obtenir une autre opinion sur l'un ou l'ensemble des 5 points définis à l'article 212
- L'employeur transmet à la CNESST le rapport du professionnel qu'il a désigné dans les 30 jours de la date de réception de l'attestation ou du rapport qu'il désire contester
- Le travailleur doit se soumettre à l'examen médical requis par l'employeur ou la CNESST

Direction des inspections médicales
et des services de santé

30



30

DEMANDE D'ÉVALUATION MÉDICALE PAR LA CNESST (EXPERTISE 204)

Quelques indications fréquentes :

- Pour un dossier qui est dans une impasse :
 - Changements multiples de diagnostic(s)
 - Ajout de diagnostic(s) à celui ou ceux déjà accepté(s)
 - État stabilisé sans consolidation, examens cliniques et paracliniques peu contributifs
 - Absence de réponse ou réponse non appuyée aux questions du médecin-conseil (IMC, bilan, etc.)
 - Évolution et durée hors de proportion avec l'événement accidentel d'origine et/ou le diagnostic
- En support au professionnel qui a charge (à sa demande)

Direction de l'expertise médicale et des services de santé CNESST

31

Direction de l'expertise médicale et des services de santé CNESST

32

2. Informations sur la demande d'expertise			
Loi LATMP - Art. 204	Type Accident	Code d'évaluation 9978	Codes de complexité
Professionnel de la santé désigné		Spécialité	
Raison de la demande (en rapport avec la lésion professionnelle seulement)			
<input type="checkbox"/> 1- Diagnostic <input type="checkbox"/> 2- Date de consolidation <input type="checkbox"/> 3- Nature, nécessité, suffisance, durée des soins ou traitements administrés ou prescrits <input type="checkbox"/> Autre raison de la demande		<input type="checkbox"/> 4a- Existence d'altération permanente à l'intégrité physique ou psychique selon le barème des dommages corporels <input type="checkbox"/> 5a- Existence de limitations fonctionnelles résultant de la lésion professionnelle <input type="checkbox"/> 1b- Évaluation des limitations fonctionnelles résultant de la lésion professionnelle	
Diagnoses acceptées par la CNESST :			
<input type="checkbox"/> Si la case est cochée, veuillez consulter les commentaires au professionnel de la santé désigné au verso de cette page			
Nom du médecin demandeur		N° de permis	Téléphone

Direction de l'expertise médicale et des services de santé CNESST

33

Direction de l'expertise médicale et des services de santé CNESST

34

PROCÉDURE D'ÉVALUATION MÉDICALE

- Le PSQAC reçoit une lettre accompagnée de l'expertise du professionnel de la santé désigné de l'employeur ou de la CNESST
- Un rapport complémentaire est joint avec cette lettre

Direction de l'expertise médicale et des services de santé CNESST

35

Direction de l'expertise médicale et des services de santé CNESST

36

RAPPORT COMPLÉMENTAIRE

À la suite de l'expertise réalisée, le rapport complémentaire sert à :

- **Étayer** les conclusions du professionnel de la santé qui a charge (PSQAC), les soutenir et les **appuyer**
- Le PSQAC peut répondre à cette demande **dans les 30 jours** et il **doit informer le travailleur** du contenu de ce rapport
- Si le **PSQAC ne répond pas au rapport complémentaire**, ceci est interprété comme un **désaccord**

Direction des inspections médicales et des services de santé CNESST

37

ET S'IL Y A DÉSACCORD ENTRE L'OPINION DU PSQAC ET LES CONCLUSIONS DU PROFESSIONNEL DÉSIGNÉ ?

Si désaccord sur l'un des 5 points de l'article 212 :

- Diagnostic
- Consolidation (date ou période prévisible)
- Traitement (nature, nécessité, suffisance ou durée)
- Atteinte permanente (existence ou pourcentage)
- Limitations fonctionnelles (existence ou évaluation)

Une procédure d'évaluation médicale a été prévue à la loi

Direction des inspections médicales et des services de santé CNESST

38

BUREAU D'ÉVALUATION MÉDICALE (BEM)

Si **désaccord** entre le professionnel de la santé qui a charge et le professionnel désigné (de l'employeur ou de la CNESST)

Bureau d'évaluation médicale (BEM)
 Professionnel de la santé membre du BEM prend en compte l'ensemble du dossier, examine le travailleur et rend un avis motivé

La CNESST est liée par cet avis et rend une décision

Direction des inspections médicales et des services de santé CNESST

39

Direction des inspections médicales et des services de santé CNESST

40

Rapport de l'article 212 (21/2016)

Rapport de l'inspecteur		Rapport du professionnel de la santé désigné	
(Il s'agit d'un document d'avis de la CNESST. Il ne peut être rempli sans avis.)		(Il s'agit d'un document d'avis de la CNESST. Il ne peut être rempli sans avis.)	
Date de signature du rapport		Date de signature du rapport / Date de réception du rapport	
<input type="checkbox"/> Diagnostic	<input type="checkbox"/> Diagnostic	<input type="checkbox"/> Diagnostic	<input type="checkbox"/> Diagnostic
<input type="checkbox"/> Consolidation	<input type="checkbox"/> Consolidation	<input type="checkbox"/> Consolidation	<input type="checkbox"/> Consolidation
<input type="checkbox"/> Traitement	<input type="checkbox"/> Traitement	<input type="checkbox"/> Traitement	<input type="checkbox"/> Traitement
<input type="checkbox"/> Atteinte permanente	<input type="checkbox"/> Atteinte permanente	<input type="checkbox"/> Atteinte permanente	<input type="checkbox"/> Atteinte permanente
<input type="checkbox"/> Limitations fonctionnelles	<input type="checkbox"/> Limitations fonctionnelles	<input type="checkbox"/> Limitations fonctionnelles	<input type="checkbox"/> Limitations fonctionnelles
Date de signature de l'inspecteur		Date de signature de l'inspecteur	
Date de signature de l'inspecteur		Date de signature de l'inspecteur	

Cahier Directif CNESST CNESST

41

DEUX NIVEAUX DE LIAISON À LA SUITE DE L'AVIS DU BEM

- La CNESST est **liée par l'avis du BEM** émis concernant **l'un ou l'autre des 5 points de l'article 212 (1^{er} lien)**
- **toutefois ...**
- le **lien de causalité** entre un diagnostic et un événement **relève toujours de la CNESST (2^{ème} lien)**

Direction des inspections médicales et des services de santé CNESST

42

CADRE D'APPLICATION DE L'ARTICLE 224.1 DE LA LATMP

- Lorsque le membre du BEM rend son avis dans le délai prescrit à l'article 222 (30 jours), la CNESST est liée par cet avis et rend une décision en conséquence
- Peu importe que ce soit la CNESST ou l'employeur qui ait initié la demande, la CNESST est **toujours liée à l'avis du membre du BEM si le délai est respecté** (article 224.1, 1^{er} alinéa)
- La CNESST devient liée au rapport du professionnel de la santé qu'elle a désigné lorsque le membre du BEM ne rend pas son avis dans le délai prescrit (article 224.1, 2^e alinéa)
- **Pouvoir discrétionnaire**

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

43

43

2. Informations sur la demande d'expertise			
Loi	Type	Code d'évaluation	Codes de complexité
LATMP - Art. 224.1	Accident	9976	
Professionnel de la santé désigné		Spécialité	
Raison de la demande (en rapport avec la lésion professionnelle seulement)			
<input type="checkbox"/> 1- Diagnostic <input type="checkbox"/> 2- Date de consolidation <input type="checkbox"/> 3- Nature, nécessité, suffisance, durée des soins ou traitements administrés ou prescrits		<input type="checkbox"/> 4a- Existence d'altération permanente à l'intégrité physique ou psychique <input type="checkbox"/> 4b- Pourcentage d'altération permanente à l'intégrité physique ou psychique selon le barème des dommages corporels <input type="checkbox"/> 5a- Existence de limitations fonctionnelles résultant de la lésion professionnelle <input type="checkbox"/> 5b- Évaluation des limitations fonctionnelles résultant de la lésion professionnelle	
Autre raison de la demande			
Diagnoses acceptées par la CNESST :			
<input type="checkbox"/> Si la case est cochée, veuillez consulter les commentaires au professionnel de la santé désigné au verso de cette page			
Nom du médecin demandeur		N° de permis	Téléphone

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

44

44

CONTESTATION DES DÉCISIONS DE LA CNESST

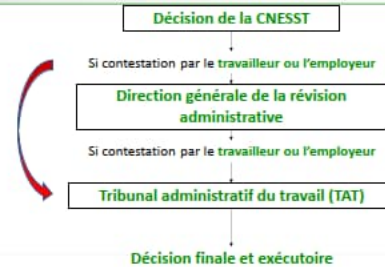
- Toutes les décisions de la CNESST peuvent être contestées **soit par le travailleur, soit par l'employeur**
- À noter qu'un **délai de contestation s'applique** et celui-ci est noté sur la lettre de décision transmise aux parties

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

45

45

CONTESTATION DES DÉCISIONS DE LA CNESST



Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

46

46

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA RÉVISION ADMINISTRATIVE

- **Agent distinct** de l'intervenant qui a rendu la décision initiale
- Révision **sur dossier**
- Peut porter sur toutes les décisions de la CNESST, sauf exceptions

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

47

47

TRIBUNAL ADMINISTRATIF DU TRAVAIL

- Le Tribunal est composé de membres nommés par le gouvernement, après consultation du Comité consultatif du travail et de la main-d'œuvre
- **L'audition demeure la règle**

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

48

48

L'EXPERTISE MÉDICALE

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

49



49

EXPERTISE MÉDICALE : ACTE MÉDICAL AVEC DES RÉPERCUSSIONS LÉGALES

Connaissance :

- du cadre légal de la « **Procédure d'évaluation médicale** » de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP)
- du **Règlement annoté sur le barème des dommages corporels**

Reconnaissance :

- de la portée de l'opinion émise dans le rapport d'expertise

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

50



50

VOTRE APPEL AVIS EST IMPORTANT POUR NOUS ...

- Permet d'**éclairer** les parties
- Émis dans le **respect de votre champ d'expertise**
- Donnée **en fonction du mandat** formulé

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

51




51

VOUS ÊTES SUSCEPTIBLES D'ÊTRE LUS

- Intervenants de la CNESST (agents, etc.)
- Médecin-conseil de la CNESST
- Travailleur
- Professionnel de la santé qui a charge (PSQAC) du travailleur
- Agent syndical
- Médecin en mandat contradictoire (médecin de l'employeur)
- Expert du Bureau d'évaluation médicale (BEM)
- Conseillers juridiques :
 - Syndicat
 - Employeur
 - Contentieux de la CNESST
- Juges des différents tribunaux
- Assesseurs-médicaux des tribunaux
- Syndic du CMQ
- Equipe de l'assurance qualité des expertises de la CNESST


Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

52



52

GUIDE D'EXERCICE : LA MÉDECINE D'EXPERTISE, 06/2021 (CMQ avec la collaboration du Barreau du Québec)




- La CNESST considère le Guide du Collège des médecins du Québec pour tous les professionnels désignés et non pas uniquement les médecins
- Les citations tirées du Guide feront mention de « **médecins** » mais s'appliquent pour tous

https://www.cmq.org/finv/documents/Guides/guide-exercice-medicine-expertise-2021-maj.pdf

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

53



53

GUIDE D'EXERCICE : LA MÉDECINE D'EXPERTISE (CMQ 2021)


Devoir d'indépendance

« ... le médecin expert s'engage à réaliser son mandat avec **intégrité, compétence** et libre de toute influence pouvant affecter son **indépendance**. »

Page 70

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

54




54

GUIDE D'EXERCICE : LA MÉDECINE D'EXPERTISE (CMQ 2021)

Acte médical

- « ... le fait de pratiquer une évaluation médicale indépendante ou une expertise constitue un **acte médical** ... »

Page 7

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 


55

GUIDE D'EXERCICE : LA MÉDECINE D'EXPERTISE (CMQ 2021)

Le médecin expert qui devient médecin traitant

- « ... le médecin expert **ne peut devenir le médecin traitant** d'un expertisé qu'à la demande et avec l'autorisation du patient, et après avoir mis fin à son mandat avec le tiers. »

Page 14

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 


56

GUIDE D'EXERCICE : LA MÉDECINE D'EXPERTISE (CMQ 2021)

Des limites à la recherche de renseignements

- « Le médecin doit s'abstenir d'obtenir de l'expertisé des informations non pertinentes pour l'objet de l'évaluation. Dans l'éventualité où il obtient de telles confidences, **il doit se garder de les communiquer à un tiers et au mandant**, et de les documenter dans son rapport ».
- « ... le médecin expert doit généralement **s'en tenir au contenu du dossier détenu** par le mandant. »
- « ... à moins de dispositions contraires dans une loi, le médecin expert **ne peut prendre l'initiative d'obtenir ou d'accéder lui-même à des renseignements ou à des documents confidentiels** (ex.: consulter le dossier hospitalier de l'expertisé, consulter différentes sources de renseignements) **sans l'autorisation de l'expertisé, ... »**

Page 15

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 

57

DOSSIER SANTÉ QUÉBEC (DSQ)

CADRE D'UTILISATION DES RENSEIGNEMENTS DE SANTÉ
N.B. Les citations suivantes tirées du cadre d'utilisation s'adressent aux patients


« Les renseignements obtenus du DSQ et intégrés au dossier local **ne peuvent pas être communiqués à d'autres personnes sans votre consentement écrit**. Cependant, ils pourraient être communiqués, sans votre consentement, en vue de prévenir un acte de violence ou un risque sérieux de mort ou de blessure grave inspirant une situation d'urgence... »

Exclusions

« **Même si vous avez donné votre consentement, les renseignements de santé vous concernant ne peuvent être transmis, ni en totalité ni en partie, à :**

une personne ou une société qui exerce une fonction dans le domaine du contrôle ou de l'expertise, par exemple, un médecin de la Société de l'assurance automobile du Québec ou de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail;

... » <https://www.quebec.ca/sante/vos-informations-de-sante/dossier-sante-quebec/cadre-d-utilisation-des-renseignements-de-sante>

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 


58

GUIDE D'EXERCICE : LA MÉDECINE D'EXPERTISE (CMQ 2021)

Des limites à l'investigation

- « ... les demandes d'examen paracliniques devraient être **circonscrites à des examens non invasifs couramment effectués et intégrés à la visite** (ex. : examen des champs visuels, électrocardiogramme, test auditif, etc.). Par ce fait même, les résultats pourront être communiqués à la personne, lors de l'entrevue, dans le respect de son droit à l'information. »

Page 16

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 


59

GUIDE D'EXERCICE : LA MÉDECINE D'EXPERTISE (CMQ 2021)

L'importance d'une pratique active

- « ... doit maintenir une **activité clinique significative** dans sa spécialité ou dans la réalisation d'évaluations médicales indépendantes en lien avec sa spécialité. »

Page 20

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 

60

GUIDE D'EXERCICE : LA MÉDECINE D'EXPERTISE (CMQ 2021)

Le consentement

- « Pour que le consentement puisse être valide, il doit satisfaire à certaines conditions :
 - le consentement **doit être libre**;
 - la personne doit posséder **l'aptitude à consentir**; et
 - elle doit avoir été **informée correctement**. »
- « Dans le contexte d'une expertise qui requiert une entrevue ou un examen médical auprès d'une personne, le consentement à l'entrevue ou à l'examen doit être donné par cette personne à moins de dispositions particulières prévues légalement ou qu'un juge ne l'ordonne. »
- « **Le Collège estime souhaitable que la personne visée par l'expertise signe un document attestant qu'elle a bien compris l'objet et les limites du mandat de l'expert.** »

Pages 27 et 29
 Direction de l'expertise médicale et des services de santé
 CNESTT

61

GUIDE D'EXERCICE : LA MÉDECINE D'EXPERTISE (CMQ 2021)

Les commentaires en cours d'entrevue

- « Le médecin doit **s'abstenir de faire des interprétations ou des commentaires non pertinents** quant à l'objet de l'évaluation ou de l'expertise. »

La collecte d'informations

- « ... doit en respecter le caractère confidentiel et **faire preuve de discrétion au sujet de tout renseignement non pertinent** pour l'objet de son évaluation. »

Page 31
 Direction de l'expertise médicale et des services de santé
 CNESTT

62

GUIDE D'EXERCICE : LA MÉDECINE D'EXPERTISE (CMQ 2021)

La communication des renseignements au mandant

- « Le **médecin expert doit restreindre sa communication avec le mandant** aux seuls commentaires, informations ou interprétations nécessaires pour répondre aux questions soulevées par l'expertise demandée. »
- « Le terme « **nécessaire** », selon le droit veut dire « **absolument indispensable** », « ce dont on ne peut se passer », « ce qui dépasse l'interprétation de grande utilité. » »
- « Cette notion de nécessité s'applique à tous les faits, antécédents, commentaires, informations, interprétations et révélations. »

Page 31
 Direction de l'expertise médicale et des services de santé
 CNESTT

63

GUIDE D'EXERCICE : LA MÉDECINE D'EXPERTISE (CMQ 2021)

Attitude irréprochable

- « Bien qu'il agisse pour le compte d'un tiers, le médecin expert doit en tout temps avoir en tête ses obligations, notamment celle d'adopter une **conduite irréprochable envers toute personne**, un patient ou un expertisé, entre autres, avec qui il entre en relation dans l'exercice de sa profession, que ce soit sur le plan physique, mental ou affectif. »

Envers l'expertisé

- « Pendant l'examen, le médecin doit **éviter les mouvements brusques** qui pourraient exacerber inutilement les sensibilités. »
- « Il est aussi recommandé que le médecin **fournisse des explications** (ex. : pourquoi procéder à telle ou telle manipulation ?), au fur et à mesure que se déroule l'évaluation. »

Envers les autres professionnels

- « ... le médecin évaluateur **ne peut dénigrer un confrère** ou un membre d'un autre ordre professionnel. »

Page 32
 Direction de l'expertise médicale et des services de santé
 CNESTT

64

GUIDE D'EXERCICE : LA MÉDECINE D'EXPERTISE (CMQ 2021)

Recommandations dans le cas d'une expertise difficile

- « Lorsque le contexte de l'évaluation s'avère perturbant et qu'il est impossible d'atténuer un sentiment d'inconfort tel qu'il s'exprime par une non-collaboration, le **médecin peut, à la limite et de façon exceptionnelle, mettre fin à l'entrevue.** »
- « Il doit **expliquer au patient les raisons** de la suspension de l'évaluation, **documenter les faits au dossier et faire part de ces difficultés au mandant.** »

Page 33
 Direction de l'expertise médicale et des services de santé
 CNESTT

65

GUIDE D'EXERCICE : LA MÉDECINE D'EXPERTISE (CMQ 2021)

Déclaration de l'expert

- « Le **Code de procédure civile** exige que soit jointe au rapport d'expertise la déclaration de l'expert. »
- « Ainsi, il est **dorénavant nécessaire**, pour le médecin, de signer une déclaration de l'expert, **d'en conserver une copie dans le dossier clinique d'évaluation ou d'expertise.** »

Page 43
 Direction de l'expertise médicale et des services de santé
 CNESTT

66

GUIDE D'EXERCICE : LA MÉDECINE D'EXPERTISE (CMQ 2021)

Présence d'un tiers

- « Le Collège estime que l'expertisé (tout comme le patient) ne doit pas être privé du droit d'être accompagné pour un examen médical indépendant, à moins de circonstances exceptionnelles et selon les lois applicables. »
- « Cet accompagnateur peut effectivement favoriser la collaboration requise de l'expertisé en vue d'établir des conclusions fiables. »
- « Le médecin expert qui décide qu'un tiers ne peut participer à l'évaluation doit présenter et justifier les raisons de son refus. »

Pages 46 et 47

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

57



67

GUIDE D'EXERCICE : LA MÉDECINE D'EXPERTISE (CMQ 2021)

Enregistrement audio

- « Le médecin expert doit toujours agir de façon exemplaire, qu'il soit ou non soumis à un enregistrement audio. »
- « Grâce aux nouvelles technologies accessibles, l'enregistrement audio peut être effectué à l'insu du médecin expert. Le scénario idéal serait que le médecin en soit informé dès le départ. Le Collège encourage le médecin à discuter ouvertement de cette possibilité. »
- « Bien qu'une telle demande d'enregistrement irrite certains experts, il est possible d'y voir certains avantages, dont la gestion de l'anxiété et la possibilité de réécouter ultérieurement l'entretien pour une meilleure compréhension. »
- « Le Collège y voit une occasion de valider le déroulement de l'évaluation, souvent au bénéfice même du médecin. »

Page 47

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

58



68

GUIDE D'EXERCICE : LA MÉDECINE D'EXPERTISE (CMQ 2021)

Les limites de la compétence

- « Des affirmations ou conclusions non validées par une évaluation et un examen physique rigoureux doivent être évitées, par exemple lorsqu'une opinion est formulée par un médecin dont le champ d'expertise ne concerne pas ce domaine. »
- « L'expert doit être particulièrement prudent lorsqu'il soupçonne que la personne présente des problèmes d'ordre psychiatrique ou des troubles fonctionnels si la santé mentale ne relève pas de son domaine de compétence. »

Page 51

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

59



69

GUIDE D'EXERCICE : LA MÉDECINE D'EXPERTISE (CMQ 2021)

Destinataire du rapport

- « ... en vertu de ses obligations, le médecin doit informer l'expertisé du destinataire de son rapport d'évaluation ou d'expertise et de la procédure pour en demander copie. »

Page 61

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

60



70

RÈGLEMENT SUR LES DOSSIERS CLINIQUES, LES LIEUX D'EXERCICE ET LA CESSATION D'EXERCICE D'UN MÉDECIN

- Adopté par le Collège des médecins du Québec et approuvé avec modifications par le Code des professions du Québec le 14 juin 2024
- Publié dans la Gazette officielle du Québec le 26 juin 2024
- Entrée en vigueur le quinzième jour qui suit la date de sa publication à la Gazette officielle du Québec

https://www.publicationsmedq.quebec.gouv.qc.ca/fileadmin/gazette/pdf_english/les_reglements2024/03083.pdf

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

71



71

RÈGLEMENT SUR LES DOSSIERS CLINIQUES, LES LIEUX D'EXERCICE ET LA CESSATION D'EXERCICE D'UN MÉDECIN

Constitution du dossier clinique

« 8. Le médecin consigne ou s'assure que soient consignés au dossier clinique constitué pour tout mandat d'évaluation indépendante et tout mandat d'expertise :

- le mandat;
- le formulaire d'engagement du médecin expert;
- les communications avec le mandant;
- la liste des documents soumis et examinés;
- les observations réalisées lors de l'entrevue et de l'examen physique, le cas échéant;
- les notes de travail;
- une copie des documents pertinents ayant permis la rédaction du rapport;
- le rapport final contenant les conclusions et les opinions du médecin de même que tout rapport complémentaire;
- tous les autres renseignements et documents pertinents. »

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

72



72

RÈGLEMENT SUR LES DOSSIERS CLINIQUES, LES LIEUX D'EXERCICE ET LA CESSATION D'EXERCICE D'UN MÉDECIN

Période de conservation du dossier clinique

« 14. ... »

Toutefois, dans le cas d'un dossier clinique constitué pour un mandat d'évaluation médicale indépendante ou un mandat d'expertise, la période de conservation est de 10 ans à compter de la date de la fin du mandat ou jusqu'à ce qu'un jugement final soit rendu, selon la plus éloignée des échéances.

... »

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

73



73

RÈGLEMENT SUR LES DOSSIERS CLINIQUES, LES LIEUX D'EXERCICE ET LA CESSATION D'EXERCICE D'UN MÉDECIN

Registre des personnes évaluées

« 17. Le médecin, pour tout lieu où il exerce sa profession, constitue, tient, détient et maintient les registres suivants :

...

5° un registre des personnes évaluées dans le cadre d'une évaluation médicale indépendante ou d'une expertise;

... »

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

74



74

RÈGLEMENT SUR LES DOSSIERS CLINIQUES, LES LIEUX D'EXERCICE ET LA CESSATION D'EXERCICE D'UN MÉDECIN

Conservation des registres

« 18. Les registres sont conservés pour une période d'au moins 10 ans suivant la date de la dernière inscription au dossier.

... »

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

75



75

RÈGLEMENT SUR LES DOSSIERS CLINIQUES, LES LIEUX D'EXERCICE ET LA CESSATION D'EXERCICE D'UN MÉDECIN

Support papier et technologique

« 47. Malgré l'article 1, le médecin qui, à la date d'entrée en vigueur du présent règlement, exerce la profession peut continuer de constituer, de tenir, de détenir, de maintenir et de conserver ses dossiers cliniques sur support papier jusqu'au 31 décembre 2026.

À compter du 1er janvier 2027, toute nouvelle inscription à un dossier clinique est consignée sur un support technologique. Le médecin peut toutefois conserver sur support papier la partie du dossier constituée avant cette date. »

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

76



76

SECTIONS DU RAPPORT D'EXPERTISE

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

77



77

ASSURANCE-QUALITÉ DES EXPERTISES

- Une équipe médicale d'assurance-qualité est présente à la CNESST pour vous soutenir
- Révision de vos premières expertises
- Suivi des demandes de précisions
- Vous pouvez communiquer avec nous

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

78



78

EXPERTISE MÉDICALE : UN ACTE MÉDICAL



- **Anamnèse** de l'histoire de la blessure ou de la maladie actuelle, des antécédents, des habitudes de vie et des médicaments
- **Revue symptomatique** détaillée, incluant la revue des systèmes en fonction de la nature de la lésion
- **Examen physique médical ou mental** systématisé relié à la lésion et la condition médicale
- **Évaluation objective des traitements non-chirurgicaux et chirurgicaux**, reçus ou à venir, en fonction:
 - de leurs indications
 - des bénéfices ou résultats attendus
 - des risques connus
 - de ce qui est considéré approprié à la personne expertisée

Direction des expertises médicales
et des services de santé

79



79

SECTIONS DU RAPPORT D'EXPERTISE

- 1) Identification
- 2) Diagnostics acceptés, à l'étude ou refusés
- 3) Mandat de l'expertise
- 4) Modalités de l'entrevue
- 5) Présentation
- 6) Antécédents pertinents au mandat

Direction des expertises médicales
et des services de santé

80



80

SECTIONS DU RAPPORT D'EXPERTISE

- 7) Médications et mesures thérapeutiques
- 8) Historique des faits et évolution
- 9) Questionnaire subjectif de l'état actuel
- 10) Examen physique ou mental
- 11) Synthèse et discussion
- 12) Conclusions

Direction des expertises médicales
et des services de santé

81



81

EXPERTISE 204

1. IDENTIFICATION

- Nom de la personne:
- N.A.M.:
- Numéro de dossier CNESST:
- Numéro de la demande:
- Date de l'événement et/ou de la RRA:
- Date, lieu et durée (heure de début et de fin) de l'expertise:
- Nom du professionnel désigné (signature et numéro de pratique):

Direction des expertises médicales
et des services de santé

82



82

EXPERTISE 204

2. Diagnostics

- **Diagnostics acceptés :**
 - Écrasement et laceration de l'avant-bras droit
 - Syndrome du compartiment (extenseurs de l'avant-bras droit)
 - Rupture partielle de l'extenseur commun des doigts de l'avant-bras droit
 - Doigts gâchettes grade 1 D3-D4 main droite
- **Diagnostic à l'étude :** Tendinite de De Quervain droite
- **Diagnostic refusé :** Trouble d'adaptation avec humeur dépressive
- **Diagnostic accepté non visé par le mandat :** Entorse du genou gauche

Direction des expertises médicales
et des services de santé

83



83

EXPERTISE 204

3. Mandat de l'évaluation

- Identification du **mandant**

Le but de la présente évaluation est de répondre aux points suivants de l'article 212 de la LATMP (**l'un ou l'autre de ces points selon le mandat**) :

- 1) Diagnostic(s)
- 2) Date de consolidation
- 3) Nature, nécessité, durée des soins ou traitements administrés ou prescrits
- 4) Existence et pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique
- 5) Existence et évaluation des limitations fonctionnelles résultant de la lésion professionnelle

Direction des expertises médicales
et des services de santé

84



84

EXPERTISE 204

3. Mandat de l'évaluation

Avis sur les points 2 à 5 pour les **diagnostics acceptés** suivants :

- Écrasement et laceration de l'avant-bras droit
- Syndrome du compartiment (extenseurs de l'avant-bras droit)
- Rupture partielle de l'extenseur commun des doigts de l'avant-bras droit
- Doigts gâchettes grade 1 D3-D4 main droite

Direction de l'expertise médicale et des services de santé **CNESST**

85

EXPERTISE 204

3. Mandat de l'évaluation

Avis sur les points 1 à 5 pour le **diagnostic à l'étude** :

- Ténosynovite de De Quervain droite

N. B. Vous n'avez pas à répondre sur les points 2 à 5 si vous ne retenir pas le diagnostic

Direction de l'expertise médicale et des services de santé **CNESST**

86

EXPERTISE 204

4. Modalités de l'entrevue

- Expliquer le mandat au travailleur
- Consentement du travailleur
- Expliquer votre statut d'évaluateur indépendant
- Expliquer que vous n'agirez pas comme professionnel traitant ni consultant
- Indiquer au travailleur à qui s'adresser pour obtenir une copie de l'évaluation
- Indiquer que vous allez procéder à un questionnaire subjectif ainsi qu'à un examen physique ou mental détaillé
- Indiquer dans quelle ambiance s'est déroulée l'entrevue
- S'assurer que l'expertisé n'a pas d'autres questions

Direction de l'expertise médicale et des services de santé **CNESST**

87

EXPERTISE 204

5. Présentation

- Âge du travailleur, autres éléments pertinents
- Historique de travail pertinent
- Description du travail et des tâches effectuées au moment de l'événement
- Scolarité / formation
- Fonctionnement avant l'événement : AVQ, AVD / sports / loisirs

Direction de l'expertise médicale et des services de santé **CNESST**

88

EXPERTISE 204

6. Antécédents pertinents au mandat

- Médicaux
- Chirurgicaux
- Accidentels (préciser s'il y a lieu si CNESST, SAAQ ou autres)
- Allergies
- Habitudes de vie

*Au siège de la lésion et pourtour de la lésion ainsi qu'au membre controlatéral

Direction de l'expertise médicale et des services de santé **CNESST**

89

EXPERTISE 204

7. Médication et mesures thérapeutiques pertinentes

- Médication (posologie, observance, effets secondaires, réponse)
- Traitements* (durée, nombre de séances, réponse)

*chirurgie, réadaptation, autres ...


Direction de l'expertise médicale et des services de santé **CNESST**

90

EXPERTISE 204

8. Historique des faits et évolution

- Description de l'événement sur formulaire de réclamation du travailleur (RTR)
- Valider la **description de l'événement auprès du travailleur**
- **Visite initiale** : lieu, notes médicales, formulaire (ATM), diagnostic, investigation, traitements, suivi
- **Historique synthétisé des visites** (chronologie), notes médicales, rapports médicaux d'évolution (expliquer périodes de silence médical s'il y a lieu)
- **Rapports des différents professionnels** (psychologue, physiothérapie ...): date, durée, description, conclusions
- **Examens paracliniques** : date, description et conclusions
- **Consultations, expertises, avis du BEM, DGRA, TAT** (à préciser si absence)


Direction de l'expertise médicale et des services de santé 

91

EXPERTISE 204

9. Questionnaire subjectif (état actuel)

- Procédez à l'**histoire de la condition actuelle** pertinente à votre expertise
- **Questionnaire précis** du ou des systèmes concernés
- **Symptomatologie résiduelle**
- **Impact sur le fonctionnement quotidien**
- Distinguer ce qui relève d'une **condition personnelle** ou de la lésion professionnelle s'il y a lieu


Direction de l'expertise médicale et des services de santé 

92

EXPERTISE 204

10. Examen physique ou mental

- Procédez à l'examen ciblé et complet en fonction du questionnaire et de la condition évaluée
- Examen précis avec des mesures quantitatives lorsque possible
- Observations indirectes en cours d'entrevue


Direction de l'expertise médicale et des services de santé 

93

EXPERTISE 204

11. Synthèse et discussion (motivation des avis)

- **Devoir de retenue**
- **Rappel des diagnostics et des éléments pertinents** de l'expertise
- Soulever les **discordances observées** et donner son avis sur celles-ci
- **Aborder les questions du mandat et motiver son opinion** (diagnostic retenu ou non, stabilisation ou non, suggestions d'investigation ou traitement, justification d'atteintes permanentes et/ou de limitations fonctionnelles)
- Si expert en désaccord avec des points du mandat, expliquer son avis dans la discussion


Direction de l'expertise médicale et des services de santé 

94

EXPERTISE 204

11. Synthèse et discussion (motivation des avis)

- Les **éléments de motivations** tiennent compte minimalement des **cinq éléments essentiels** suivants :
 - Fait accidentel
 - Stabilisation ou de consolidation ou non
 - Examen clinique
 - Examens paracliniques
 - Antécédents pertinents
- Des motivations basées sur les **données scientifiques reconnues**
- Des motivations **cohérentes avec le questionnaire et l'examen clinique**

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 


95

EXPERTISE 204

12. Conclusions

1. Diagnostic(s)

S'assurer de tenir compte de tous les diagnostics faisant l'objet du mandat pour ce point

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 

96

EXPERTISE 204

12. Conclusions

2. Consolidation

Avis sur la consolidation ou non de chacun des diagnostics retenus pour lesquels votre opinion est sollicitée sur ce point en précisant la date de consolidation le cas échéant

Direction de l'expertise médicale et des services de santé CNESST

97

EXPERTISE 204

12. Conclusions

3. Nature, nécessité, suffisance durée des soins ou des traitements administrés ou prescrits

Le fait de consolider ne représente pas un frein à la réalisation de traitement d'appoint ex: infiltration, suivi à la clinique de la douleur

- Si consolidation : Suffisance des soins et des traitements
- Si non consolidation : Suggérer des soins et traitements et préciser ceux qui doivent être cessés

Direction de l'expertise médicale et des services de santé CNESST

98

EXPERTISE 204

12. Conclusions

4a. Existence d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique

- Avis concernant l'existence ou non et, s'il y a lieu le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique pour chacun des diagnostics retenus considérés consolidés pour lesquels votre opinion était sollicitée sur ce point
- Pour les diagnostics retenus non consolidés, préciser qu'il est trop tôt pour évaluer l'atteinte permanente en lien avec ceux-ci
- APIPP acceptable en fonction du barème
- APIPP en lien avec les lésions professionnelles évaluées


Direction de l'expertise médicale et des services de santé CNESST

99

EXPERTISE 204

12. Conclusions

4b. Évaluation de l'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique (APIPP)



<https://www.cnesst.gouv.qc.ca/sites/default/files/publications/reglement-arrêté-barème-dommages-corporels.pdf>

Direction de l'expertise médicale et des services de santé CNESST

100

EXPERTISE 204

12. Conclusions

Évaluation de l'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique (APIPP)

Pour déterminer l'indemnité pour préjudice corporel (IPC) :

- Montant forfaitaire unique
- Versée au travailleur ayant des atteintes permanentes
- Dépend de l'âge du travailleur

Direction de l'expertise médicale et des services de santé CNESST

101

EXPERTISE 204

12. Conclusions

5. Limitations fonctionnelles

- Une limitation fonctionnelle (LF) correspond à toute réduction ou à toute restriction de la capacité physique ou psychique d'accomplir certaines activités ou le fait d'en subir les effets.
- Une LF se traduit donc par l'incapacité d'exécuter certains mouvements, mais aussi de prendre ou de garder certaines positions ou encore de subir certaines contraintes dans des conditions ou situations déterminées.
- Les LF doivent être décrites en fonction de la lésion en tenant compte des activités de vie domestique et quotidienne et non pas uniquement en fonction des tâches de travail.
Ex: travailleur ayant subi l'amputation d'une jambe pourrait reprendre son travail d'informaticien

Direction de l'expertise médicale et des services de santé CNESST


102

EXPERTISE 204

12. Conclusions

5a. Existence de limitations fonctionnelles

- **Avis concernant l'existence ou non de limitations fonctionnelles permanentes (LF)** et, s'il y a lieu, l'évaluation de celles-ci pour chacun des diagnostics considérés consolidés faisant l'objet du mandat
- **Pour les diagnostics retenus non consolidés, préciser qu'il est trop tôt** pour évaluer les limitations fonctionnelles permanentes

Direction des expertises médicales et des services de santé 103 


103

EXPERTISE 204

12. Conclusions

5b. Évaluation des limitations fonctionnelles

- Décrites sont **en lien avec les lésions évaluées**
- **Réalistes**
- **Cohérentes avec les éléments objectifs** au dossier
- **Libellé suffisamment clair et précis** pour être applicable


Direction des expertises médicales et des services de santé 104 

104


EXPERTISE 204

À noter ...


- Expertise doit être **transmise dans les 30 jours** suivant la réalisation du mandat
- Expertise doit être **rédigée en français**

Direction des expertises médicales et des services de santé 105 


105

QUELQUES ACRONYMES ... 


- **ADR** : Avis de l'employeur et demande de remboursement
- **AI** : Agent d'indemnisation
- **APIPP** : Atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique
- **AT** : Accident du travail (ou arrêt de travail)
- **ATM** : Attestation médicale
- **ATT** : Assignment temporaire
- **BEM** : Bureau d'évaluation médicale
- **CI** : Conseiller en indemnisation
- **CNESST** : Commission des normes, de l'équité et de la santé et de la sécurité du travail
- **CR** : Conseiller en réadaptation
- **DGRA** : Direction générale de la révision administrative
- **DS** : Directeur de service
- **E** : Employeur
- **IMC** : Information médicale complémentaire
- **IRR** : Indemnités de remplacement du revenu

Direction des expertises médicales et des services de santé 106 

106

QUELQUES ACRONYMES ... 

- **LATMP** : Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles
- **LF** : Limitations fonctionnelles
- **LMRSST** : Loi modernisant le régime de santé et de sécurité du travail
- **MP** : Maladie professionnelle
- **PSQAC** : Professionnel de la santé qui a charge
- **RAT** : retour au travail
- **RC** : Rapport complémentaire
- **REM** : Rapport d'évaluation médicale
- **RF** : Rapport final
- **RM** : Rapport médical
- **RRA** : Rechute, récédive ou aggravation
- **RTR** : Réclamation du travailleur
- **T** : Travailleur
- **TAT** : Tribunal administratif du travail

Direction des expertises médicales et des services de santé 107 


107

FORMATIONS COMPLÉMENTAIRES OFFERTES

Retour sur la rédaction du rapport d'expertise en intégrant :

- Détermination de l'**APIPP** en fonction de plusieurs systèmes
- Évaluation des **limitations fonctionnelles permanentes**

- Système psychique
- Système musculosquelettique
- Système maxillo-facial
- Système nerveux central et périphérique
- Appareil visuel
- Appareil auditif
- Appareil génital et urinaire
- Système digestif
- Système cardio-vasculaire
- Dermatoses

Direction des expertises médicales et des services de santé 108 

108

La CNESST et les expertises : exigences 2023

Formation de base (101) et mise à jour (201) pour les professionnels désignés

psychiatre, médecin-conseil
orthopédiste, médecin-conseil

Responsables du programme d'assurance qualité
Direction de l'accès au régime et des services médicaux

Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail
cnesst.gouv.qc.ca



0


Conflits d'intérêt

Il n'y a aucun conflit d'intérêt pour :

- [redacted] psychiatre;
- [redacted] orthopédiste.

Médecins-conseils de la CNESST, à la Direction de l'accès au régime et des services médicaux.

Direction de l'accès au régime et des services médicaux




1

Objectifs généraux :

- Acquérir les connaissances théoriques de base permettant de connaître la loi (LATMP);
- Situer le rôle du professionnel désigné dans le contexte légal et réglementaire;
- Acquérir des connaissances médico-légales complémentaires dans le cadre des expertises demandées par la CNESST.

Direction de l'accès au régime et des services médicaux




2

Objectifs spécifiques :

À la fin de cette présentation, le participant sera en mesure de mieux :

- Reconnaître les exigences médico-légales du Collège des médecins du Québec (CMQ), du Barreau du Québec et de la CNESST;
- Appliquer les exigences et détecter les pièges à éviter pour atteindre la qualité minimale requise dans les rapports d'expertise demandés par la CNESST;
- Utiliser la grille dans l'auto-évaluation de ses rapports d'expertise;
- Élaborer des rapports d'évaluation conforme aux bonnes pratiques médico-légales dans le cadre de la loi LATMP.

Direction de l'accès au régime et des services médicaux




3

Plan: 1^{ère} partie

1. Pré-test;
2. Particularités de la CNESST comme assureur public;
3. Qu'est-ce qu'une expertise;
4. Les exigences du CMQ (2014 et 2021);
5. Les exigences du Barreau du Québec;
6. Les exigences de la CNESST pour ses professionnels désignés : la CNESST, un mandat différent;
7. Quel est le mandat de l'expert?

Direction de l'accès au régime et des services médicaux




4

Plan: 1^{ère} partie suite

8. Les pièges à éviter;
9. Le programme d'assurance qualité des rapports d'expertise:
 - Le programme de la CNESST;
 - L'évolution de ses experts;
 - Les points forts et les points faibles;
10. Que recherche la CNESST dans une expertise?
 - Les exigences générales et particulières;
 - Le guide d'autoévaluation;
11. Le programme d'auto-évaluation.

Direction de l'accès au régime et des services médicaux




5

Plan: 2^{ème} partie


1. Rappel et commentaires
2. Post-test
3. Scénarios (7)
4. Cas cliniques et sujets particuliers

Direction de l'accès au régime et des services médicaux



6

Pré-test




7

Pré-test

1. Fracture de la cheville, pas de rapport au dossier depuis deux ans; vous pouvez demander des radiographies le jour de l'expertise.
Vrai ou faux
2. Je peux postdater la date de consolidation dans les 15 jours suivant mon expertise.
Vrai ou faux
3. Dans ma conclusion, je peux donner des limitations temporaires.
Vrai ou faux

Direction de l'accès au régime et des services médicaux




8

Pré-test

4. Mandat sur le point 1 de la LATMP (diagnostic), je peux répondre aux points 2 à 5 sur un nouveau diagnostic dans ma conclusion.
Vrai ou faux
5. Si je consolide une lésion le jour de mon expertise, je peux suggérer de poursuivre la physiothérapie pour un mois.
Vrai ou faux
6. Je peux me prononcer sur la relation si on me le demande.
Vrai ou faux

Direction de l'accès au régime et des services médicaux




9

Pré-test

7. On me demande de me prononcer sur un diagnostic accepté qui n'existe pas (ex. : entorse de la malléole). Comme ce diagnostic n'existe pas, je n'ai pas à me prononcer.
Vrai ou faux
8. Si j'annule une expertise 15 jours avant la date prévue, ceci n'a aucune conséquence pour le centre de convocation.
Vrai ou faux
9. Lors de l'expertise, le temps alloué pour l'anamnèse et l'examen physique est parmi les principales faiblesses pour la qualité des expertises.
Vrai ou faux

Direction de l'accès au régime et des services médicaux




10

Pré-test

10. « Déchirure méniscale sur une condition personnelle d'arthrose » a la même implication que « déchirure méniscale, aggravation d'une condition personnelle d'arthrose ».
Vrai ou faux
11. Le PSQAC a consolidé la lésion. On demande une expertise sur le point 4 et 5, mais vous n'êtes pas d'accord sur la date de la conso. Les traitements ne sont pas terminés selon vous. Dans ce cas vous n'avez pas à vous prononcer sur 4 et 5.
Vrai ou faux


Direction de l'accès au régime et des services médicaux



11

PARTICULARITÉS DE LA CNESST COMME ASSUREUR PUBLIC

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux 12



12

La CNESST est différente

Elle est un organisme public chargé de l'application de la LATMP

Elle est liée :


- au professionnel de la santé qui a charge (PSQAC*);
- aux avis du BEM;
- aux jugements du TAT.

Sur les cinq points de l'article 212 de la LATMP:

- Diagnostic;
- Consolidation;
- Traitements;
- Atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique (APIPP) selon le barème;
- Limitations fonctionnelles (LF).

* PSQAC: médecins, dentiste, pharmacien, optométriste, (IPS)

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux 13



13


La CNESST est différente

Elle a un cadre médico-légale défini :

- Doit établir la relation (lien) entre:
l'événement et le travail;
l'événement et la lésion;
la lésion initiale et une rechute, récurrence ou aggravation (RRA).
- Peut demander des avis ou contester au BEM;
- Ne peut contester au TAT,
mais peut déposer une requête en révision.

Toutes ses décisions sont contestables par l'employeur et par le travailleur.

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux 14



14

Qu'est-ce qu'une expertise?

L'expertise est un **acte médical** qui a des **répercussions légales**.


Fait par un professionnel de la santé désigné par la CNESST selon l'article 204 de la LATMP.

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux 15



15


Un acte médical



Connaissance:


- des signes et symptômes de la condition;
- de l'histoire naturelle;
- de l'examen objectif;
- du traitement non-chirurgical et du traitement chirurgical.

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux 16



16

Répercussions légales




Connaissance

- de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (**LATMP**);
- du **Règlement annoté sur le barème des dommages corporels**.


Reconnaissance

- de la portée des jugements du **Tribunal administratif du travail (TAT)**;
- de la portée de son opinion : **vous devez être conscient de l'impact du document sur lequel vous apposez votre signature.**


Direction de l'accès au régime
et des services médicaux 17



17

Susceptible d'être lu par : 

- Intervenants de la CNESST (agents, etc.);
- Médecin-conseil régional de la CNESST;
- Travailleur;
- Professionnel de la santé qui a charge (PSQAC) du travailleur;
- Agent syndical;
- Médecin en mandat contradictoire (de l'employeur ou du T.);
- Expert du Bureau d'évaluation médicale (BEM);
- Conseillers juridiques :
 - Syndicat;
 - Employeur;
 - Contentieux de la CNESST.
- Juges des différents tribunaux;
- Assesseurs-médicaux des tribunaux;
- Syndic du CMQ;
- Équipe de l'assurance qualité des expertises de la CNESST.

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 18 


18

Votre seule valeur comme expert: votre crédibilité

Basée sur :


- Vos connaissances scientifiques;
- La variabilité de vos mandants;
- La qualité de vos évaluations;
- La motivation de vos conclusions ou avis selon **probabilité ou certitude**;
- L'appui d'une littérature reconnue par vos pairs.


Votre crédibilité se mesurera par la confiance qu'ont les différents intervenants dans vos opinions.

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 19 

19


Les exigences du Collège des médecins du Québec (CMQ) pour les experts (2014)




Direction de l'accès au régime et des services médicaux 

20

COLLÈGE DES MÉDECINS (2021)




Direction de l'accès au régime et des services médicaux 21 

21

Exigences du CMQ: 2014

Rapport du groupe de travail, point tournant de la médecine d'expertise.

- Mise en place d'un programme d'assurance qualité.
- Programme à deux volets :
 - Formation.
 - Contrôle.

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 22 

22


Exigences du CMQ (code de déontologie)

Devoir de compétence, intégrité et loyauté;

Notion d'expérience clinique et de compétence médicales : 5 ans « ... on ne s'improvise pas expert. »;

Devoir d'objectivité : les faits validés, les principes scientifiques et normes reconnues;

Devoir d'indépendance: autonomie totale face au mandant.

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 23 

23


Exigences du CMQ (2014)

Historique et examen exhaustifs

tant du point de vue physique que mental

- Tous les sites de lésion et leur pourtour;
- Examens indirects et croisés;
- En mettre plus que pas assez.

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 24




24

Exigences du CMQ

Contrôles ciblés :

- Selon les **plaintes**;
- Les experts **témoignant** devant les tribunaux;
- Les experts « **carriéristes** »;
- Les experts qui ont cessé la pratique active depuis **5 ans** ou plus;
- Contrôles **aléatoires** et inopinés.

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 25




25

CMQ 2021 acte médical

- *une expertise constitue un acte médical p.7*
- *Le dossier clinique d'évaluation ou d'expertise... l'expertise demeure un acte médical p.54*
- *Pratiquer l'expertise, c'est avant tout pratiquer la médecine, avec des particularités qui doivent être connues p.8*
- *le médecin expert ne peut devenir le médecin traitant d'un expertisé qu'à la demande et avec l'autorisation du patient, et après avoir mis fin à son mandat avec le tiers p.14*

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 26




26

CMQ 2021 dossier

- *doit généralement s'en tenir au contenu du dossier détenu par le mandant p.15*
- *ne peut prendre l'initiative d'obtenir ou d'accéder lui-même à des renseignements ou à des documents confidentiels sans l'autorisation de l'expertisé p.15 (DSQ)*
- *les demandes d'examens paracliniques devraient être circonscrites à des examens non invasifs couramment effectués et intégrés à la visite p.16*
L'expertisé n'est pas un « patient » p. 45

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 27




27

Qu'en est-il du DSQ?

- chapitre P-9.0001
- LOI CONCERNANT LE PARTAGE DE CERTAINS RENSEIGNEMENTS DE SANTÉ
- Une personne ou une société qui exerce des fonctions reliées aux domaines du contrôle ou de l'expertise, ne peut, aux fins d'un tel contrôle ou d'une telle expertise, demander à quiconque ou exiger de quiconque un extrait ou une copie des renseignements de santé contenus dans les banques de renseignements de santé des domaines cliniques ou recevoir communication d'un tel extrait ou d'une telle copie.
- De plus, nul ne peut demander ou exiger d'une personne de recevoir communication, notamment à des fins contractuelles, d'un extrait ou d'une copie des renseignements de santé la concernant contenus dans les banques de renseignements de santé des domaines cliniques, à l'exception de ceux intégrés au dossier local conformément à l'article 100.
- 2012, c. 23, a. 103.

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 28




28

CMQ 2021 déclaration de l'expert

Aspect juridique (Code de procédure civile art. 235):

- *Le Code de procédure civile 104 exige que soit jointe au rapport d'expertise la déclaration de l'expert p.44*
cf Annexe 1
- *d'en conserver une copie dans le dossier clinique d'évaluation ou d'expertise p.44*
- *Préambule: devrait inclure la confirmation de l'existence d'une déclaration de l'expert (à inclure en annexe du rapport). P.58*


Direction de l'accès au régime et des services médicaux 29



29

CMQ 2021 **consentement**


- expertise qui requiert une entrevue ou un examen médical auprès d'une personne, le consentement à l'entrevue ou à l'examen doit être donné par cette personne p.27
- souhaitable que la personne visée par l'expertise signe un document..... versé au dossier clinique d'évaluation ou d'expertise.... nécessaire dans le cas où des photos ou des vidéos seraient prises par le médecin p.29

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 30 

30

CMQ 2021 **dossier (suite)**

- Le médecin expert demeure responsable de la constitution et de la conservation du dossier clinique p.45
- Droit d'accès au dossier p.56 par l'expertisé
- informer l'expertisé du destinataire de son rapport d'évaluation ou d'expertise et de la procédure pour en demander copie p.61
- Le rapport se doit d'être court (rarement plus de quelques pages, selon la complexité du cas) p.57 (????)

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 31 

31

CMQ 2021 **rapport unique**


- Les opinions, conclusions et diagnostics médicaux ne constituent pas des renseignements qui peuvent être rectifié uniquement à la demande de la personne soumise à l'expertise. p.56
- La production d'un rapport unique p.59
- rectification du rapport en conservant le rapport initial ajout d'une annexe p.60

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 32 

32

CMQ 2021 **informations médicales**


- Le contexte de l'expertise ne permet pas au médecin d'échanger des informations portées à sa connaissance en dehors des autorisations permises par la procédure et par l'expertisé p.30
- s'abstenir de faire des interprétations ou des commentaires non pertinents p.31
- ne peut dénigrer un confrère...p.32
- collecte d'informations pertinente p.31 (drogue, cannabis etc)

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 33 

33

CMQ 2021 **expérience médicale**


- L'expérience clinique minimale.... devrait avoir exercé dans sa spécialité pendant une période d'au moins cinq ans p.19
- doit maintenir une activité clinique significative dans sa spécialité **ou** dans la réalisation d'évaluations médicales indépendantes en lien avec sa spécialité p.20
- ne devrait pas avoir cessé son exercice auprès de patients ou d'expertisés depuis plus de trois ans p.20

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 34 

34

CMQ 2021 **compétence médicale**


- Maintien des compétences ... en participant à des activités de maintien de la compétence et en conservant une exposition clinique suffisante p.21 (DFC)
- Dans l'éventualité où l'expert ne peut s'assurer de l'exactitude d'un renseignement ou d'une donnée, il doit s'abstenir de l'utiliser p.26 (PRP?)

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 35 

35

CMQ 2021 autres sujets

- décide qu'un tiers ne peut participer à l'évaluation doit présenter et justifier les raisons de son refus p.47
- enregistrement audio... Le scénario idéal p.47
- diagnostic de trouble de la personnalité ni à celui de troubles factices p.51
- surveillance et de contrôle de l'exercice p.53 (CMQ ...)


Direction de l'accès au régime et des services médicaux 36 

36

Exigences du Barreau du Québec


- **Devoir d'impartialité** : éclairer toutes les parties en cause;
- **Devoir de discours accessible**;
- **Devoir de respecter les exigences de l'ordre professionnel**;
- **Devoir de rigueur.**

«L'expert doit toujours parler le même langage, ...car la médecine ne change pas avec les mandants.»

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 37 

37

Les exigences de la CNESST pour ses professionnels désignés



38

Quel est le mandat d'un expert?

ÉCLAIRER

SELON SES COMPÉTENCES

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 39 

39

Les pièges à éviter en tant que professionnel désigné




40

Pièges à éviter: Les patients difficiles

Conduite à tenir :

- Bien expliquer le mandat et ses limites;
- Bien expliquer la différence entre un professionnel traitant ou un consultant et un professionnel expert;
- Bien réitérer votre rôle de professionnel neutre
- Bien expliquer l'aspect légal et l'aspect médical du mandat

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 41 

41

Autres pièges à éviter

- Donner une opinion hors spécialité;
- Exprimer une opinion médicale non motivée;
- Émettre des avis différents selon le mandant;
- Avoir une position autoritaire, condescendante;
- Émettre des commentaires non pertinents;
- Éviter le semblant de partialité.

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

42



42

Autres pièges à éviter

- Les éléments et expressions vagues et généralisés:
« le bénéfice du doute... », « selon mon expérience... », « ça me semble normal ou acceptable... », « j'hésite à le consolider... », « il est bien connu que... », « la simple logique veut que... », etc.
- Les affirmations non motivées
- L'incohérence des avis
- Les coquilles : bien relire son expertise

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

43



43

Éviter de se substituer à la CNESST

Aspect légal :

- La CNESST est liée par le diagnostic du PSQAC sur les 5 points de l'article 212 de la LATMP.
- Vous devez remplir le mandat (contrat) qui vous a été confié selon:
 - Les exigences du CMQ;
 - Les exigences de la CNESST.
- **FINALEMENT**, d'accord ou non, vous devez répondre seulement aux questions posées (conclusion).

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

44



44

Le programme d'assurance qualité des rapports d'expertise : mythe ou réalité?



45

Le programme de la CNESST

- Son évolution :
Mis en place en 2004 avec l'approbation du CMQ, des différentes fédérations médicales, de la SEEMLQ et de l'administration de la CNESST.
- Comprend deux volets :
 - Formation des professionnels désignés;
 - Suivi des expertises :
 - Grille détaillée laissant le moins de place à la subjectivité;
 - Retour annoté des rapports aux experts concernés avec une lettre soulignant les oublis et les améliorations à apporter;
 - Projet d'autoévaluation selon la grille.

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

46



46

Le programme de la CNESST

Est axé sur :

Le *soutien à ses médecins* désignés;

L'*amélioration de la forme* des rapports;

L'importance accordé à la *motivation des avis*;

Le *respect des opinions des professionnels désignés* basées sur les principes scientifiques.

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

47




47

L'évolution de ses experts

Est-ce que le programme a répondu aux attentes?

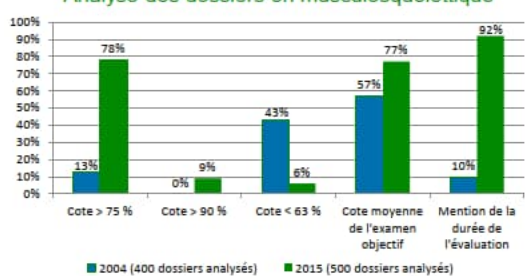
Direction de l'accès au régime et des services médicaux 48



48


L'évolution de ses experts 2004 à 2015

Analyse des dossiers en musculosquelettique



Catégorie	2004 (400 dossiers analysés)	2015 (500 dossiers analysés)
Cote > 75 %	13%	78%
Cote > 90 %	0%	9%
Cote < 63 %	43%	6%
Cote moyenne de l'examen objectif	57%	77%
Mention de la durée de l'évaluation	10%	92%

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 49



49


Résultats des expertise 204

33,3 % : MQAC d'accord avec l'expert.

66,1% des dossiers soumis au BEM : BEM d'accord.

Donc, que 22 % où le BEM n'est pas du même avis que le médecin désigné

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 50



50

Expertises selon les mandats

- Attention à la différence de mandats:
CNESST (204)
Autres : employeurs (209), syndicat, SAAQ, etc.
- Questions non CNESST:
partage des coûts;
relation;
capacité de travail, etc.

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 51




51

Les points forts et les points faibles des rapports d'expertise

Points forts :

- Peu de plaintes des travailleurs expertisés;
- Programme de la CNESST souvent cité en exemple par le CMQ, le patronat, les syndicats, etc.

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 52




52

Les points forts et les points faibles des rapports d'expertise

Points faibles :

- Description du travail et de l'événement;
- Antécédents : les 3 items essentiels sont rarement tous retrouvés;
- État actuel: «il a mal» les détails +++
- Examen objectif :
 - inspection et palpation du site et du pourtour sont souvent trop succinctes; pourtour souvent oubliés;
 - certains tests objectifs oubliés : épaule, cheville.


Direction de l'accès au régime et des services médicaux 53



53

Points faibles (suite):

- Les éléments de motivation (surtout les examens paracliniques et les antécédents);
- Les motivations incomplètes pour certains diagnostics;
- Certains diagnostics oubliés dans « l'état actuel », « l'examen objectif »;
- Des réponses oubliées ou incomplètes.

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 54 

54

Que recherche la CNESST dans une expertise?


Exigences particulières (selon les spécialités)

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 55 

55

Programme d'évaluation de la qualité des expertises

- But :
 - Aider le professionnel de la santé désigné à progresser dans la qualité de ses expertises.
 - Apprendre à utiliser la grille d'évaluation
 - Ne porte que sur la forme et non sur le fond.
- Moyens :
 - Formation en présentiel (1 fois / 5 ans minimum).
 - Annotations de 5 expertises (tous sur 5 ans).
 - Grille quantifiée.
 - Rapport détaillé
 - Auto-évaluation sur grille et corrections

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 56 

56

Guide d'autoévaluation du médecin désigné par la CNESST:

La CNESST et les expertises : exigences 2023


Direction de l'accès au régime et des services médicaux 57 

57

Guide: Le cadre de l'entrevue

On devrait retrouver les renseignements suivants :

- » Identification du mandant, du travailleur et du médecin-évaluateur ;
- » Date et lieu de l'expertise ;
- » Durée de l'entrevue (ou heure du début et de fin) ;
- » Consentement du travailleur (explicite).


Direction de l'accès au régime et des services médicaux 58 

58

Guide: Objectifs de l'expertise

On devrait retrouver les renseignements suivants :

- » Énumération des questions à répondre (le mandat) ;
- » Explications du mandat par l'expert (limites de l'intervention) ;
- » Énumération du ou des diagnostics retenus et/ou à l'étude.

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 59 


59

Guide: Évaluation spécifique

On s'attend à retrouver un résumé des éléments suivants :

- » Identification du travailleur (âge, statut marital, soutien de famille);
- » Description du travail ;
- » Description de l'événement ;
- » Historique du suivi médical, expertises, paliers d'appel – éléments pertinents et conclusions ;
- » Historique de la médication (lorsque pertinent);

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 60




60

Guide: Antécédents pertinents

On devrait retrouver les renseignements suivants :

- » Antécédents au site de(s) la lésion(s) ;
- » Antécédents aux pourtours des sites de lésions ;
- » Antécédents systémiques (diabète, thyroïde, maladie inflammatoire ou neuro ou vasculaire) ;
- » Habitudes de vie (tabac, ROH, drogue) ;

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 61




61

Guide: État actuel

On devrait retrouver les renseignements suivants :

- » Description détaillée des douleurs alléguées et irradiations ;
- » Autres symptômes associés ;
- » Facteurs augmentant ou diminuant les douleurs et autres symptômes ;
- » Description du fonctionnement quotidien (AVD/AVQ), influence des symptômes ;
- » Médication actuelle.

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 62




62

Guide: Examen physique

On s'attend à retrouver les éléments suivants :

- » Aspect général : apparence, attitude/posture, mobilité spontanée, démarche;
- » Inspection du site concerné et du pourtour;
- » Palpation du site concerné et du pourtour;
- » Examen du membre controlatéral;
- » Mesure des mouvements (actifs et passifs), test croisés ou indirects;
- » Tests spécifiques du site et du pourtour;
- » Examen neuro-vasculaire (dermatomes, myotomes, ROT), tests vasculaires et mensurations;

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 63




63

Guide: Avis motivé

Synthèse et discussion (médical)

Conclusion (légal)

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 64




64

Guide: Synthèse et Discussion

On s'attend à retrouver les éléments suivants :

- » Synthèse : diagnostics retenus ou à l'étude, bref résumé pertinent du dossier.
- » Réflexion sur la cohérence du tableau clinique et l'examen objectif.
- » Toute(s) opinion(s) médicale(s) et les motivations

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 65




65

Discussion (aspect médical: votre opinion)

Elle doit comprendre :

L'expression de votre opinion (*Discussion*) sur toute considération médicale pouvant éclairer le lecteur et servant à remplir votre mandat en tant qu'expert indépendant.

Opinion motivée.

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 66 

66


Guide: Conclusion (point 1)

Le diagnostic:

Considérant:

- le fait accidentel et les diagnostics retenus par la CNESST;
- les plaintes subjectives (les énumérer);
- les ATCD ou les conditions personnelles présents (indiquer si négatif);
- les trouvaillles objectives (les décrire ou indiquer si l'examen physique est normal);
- les examens paracliniques, les consultations et les expertises;

Je retiens comme diagnostics

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 67 

67

Guide: Conclusion (point 2)


La consolidation

Considérant:

- les diagnostics retenus (énumérer) et l'évolution de la lésion et les traitements reçus ou à recevoir;
- les ATCD ou les conditions personnelles présents (indiquer si négatif);
- les plaintes subjectives objectivées ou non par l'examen physique;
- l'examen physique du jour;
- les examens paracliniques, les consultations et les expertises;

la stabilisation de la lésion ou sa non stabilisation si non conso;

Je retiens comme date de consolidation (ou non consolidés)


Direction de l'accès au régime et des services médicaux 68 

68

La consolidation vs guérison

Définition de la consolidation :

- La consolidation ne correspond ni à l'absence de signe et symptôme, ni à la guérison, ni à la fermeture du dossier.
- La consolidation correspond à l'atteinte d'un plateau de stabilité clinique à partir duquel on ne s'attend plus à une amélioration significative et objectivable.

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 69 

69


Guide: Conclusion (point 3)

Les traitements

Considérant:

- les diagnostics retenus (énumérer) et l'évolution de la lésion et les traitements reçus;
- la consolidation ou non de la lésion;
- les ATCD ou les conditions personnelles présents (indiquer si absent);
- les plaintes subjectives objectivées ou non par l'examen physique;
- l'examen physique du jour;
- les examens paracliniques, les consultations et les expertises;

Si conso, fin des traitements..... ou je suggère

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 70 

70


Guide: Conclusion (point 4)

Atteinte permanente (APIPP)

Considérants:

- les diagnostics retenus;
- la consolidation des lésions;
- les ATCD ou les conditions personnelles présents (indiquer si négatif);
- l'examen objectif appuyant (ou non) les plaintes subjectives (décrire);
- les examens paracliniques, les consultations et les expertises;

Pas de séquelle ou les séquelles sont:
Si non conso, trop tôt pour les séquelles.

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 71 

71

Guide: Conclusion (point 5)


Limitations fonctionnelles

Considérant:

- les diagnostics retenus;
- la consolidation des lésions;
- les ATCD ou conditions personnelles présents (indiquer si négatif);
- l'examen objectif appuyant (ou non) les plaintes subjectives;
- les examens paracliniques, les consultations et les expertises (données essentielles);

Pas de limitation ou les limitations fonctionnelles sont: ...
Si non conso, trop tôt pour les limitations.

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 72




72

Limitations fonctionnelles permanentes résultant de la lésion professionnelle

Elles servent à déterminer la capacité résiduelle de travail

En donner trop
=
conséquences

Danger de perte d'emploi ?



En donner trop peu
=
conséquences

Risque de rechute, récidive ou aggravation ?

Il appartient à la CNESST d'évaluer la capacité de travail.

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 73




73

Les limitations fonctionnelles

- Bien délimiter les limitations fonctionnelles qui sont strictement reliées à une condition personnelle (si c'est possible).
- Ces limitations doivent être **cohérentes** avec votre expertise.
- Se rappeler que les limitations fonctionnelles sont permanentes et définitives.
- Les symptômes ne sont pas des LF

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 74



74


Les limitations fonctionnelles

- Une limitation fonctionnelle: « ne peut plus », « éviter de » ainsi qu'une restriction fonctionnelle: « ne doit pas » doivent être associées à un verbe d'action
- Lorsque partielle, la LF est précisée par une grandeur physique: durée, nombre, fréquence, rythme, distance, position, poids, amplitude, pression, intensité, puissance, autres.

N.B.: Une limitation n'est pas une incapacité à exercer un emploi en particulier
 Un nombre d'heures ou horaire de travail n'est pas une LF

Il appartient à la CNESST d'évaluer la capacité de travail.

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 75



75

Retour sur les faiblesses des expertises

L'état actuel du travailleur

L'examen physique

Les motivations

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 76




76

Faiblesse: l'état actuel

Importance :

- Le but premier de la CNESST :
 - Retour au travail régulier de façon sécuritaire;
 - Sinon, retour à un emploi convenable;
 - Éviter la chronicité.
- Critère important pour les limitations fonctionnelles;
- Critère important pour l'emploi (réadaptation).

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 77




77

Faiblesse: l'examen clinique

Importance :

- Motivation des avis;
- Aide pour le PSQAC et la CNESST;
- Défense d'un dossier;
- Détermination de l'APIPP;
- Détermination des limitations fonctionnelles;
- Établissement de la bilatéralité;
- Comparaison avec les examens d'autres expertises.
- L'examen objectif est un élément essentiel pour les motivations en cas de RRA, d'un diagnostic évolutif ou de nouveaux diagnostics.

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 78 

78

Faiblesse: La motivation des avis


Les éléments de motivation essentiels pour: chaque avis; chaque diagnostic,

Au minimum, les **4 éléments suivants** :

- 1- Notion de stabilisation ou de consolidation ou non;
- 2- Notion d'examen clinique;
- 3- Notion d'examens paracliniques;
- 4- Notion d'antécédents pertinents ou leur absence.

Basées sur les données scientifiques reconnues;

Des motivations **cohérentes** avec l'examen clinique et les examens paracliniques.

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 79 

79

Contrôle de la qualité des expertises


Comment procéder à l'autoévaluation de vos expertises

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 80 

80

Programme d'évaluation de la qualité des expertises

- Processus: Correction en auto-évaluation de 2 expertises selon la grille; Retour au comité d'évaluation pour correction; Retour à l'expert avec appréciation et lettre pour accréditation
- Objectifs : Moyenne > 75 % selon la grille.
- Étapes ultérieures (si objectif non atteint) :
 - Reprendre la formation.
 - 2^{ème} autoévaluation.
 - Renouvellement annuel.
- Accréditation pour l'autoévaluation :
 - Catégorie B du CMQ

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 81 

81

Grilles d'évaluation des expertises


- Musculosquelettique;
- Psychiatrie;
- ORL et maxillo-facial;
- Dentisterie;
- Pneumologie;
- Neurologie;
- Chirurgie générale;
- Douleur chronique et traitement.

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 82 

82

Fiche d'évaluation sommaire des expertises médico-légales MUSCULO-SQUELETTIQUE

Nom de l'expert:		Région d'origine:	
N° de dossier:		Région d'accueil (obligatoire):	
Date de l'expertise:		Région évaluée (OBLIGÉ):	
Date de réception de l'expertise:			
1.2 Table de l'expertise	1. Identification de l'expert 1.1 Identification de l'expert (signature ou raison de l'expert) 1.2 Date et lieu de l'expertise (ville ou quartier) 1.3 Texte pour l'expert (lettre ou formulaire de demande de l'expert)	Pondération	4
Les objectifs de l'expertise	1. Description des questions et réponses 1.1 Description des questions et réponses 1.2 Description des questions et réponses		3
L'évaluation spécifique	1.1 Description de l'état et des lésions objectives 1.2 Description de l'état et des lésions objectives (avec l'expertise et l'examen) 1.3 Description de l'état et des lésions objectives (avec l'expertise et l'examen) 1.4 Description de l'état et des lésions objectives (avec l'expertise et l'examen) 1.5 Description de l'état et des lésions objectives (avec l'expertise et l'examen) 1.6 Description de l'état et des lésions objectives (avec l'expertise et l'examen) 1.7 Description de l'état et des lésions objectives (avec l'expertise et l'examen)		12
Les antécédents pertinents	1. Au titre de l'expertise 1.1 Description des antécédents pertinents (avec l'expertise et l'examen) 1.2 Description des antécédents pertinents (avec l'expertise et l'examen) 1.3 Description des antécédents pertinents (avec l'expertise et l'examen) 1.4 Description des antécédents pertinents (avec l'expertise et l'examen) 1.5 Description des antécédents pertinents (avec l'expertise et l'examen) 1.6 Description des antécédents pertinents (avec l'expertise et l'examen) 1.7 Description des antécédents pertinents (avec l'expertise et l'examen)		6
Le bilan	1.1 Description de l'état et des lésions objectives 1.2 Description de l'état et des lésions objectives (avec l'expertise et l'examen) 1.3 Description de l'état et des lésions objectives (avec l'expertise et l'examen) 1.4 Description de l'état et des lésions objectives (avec l'expertise et l'examen) 1.5 Description de l'état et des lésions objectives (avec l'expertise et l'examen) 1.6 Description de l'état et des lésions objectives (avec l'expertise et l'examen) 1.7 Description de l'état et des lésions objectives (avec l'expertise et l'examen)		10
L'examen physique	1.1 Description de l'état et des lésions objectives 1.2 Description de l'état et des lésions objectives (avec l'expertise et l'examen) 1.3 Description de l'état et des lésions objectives (avec l'expertise et l'examen) 1.4 Description de l'état et des lésions objectives (avec l'expertise et l'examen) 1.5 Description de l'état et des lésions objectives (avec l'expertise et l'examen) 1.6 Description de l'état et des lésions objectives (avec l'expertise et l'examen) 1.7 Description de l'état et des lésions objectives (avec l'expertise et l'examen)		15

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 

83

LES OUTILS POUR ÉVALUER LA RELATION CAUSALE, ACCIDENTELLE OU NON		
Les 4 considérations essentielles à l'avis sur la relation causale		
A) Fait accidentel / Événement / Événement unique		B) Examen post-mortem de plus, but autre élément pertinent pour les autres
Événement et Diagnostic	1. Un rapport de la part d'un spécialiste (médecin) ou d'un autre professionnel de santé, indiquant que l'événement est survenu pendant le travail, en lien avec le travail, et que l'événement est survenu pendant le travail, en lien avec le travail, et que l'événement est survenu pendant le travail, en lien avec le travail.	Prévalence
Diagnostic(s)	1. Motivation : <u>CONCERNANT L'ÉVÉNEMENT</u> , le fait accidentel, les ATCO, l'examen physique et post-mortem et tout autre considération pertinente. 2. Conférence de l'opinion versus l'expertise	0
Date de certification	1. Motivation : <u>CONCERNANT L'ÉVÉNEMENT</u> , la certification ou non, les ATCO, l'examen physique et post-mortem et tout autre considération pertinente. 2. Conférence de l'opinion versus l'expertise	0
Service de traitement	1. Motivation : <u>CONCERNANT L'ÉVÉNEMENT</u> , la certification ou non, les ATCO, l'examen physique et post-mortem et tout autre considération pertinente. 2. Conférence de l'opinion versus l'expertise	0
L'APP	1. Motivation : <u>CONCERNANT L'ÉVÉNEMENT</u> , la certification ou non, les ATCO, l'examen physique et post-mortem et tout autre considération pertinente. 2. Conférence de l'opinion versus l'expertise	0
Limitations fonctionnelles	1. Motivation : <u>CONCERNANT L'ÉVÉNEMENT</u> , la certification ou non, les ATCO, l'examen physique et post-mortem et tout autre considération pertinente. 2. Conférence de l'opinion versus l'expertise	0
Requis	1. La partie accréditée des services de diagnostic post-mortem et de diagnostic. 2. Tout compte des services de diagnostic post-mortem et de diagnostic. 3. Tout compte des services de diagnostic post-mortem et de diagnostic.	0
COMMENTAIRES :		TOTAL : 100

84

LES OUTILS POUR ÉVALUER LA RELATION CAUSALE, ACCIDENTELLE OU NON		
Les 4 considérations essentielles à l'avis sur la relation causale		
A) Fait accidentel / Événement / Événement unique		B) Examen post-mortem de plus, but autre élément pertinent pour les autres
Événement et Diagnostic	1. Un rapport de la part d'un spécialiste (médecin) ou d'un autre professionnel de santé, indiquant que l'événement est survenu pendant le travail, en lien avec le travail, et que l'événement est survenu pendant le travail, en lien avec le travail, et que l'événement est survenu pendant le travail, en lien avec le travail.	Prévalence
Diagnostic(s)	1. Motivation : <u>CONCERNANT L'ÉVÉNEMENT</u> , le fait accidentel, les ATCO, l'examen physique et post-mortem et tout autre considération pertinente. 2. Conférence de l'opinion versus l'expertise	0
Date de certification	1. Motivation : <u>CONCERNANT L'ÉVÉNEMENT</u> , la certification ou non, les ATCO, l'examen physique et post-mortem et tout autre considération pertinente. 2. Conférence de l'opinion versus l'expertise	0
Service de traitement	1. Motivation : <u>CONCERNANT L'ÉVÉNEMENT</u> , la certification ou non, les ATCO, l'examen physique et post-mortem et tout autre considération pertinente. 2. Conférence de l'opinion versus l'expertise	0
L'APP	1. Motivation : <u>CONCERNANT L'ÉVÉNEMENT</u> , la certification ou non, les ATCO, l'examen physique et post-mortem et tout autre considération pertinente. 2. Conférence de l'opinion versus l'expertise	0
Limitations fonctionnelles	1. Motivation : <u>CONCERNANT L'ÉVÉNEMENT</u> , la certification ou non, les ATCO, l'examen physique et post-mortem et tout autre considération pertinente. 2. Conférence de l'opinion versus l'expertise	0
Requis	1. La partie accréditée des services de diagnostic post-mortem et de diagnostic. 2. Tout compte des services de diagnostic post-mortem et de diagnostic. 3. Tout compte des services de diagnostic post-mortem et de diagnostic.	0
COMMENTAIRES :		TOTAL : 100

85

La relation

- Il faut à tout prix éviter de vous prononcer sur la relation, (*pouvez-vous faire le lien...*) car votre devoir de réserve (neutralité) vous l'impose (cadre légal).
- La relation entre l'événement d'origine et le diagnostic appartient et doit être fait exclusivement par la CNESST (cadre légal).
- Vous ne vous prononcez que si on vous demande de donner votre opinion (*quelle est votre opinion...*).

La relation causale appartient à la CNESST

86

Conclusion

La motivation et avis (aspect légal)

Diagnostic(s)	Motivation : <u>CONCERNANT L'ÉVÉNEMENT</u> , le fait accidentel, les ATCO, l'examen physique, le post-mortem et tout autre considération pertinente. Conférence de l'opinion versus l'expertise	0 / 3
Date de certification	Motivation : <u>CONCERNANT L'ÉVÉNEMENT</u> , la certification ou non, les ATCO, l'examen physique, le post-mortem et tout autre considération pertinente. Conférence de l'opinion versus l'expertise	0 / 3
Service de traitement	Motivation : <u>CONCERNANT L'ÉVÉNEMENT</u> , la certification ou non, les ATCO, l'examen physique, le post-mortem et tout autre considération pertinente. Conférence de l'opinion versus l'expertise	0 / 3
L'APP	Motivation : <u>CONCERNANT L'ÉVÉNEMENT</u> , la certification ou non, les ATCO, l'examen physique, le post-mortem et tout autre considération pertinente. Conférence de l'opinion versus l'expertise	0 / 3
Limitations fonctionnelles	Motivation : <u>CONCERNANT L'ÉVÉNEMENT</u> , la certification ou non, les ATCO, l'examen physique, le post-mortem et tout autre considération pertinente. Conférence de l'opinion versus l'expertise	0 / 3
TOTAL		0 / 18

87

PAUSE

88

Rappels et commentaires

89

Rappels et commentaires

- Dans la *Discussion* : les opinions médicales.
- Dans la *Conclusion* : répondre au mandat, ni plus, ni moins.
- Motivations : ne pas oublier les antécédents.
- Diagnostic possible : dans la discussion et non dans la conclusion (un diagnostic possible n'est pas un diagnostic).

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

90



90

Rappels et commentaires

- L'importance d'une description détaillée de l'événement autant pour certifier un diagnostic que pour aider la CNESST à appliquer une relation
- Attention aux limitations fonctionnelles irréalistes : milieu sans poussière, sans humidité, milieu sans stress, etc.
- Soyez cohérent dans les limitations fonctionnelles.
Exemple : classe 4 pour une entorse lombaire.

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

91



91

Rappels et commentaires

- Vous ne pouvez pas demander des Rx ou des tests avant ou pendant l'expertise (votre avis est ponctuel).
- La physio/ergo est considérée comme une consultation : inscrire la durée, les derniers résultats, etc.
- Attention au « copier/coller » avec les gabarits : personnalisez. Relisez.
- Et éviter les tableaux excessifs.

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

92



92

Rappels et commentaires

- Dans les expertises en musculosquelettique, l'utilisation des gabarits pour les AVD/AVQ est recommandée.
- Attribution des dossiers, grands et petits, se fait de façon égale pour tous (cf. codes de complexité).
- Le consentement écrit n'est pas nécessaire, mais recommandé en autant que l'expert note que le travailleur est d'accord à procéder à l'expertise.

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

93



93

Rappels et commentaires

- Les implications d'une annulation d'une expertise et les conséquences de la faire à la dernière minute.
- Éviter les commentaires sur les autres confrères.
- Éviter d'utiliser REM comme titre de votre rapport (REM = rapport d'évaluation médicale et non expertise).

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

94



94

Rappels et commentaires

- Codes de complexité disponibles.
- Mieux connaître la CNESST : tout le monde y gagne, surtout votre patient.

JF1 18 novembre 2022
Méduse

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux


95



95

Rappels et commentaires

- Feuille de présence :
 - 3 heures de Catégorie A du CMQ.
- Besoin de médecins pour expertises:
 - dans certaines spécialités: psychiatrie, neurologie, neurochirurgie, etc.
 - recrutement de vos collègues.
@cnesst.gouv.qc.ca
Tél.: 514 906-3006, [redacted]
 - recrutement pour cannabis et COVID

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 96 

96


Les dossiers

Que faire des dossiers après l'expertise?

Soit les retourner à la CNESST.

Soit les déchiqueter.

Attention au bris de confidentialité


Direction de l'accès au régime et des services médicaux 97 

97

Retard dans la transmission des rapports Procédure après 30 jours

Étapes :

- 1- Appel à votre secrétaire.
- 2- Appel du médecin-conseil régional
- 3- Appel ou lettre de la DARSM.
- 4- Appel téléphonique à l'expert
 - Rappel des exigences de la CNESST et des règles d'engagement.
 - Mise en place de mesures.
- 5- Avis écrit, aucune autre demande 204, entente à faire.
- 6- Si toujours retard: annulation des demandes retrait potentiel de la liste.


Direction de l'accès au régime et des services médicaux 98 

98

Que faire si le travailleur ne se présente pas ou expertise annulée


- 40 % des honoraires prévus pour l'évaluation médicale.
- Ne s'applique pas si le rendez-vous prévu est comblé
- Le contexte 100 (anciennement MOD 032), applicable uniquement pour les expertises demandées par la CNESST,
- Avertir la secrétaire du bureau régional ou le centre de convocation de la CNESST que le travailleur ne s'est pas présenté (pas de rapport écrit).

N.B.: annulée dans un délai maximal de 10 jours avant la date fixée et non remplacée.

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 99 

99


Post-test



100

Post-test

1. Fracture de la cheville, pas de rapport au dossier depuis deux ans; vous pouvez demander des radiographies le jour de l'expertise.
Vrai ou faux
2. Je peux postdater la date de consolidation dans les 15 jours suivant mon expertise.
Vrai ou faux
3. Dans ma conclusion, je peux donner des limitations temporaires
Vrai ou faux

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 101 


101

Post-test

4. Si je me prononce sur le point 1 de la LATMP, je peux répondre aux points 2 à 5 sur ce nouveau diagnostic dans ma conclusion.
Vrai ou faux

5. Si je consolide une lésion le jour de mon expertise, je peux suggérer de poursuivre la physiothérapie.
Vrai ou faux

6. Je peux me prononcer sur la relation si on me le demande.
Vrai ou faux

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 102 


102

Post-test

7. On me demande de me prononcer sur un diagnostic accepté qui n'existe pas (ex. : entorse de la malléole). Comme ce diagnostic n'existe pas, je n'ai pas à me prononcer.
Vrai ou faux

8. Si j'annule une expertise 15 jours avant la date prévue, ceci n'a aucune conséquence pour le centre de convocation.
Vrai ou faux

9. Lors de l'expertise, le temps alloué pour l'anamnèse et l'examen physique est parmi les principales faiblesses pour la qualité des expertises.
Vrai ou faux


Direction de l'accès au régime et des services médicaux 103 

103

Post-test

10. « Déchirure méniscale sur une condition personnelle d'arthrose » a la même implication que « déchirure méniscale, aggravation d'une condition personnelle d'arthrose ».
Vrai ou faux

11. Le MQAC a consolidé la lésion. On demande une expertise sur le point 4 et 5, mais vous n'êtes pas d'accord sur la conso. Les traitements ne sont pas terminés selon vous. Dans ce cas vous n'avez pas à vous prononcer sur 4 et 5.
Vrai ou faux


Direction de l'accès au régime et des services médicaux 104 

104

Scénarios

7 scénarios

pour mettre en pratique la conduite à tenir dans les différents mandats.

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 105 


105

Scénario 1
Diagnostic accepté : n'existe pas

mandat : 2 à 5

L'expert n'est pas d'accord avec le ou les diagnostics acceptés.

exemple:
diagnostics acceptés:
entorse tête humérale;
tendinite épaule;
capsulite épaule;

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 106 

106


Scénario 1
Diagnostic accepté : n'existe pas

mandat : 2 à 5

• **Discussion:**

- ce diagnostic qui n'existe pas mais accepté;
- vous pouvez indiquer les bons diagnostics;
- motivations.

• **Et dans la Conclusion,?**

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 107 

107

Scénario 1
Diagnostic accepté : n'existe pas

mandat : 2 à 5


Attention: pas de mandat sur le point 1.

• **Conclusion:**

Consolidation sans Tx, sans APIPP ni limitations fonctionnelles.

Vous devez remplir votre mandat (2 à 5) en répondant aux questions posées avec le(s) diagnostic(s) accepté(s).

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 108



108


Scénario 2
Diagnostic accepté : pas d'accord

mandat 2 à 5

Vous n'êtes pas d'accord avec le ou un des diagnostics acceptés,
et/ou vous voulez introduire un nouveau diagnostic.

Attention: pas de mandat sur le point 1.

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 109



109

Scénario 2
Diagnostic accepté : pas d'accord

mandat : 2 à 5


Aspect médical :

Dans la Synthèse et Discussion :

- Exprimez votre désaccord sur le ou les diagnostics acceptés;
- Présentez votre nouveau diagnostic;
- Motivez vos opinions.

Et dans la Conclusion?

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 110



110

Scénario 2
Diagnostic accepté : pas d'accord

mandat : 2 à 5


Aspect légal :

Dans la Conclusion:

Points 2 à 5 sur **tous** les diagnostics acceptés seulement:

- sur les diagnostics acceptés sur lesquels vous êtes d'accord;
- et sur les diagnostics acceptés sur lesquels vous n'êtes pas d'accord:
 - conso;
 - sans traitement;
 - sans APIPP;
 - sans LF.
- motivations.

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 111



111

Scénario 2
Diagnostic accepté : pas d'accord


mandat : 2 à 5

La CNESST assurera :

- le suivi avec le PSQAC;
- établira la relation entre le nouveau diagnostic et le fait accidentel (si le professionnel traitant retient ce diagnostic).

À votre convenance, vous pouvez vous prononcer sur les autres points (2 à 5) pour votre nouveau diagnostic uniquement dans la Discussion, car le PSQAC ne l'a pas encore retenu.

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 112




112

Scénario 3
Points 1: diagnostics

mandat : 1 à 5

- Diagnostics acceptés : a, b, c, d.
- **Dans la Discussion**, vous retenez a et c et inscrivez un nouveau diagnostic;
- Et vous justifier :
 - votre nouveau diagnostic;
 - pourquoi vous retenez a et c;
 - pourquoi vous rejetez b et d.
- **Et dans la Conclusion,?**

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 113



113

Scénario 3
Points 1: diagnostics

mandat : 1 à 5


Dans la Conclusion:

Vous répondez aux points 2 à 5 sur vos diagnostics que vous avez retenus, avec motivations, car tel est votre mandat

...même si ce nouveau diagnostic n'a pas encore été retenu par le PSQAC, et que la CNESST n'a pas encore établi la relation.

La CNESST s'occupera de faire le suivi pour ce diagnostic non encore accepté.

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 114




114

Scénario 3
Nouveau diagnostic

• Pour tout nouveau diagnostic, vous devez baser vos motivations sur les critères suivants au minimum:

- Réalité et intensité du trauma;
- Certitude du diagnostic;
- Vraisemblance du diagnostic;
- Absence ou non d'antécédents;
- Corrélation blessure/séquelle;
- Continuité évolutive.

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 115



115

Scénario 4
Question supplémentaire


mandat : 1 à 5

La CNESST vous a posé une autre question :

Exemples : « Y a-t-il des signes de... »
« Diagnostic à l'étude... »
« Diagnostic en suspens... »

Questions :
Points 2 à 5 sur les diagnostics acceptés;
Point 1 sur le diagnostic en suspens, et si vous le retenez, points 2 à 5.

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 116



116

Scénario 4
Question supplémentaire

mandat : 1 à 5


Réponses (dans la Conclusion) :

a) point 1 : vous ne retenez pas le diagnostic en suspens. motivations;

b) point 1 : vous retenez le diagnostic en suspens motivations; vous vous prononcez sur 2 à 5 motivations.

et points 2 à 5 sur les diagnostics acceptés.

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 117




117

Scénario 5
Pas d'accord sur la conso et Tx

mandat : 4 et 5

- On vous demande de vous prononcer sur les points 4 et 5 pour un diagnostic accepté et consolidé.
- Vous êtes d'accord sur le diagnostic accepté, mais pas sur la consolidation et la fin des traitements.

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 118



118

Scénario 5
Pas d'accord sur la conso et Tx


mandat : 4 et 5

Aspect médical :

Dans la *Discussion*, tout en motivant votre opinion, vous pouvez indiquer :

« Nous jugeons prématuré de nous prononcer sur les questions posées parce que ».

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 119



119

Scénario 5
Pas d'accord sur la consolidation

mandat : 4 et 5


Aspect légal :

Mais vous devez répondre au mandat :

aux points 4 et 5.

(un minimum ou sans APIPP ni LF?)

- La CNESST assurera le suivi avec le PSQAC (RRA?).

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 120 

120


Scénario 6
RMF consolidation

mandat : 2 à 5

- Diagnostics acceptés : _____
- Avant la rencontre, vous recevez le rapport médical final (RMF) du PSQAC :

Consolidation avec APIPP, sans LF.

- Votre mandat: points 2 à 5.

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 121 

121

Scénario 6
RMF consolidation


mandat : 2 à 5

Aspect médical :

Dans la *Discussion*, vous dites votre opinion :

- Vous êtes ou pas d'accord avec la conso;
- Le travailleur devrait poursuivre ou pas tel traitement;
- Il est trop tôt ou pas pour l'APIPP;
- Le travailleur devrait avoir ou pas des LF.

- Ou tout autre opinion...

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 122 

122

Scénario 6
RMF consolidation


mandat : 2 à 5

Aspect légal : consolidé avec APIPP sans LF (PSQAC).

Sur les points 2 à 5 (mandat), vous répondez:

- a) soit en tenant compte du RMF;
- b) soit en ne tenant pas compte du RMF.

- La CNESST assurera le suivi avec le PSQAC.


Direction de l'accès au régime et des services médicaux 123 

123

Scénario 7
État détérioré

mandat : 4 et 5

- Mandat : points 4 et 5.
- Diagnostics acceptés : _____
- RMF : consolidé avec avec.
- À la rencontre, vous voyez qu'il y a détérioration nécessitant des soins rapidement.

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 124 

124

Scénario 7
État détérioré (condition personnelle)


mandat : 4 et 5

- **Aspect médical :**

Vous donnez votre opinion dans la *Discussion*.

- **Aspect légal :**

Vous répondez au mandat (4 et 5) au meilleur de votre connaissance du dossier, de l'examen, de la situation pré-détérioration, etc.


Direction de l'accès au régime et des services médicaux 125 

125

Suivi des expertises


Évaluation de la conformité par la CNESST avant envoi au PSQAC;

**Si le PSQAC n'est pas d'accord avec vos conclusions (RC),
le dossier sera transmis au BEM.**

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 126 


126

**Cas cliniques
et
Sujets particuliers**

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 127 

127


Cas cliniques des participants

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 128 

128

Sujets particuliers:


- Fibromyalgie;
- SDRC;
- Tests indirects;
- Mouvements actifs/passifs;
- Séquelles fonctionnelles;
- Limitations fonctionnelles.
- Questions sur le Barème, situations particulières;

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 129 

129


Sujets particuliers:

- Comment se débarrasser des diag. inutiles?
- Atteinte du côté opposé par compensation
- Codes des tissus mous
- Codes par analogie

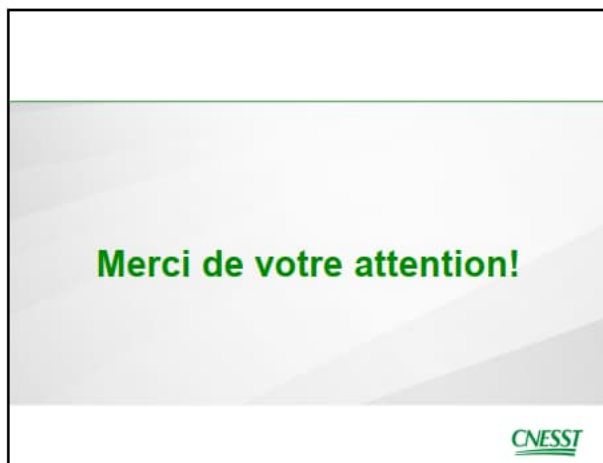
Direction de l'accès au régime et des services médicaux 130 

130

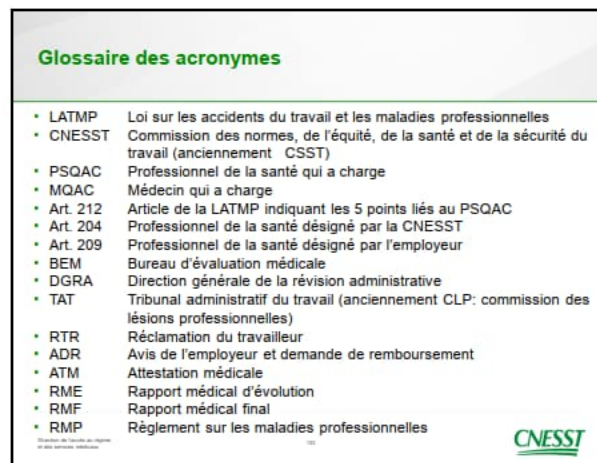
Autres questions?

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 131 

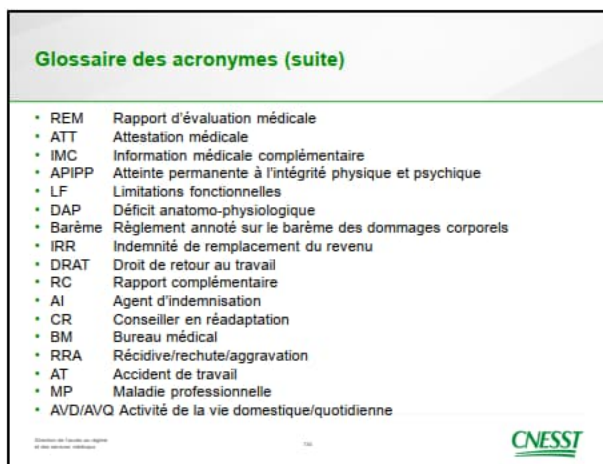
131



132



133



134

**L'EXPERTISE MÉDICALE
À LA CNESST**

**ET LES LÉSIONS
MUSCULO-SQUELETTIQUES**

Direction de l'expertise médicale et des services de santé
Avril 2025

Direction des services de santé,
du travail et de la sécurité du travail
cnesst.gouv.qc.ca




1

REPRODUCTION INTERDITE

Toute reproduction ou diffusion de cette formation
est interdite sans l'autorisation de la
Direction de l'expertise médicale et des services de santé
de la CNESST.

Elle seule peut permettre à un tiers d'en utiliser le contenu.

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé



2

**DÉCLARATION DE CONFLITS
D'INTÉRÊTS POTENTIELS**

Affiliations : Médecin-conseil de la CNESST
Direction de l'expertise médicale et des services de santé

Société commerciale / non commerciale : Aucune

Support financier : Aucun

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé




3

OBJECTIFS

À la fin de cette présentation, vous serez en mesure de mieux :

- Déterminer l'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique (APIPP) en lien avec le système musculo-squelettique
- Reconnaître les éléments à considérer pour l'évaluation des limitations fonctionnelles permanentes

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé




4

PLAN DE LA PRÉSENTATION

- Production du rapport d'expertise
- Détermination de l'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique (APIPP)
- Évaluation des limitations fonctionnelles permanentes
- Post-test

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé



5

RÉDACTION DU RAPPORT D'EXPERTISE

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé



6

M. B.-D.

- Vous rencontrez ce travailleur dans le cadre d'une expertise demandée par la CNESST.
- Votre avis est souhaité sur les points 2 à 5.
- Le diagnostic accepté par la CNESST est celui de déchirure de la coiffe des rotateurs droite.

Parmi les affirmations suivantes, laquelle est vraie ?

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

7



7

M. B.-D.

- A. Si vous croyez que la condition est incompatible avec une déchirure de la coiffe, vous donnez votre avis au point 1 concernant le diagnostic qui devrait être retenu même si votre opinion n'est pas sollicitée à ce sujet.
- B. Compte tenu que la lésion est stabilisée, vous prévoyez la date de consolidation dans 2 semaines afin que le programme de réadaptation en cours puisse être complété.
- C. Lorsque vous considérez qu'une lésion est consolidée, vous pouvez recommander des limitations fonctionnelles temporaires afin de permettre une réintégration progressive au travail.
- D. Vous donnez votre avis sur la capacité de travail.
- E. Aucune de ces réponses

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

8



8

M. B.-D.

- A. Si vous croyez que la condition est incompatible avec une déchirure de la coiffe, vous donnez votre avis au point 1 concernant le diagnostic qui devrait être retenu même si votre opinion n'est pas sollicitée à ce sujet.
- B. Compte tenu que la lésion est stabilisée, vous prévoyez la date de consolidation dans 2 semaines afin que le programme de réadaptation en cours puisse être complété.
- C. Lorsque vous considérez qu'une lésion est consolidée, vous pouvez recommander des limitations fonctionnelles temporaires afin de permettre une réintégration progressive au travail.
- D. Vous donnez votre avis sur la capacité de travail.
- E. Aucune de ces réponses

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

9



9

EXPERTISE 204**13. Conclusions****1. Diagnostic(s)**

- Considérant le diagnostic accepté
- Considérant l'absence ou la présence d'antécédent au site de la lésion
- Considérant le mécanisme de production, le décrire, l'expliquer, vraisemblance
- Considérant les trouvaillles aux examens paraclinique, positives négatives
- Considérant les plaintes subjectives, concordances avec l'examen objectif
- Considérant l'examen objectif ce jour, en relation avec le diagnostic

Je retiens ou je ne retiens pas ce ou ces diagnostics

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

10



10

DIAGNOSTIC PRÉCIS

- Importance de retenir un **diagnostic et un siège de lésion précis** car votre avis sera soumis au PSQAC et qu'une décision sera éventuellement rendue par la CNESST :
 - Déchirure ménisque interne genou droit (et non pas déchirure ménisque genou droit)
- Les **algies** ne sont habituellement pas considérées comme un diagnostic par la CNESST (lombalgie, brachialgie, sciatralgie ...) mais plutôt comme un symptôme
- Les diagnostics **«probables»** et **«possibles»** ne sont habituellement pas étudiés à la CNESST car ils sont considérés comme une hypothèse diagnostique

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

11



11

EXPERTISE 204**13. Conclusions****2. Consolidation**

- Considérant le ou les diagnostics retenus
- Considérant l'absence d'antécédent au site
- Considérant les différentes trouvaillles paracliniques et/ou peropératoire
- Considérant les traitements qui ont été prodigués jusqu'à ce jour, durée, type, résultats, autres options
- Considérant la stabilité obtenue avec les traitements reçus
- Considérant les plaintes subjectives
- Considérant l'examen objectif ce jour

✓ **Avis sur la consolidation ou non** de chacun des diagnostics retenus en précisant la date de consolidation le cas échéant

✓ **Ne pas suggérer une date de consolidation dans le futur**

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

12



12

EXPERTISE 204


13. Conclusions

3. Nature, nécessité, suffisance durée des soins ou des traitements administrés ou prescrits

- Considérant le ou les diagnostics retenus
- Considérant l'absence d'antécédent au site
- Considérant les différentes trouvaillles paracliniques et/ou peropératoire
- Considérant les traitements qui ont été prodigués jusqu'à ce jour, durée, type, résultats, autres options
- Considérant les plaintes subjectives
- Considérant l'examen objectif ce jour

✓ Si consolidation : Suffisance des soins et des traitements
Le fait de consolider ne représente pas un frein à la réalisation de traitement d'appoint ex: infiltration, suivi à la clinique de la douleur

✓ Si non consolidation : Suggérer des soins et traitements et préciser ceux qui doivent être cessés

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 13 

13

EXPERTISE 204


13. Conclusions

4a. Existence d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique

- Considérant les diagnostics retenus
- Considérant l'absence d'antécédent au site de la lésion
- Considérant les traitements qui ont été prodigués à ce jour
- Considérant les différentes trouvaillles cliniques et paracliniques
- Considérant la stabilité obtenue à la suite des traitements reçus (consolidation)
- Considérant les plaintes subjectives
- Considérant l'examen objectif ce jour

✓ Avis concernant l'existence ou non et, s'il y a lieu le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique pour chacun des diagnostics retenus considérés consolidés

✓ Pour les diagnostics retenus non consolidés, préciser qu'il est trop tôt pour évaluer l'atteinte permanente en lien avec ceux-ci

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 14 

14



EXPERTISE 204

13. Conclusions

4b. Évaluation de l'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique

[Accueil | Commission des normes de l'équité de la santé et de la sécurité du travail - CNESST \(gouv.qc.ca\)](#)




Direction de l'expertise médicale et des services de santé 15  

15

ATTEINTE PERMANENTE À L'INTÉGRITÉ PHYSIQUE OU PSYCHIQUE (APIPP)

- 1) Déficit anato-mo-physiologique (DAP, chapitre I à XVII du Barème) aux séquelles actuelles et antérieures
- 2) Préjudice esthétique (PE, chapitre XVIII) aux séquelles actuelles et antérieures
- 3) Bilatéralité (la bilatéralité sera calculée par la CNESST mais vous devez décrire les atteintes nécessaires à ce calcul, s'il y a lieu) DAP seulement
- 4) Pourcentage pour douleur et perte de jouissance de la vie (DPJV, chapitre XIX)

Vous n'avez pas à évaluer le DPJV (Bonne nouvelle !)

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 16 

16


EXPERTISE 204

13. Conclusions

4b. Évaluation de l'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique (APIPP)

Pour déterminer l'indemnité pour préjudice corporel (IPC) :

- Montant forfaitaire unique
- Versée au travailleur ayant des atteintes permanentes
- Dépend de l'âge du travailleur

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 17 


17

RÈGLEMENT ANNOTÉ SUR LE BARÈME DES DOMMAGES CORPORELS

CODE PARTICULIER POUR CHAQUE SÉQUELLE

	vi. Ménisectomie sans séquelle fonctionnelle	
103033	☐ interne	1
103042	☐ externe	1
103051	☐ interne et externe	2
	avec séquelles fonctionnelles	
103060	☐ interne	1
103079	☐ externe	1
103088	☐ interne et externe	2

de plus, se référer au tableau 8 des ankyloses du genou et au tableau 9 des instabilités du genou dap

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 18  Page 39

18

UTILITÉ DES CODES (OUTIL)

PRÉFIXE : APPLICATION DU PRINCIPE DE BILATÉRALITÉ

• PRÉFIXE : 1 2 3 4 5 6

Préfixe 1 : bilatéralité peut s'appliquer (ex. : membres, SNP)

Préfixe 2 : bilatéralité ne s'applique pas (ex. : colonne, sacrum)

Préfixe 3 : un seul des deux organes symétriques est atteint (ex. : système maxillo-facial)

Préfixe 4 : les deux organes symétriques sont atteints et la bilatéralité est déjà appliquée (ex. : hernies inguinales)

19

COMMENT ÉTABLIR LE BILAN DES SÉQUELLES : TROIS PARTIES À CONSIDÉRER (OUTIL)

Dresser le bilan des séquelles et commenter, s'il y a lieu

Pour chaque séquelle, inscrire le code, la nature et le pourcentage que vous avez fixés. Pour ce faire, veuillez vous référer au Règlement annoté sur le barème des dommages corporels*.

Regrouper, sous le titre approprié, les séquelles qui appartiennent à l'un ou à l'autre des trois groupes suivants :

1. **Séquelles actuelles** (ensemble des séquelles aux sièges de la lésion professionnelle)
code nature %
2. **Séquelles antérieures** (de toute origine aux sièges de la lésion professionnelle avant son aggravation)
code nature %
3. **Autres déficits reliés à la bilatéralité** (autres déficits permanents de toute origine, non identifiés en 1 et en 2 mais devant être considérés dans le calcul de la bilatéralité)
code nature %

20

DÉFICIT ANATOMO-PHYSIOLOGIQUE (DAP)

21

DÉFICIT ANATOMO-PHYSIOLOGIQUE (DAP)

- Les % inscrits sous le titre DAP correspondent à un déficit précis
- Ils **ne peuvent être modifiés** ni à la hausse, ni à la baisse, en fonction de ce déficit
- Il s'agit donc d'un barème **non-discretionnaire**

22

RÈGLES PARTICULIÈRES DU SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE

- 1) L'examen d'une articulation se fait par comparaison à l'**articulation du membre opposé lorsque saine**.

Dans les autres cas, on se réfère aux données conventionnelles du barème.

23

M. T. W.

- Fracture du plateau tibial interne du genou droit consolidée.
- Flexion du genou droit à 120°. Flexion du genou gauche à 140°.
- Le reste de l'examen est normal.

Quel bilan des séquelles retenez-vous ?

24

3. Genou

L'examen se pratique le genou en extension complète ou maximale.

i. Fracture

d'un ou des plateaux tibiaux

102935 ■ sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique

0

■ avec séquelles fonctionnelles

se référer au tableau 8 des ankyloses du genou ou à ceux des autres articulations atteintes, ainsi qu'au tableau 9 des instabilités du genou

dap

Page 37

Direction des hospitalisations et des services de soins

CNESST

25

CODEF % DAP

TABLEAU 8

ANKYLOSES PERMANENTES DU GENOU

B. INCOMPLETE

■ Flexion en sa totalité à la flexion maximale jusqu'à 130° jusqu'à

	Degrés	
106815	130 (normal)	0
106824	120	1
106833	110	2
106842	90	4
106851	75	5
106860	60	6
106879	45	8
106888	30	10
106897	15	15
106904	0	20

85

Page 88

Direction des hospitalisations et des services de soins

CNESST

26

TABLEAU 9

INSTABILITÉS DU GENOU

107039	Légère laxité sans séquelle fonctionnelle	1
107048	Légère laxité ligamentaire symptomatique	2
107057	Instabilité ligamentaire symptomatique qui ne nécessite pas le port d'une orthèse	5
107066	Instabilité simple ou complexe nécessitant le port d'une orthèse pour certaines activités de travail ou de loisir	10
107075	Instabilité simple ou complexe nécessitant le port d'une orthèse fonctionnelle pour toutes les activités	15

Instabilité ligamentaire accompagnée de séquelles fonctionnelles

Le pourcentage prévu pour chacune des séquelles d'addition, mais la somme de ceux-ci ne doit pas dépasser le pourcentage prévu pour une arthrose du genou en position de fonction

dap

Page 90

Direction des hospitalisations et des services de soins

CNESST

27

M. T. W.

Séquelles actuelles :

Fracture du plateau tibial interne du genou droit 106833 perte de 20° de flexion du genou droit 2%

Séquelles antérieures :

Nil

Autres déficits reliés à la bilatéralité :

Nil

Page 28

Direction des hospitalisations et des services de soins

CNESST

28

RÈGLES PARTICULIÈRES DU SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE

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

Page 5

Direction des hospitalisations et des services de soins

CNESST

29

MME L.-F.

- Cette travailleuse est tombée en traversant une voie ferrée.
- Diagnostic reconnu : **fracture de la clavicule gauche.**
- Lésion consolidée.
- L'abduction de l'épaule gauche est mesurée à 145° comparativement à une mobilité de l'épaule droite qui est superposable aux valeurs normales du barème.

Pourriez-vous établir le bilan des séquelles actuelles ?

Page 30

Direction des hospitalisations et des services de soins

CNESST

30

FRACTURE DE LA CLAVICULE

b) FRACTURE, LUXATION, ENTORSE

1. Clavicule, omoplate

i. Fracture consolidée

100090 ■ sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique 0

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

Page 8

Direction des hospitalisations médicaux et des services de soins

31

N. 2022

N. INCOMPLETE
et abdications

Annexe de la N. 4. 2022 incluant les renseignements de l'Annexe 1

	Degrés perdus	Degrés retenus	Annexe 1
1000701	0	0	0
1000008	20	20	0
1000017	0	0	0
1000020	0	0	0
1000025	0	0	0
1000034	0	0	0
1000035	0	0	0
1000037	0	0	0
1000071	0	0	0
1000080	0	0	0

Page 66

Direction des hospitalisations médicaux et des services de soins

32

MME L.-F.

Séquelles actuelles :
Fracture de la clavicule gauche
104817 abduction épaule gauche à 145° retenus 2%

Séquelles antérieures :
Aucune

Autres déficits reliés à la bilatéralité :
Aucun

Page 22

Direction des hospitalisations médicaux et des services de soins

33

ATTEINTE DES TISSUS MOUS DU MEMBRE SUPÉRIEUR

c) ATTEINTE DES TISSUS MOUS (MEMBRE SUPÉRIEUR)

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

102365 ■ sans séquelle fonctionnelle, ni changement radiologique 0

102374 ■ sans séquelle fonctionnelle, mais avec changements radiologiques 1

102383 ■ avec séquelles fonctionnelles de plus, se référer au tableau des ankyloses de la ou des articulations atteintes ainsi qu'au tableau 5 des atrophies du membre supérieur dap

Page 32

Direction des hospitalisations médicaux et des services de soins

34

M. L.-B.

- Ce travailleur a ressenti une douleur aiguë à l'épaule gauche en 2022 en tentant de décoincer la porte d'un wagon.
- Diagnostic reconnu : tendinite de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche.
- À la consolidation, il présente une douleur résiduelle à l'épaule gauche avec abduction à 160° comparativement à une abduction de 180° du côté droit. Les autres mouvements sont normaux.

Pouvez-vous déterminer le bilan des séquelles ?

Page 10

Direction des hospitalisations médicaux et des services de soins

35

M. L.-B.

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

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

Page 10

Direction des hospitalisations médicaux et des services de soins

36

ATTEINTE DES TISSUS MOUS DU MEMBRE SUPÉRIEUR

c) ATTEINTE DES TISSUS MOUS (MEMBRE SUPÉRIEUR)

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

102365	■ sans séquelle fonctionnelle, ni changement radiologique	0
102374	■ sans séquelle fonctionnelle, mais avec changements radiologiques	1
102383	■ avec séquelles fonctionnelles	2

de plus, se référer au tableau des ankyloses de la ou des articulations atteintes ainsi qu'au tableau 5 des atrophies du membre supérieur dap

Page 32

Direction des hospitalisations et des services de soins

CNESST

37

M. L.-B.

M. L.-B. INCOMPLÈTE

et abdications

Annexe de la N. A. 2007 incluant les mouvements de l'épaule

	Degrés perdus	Degrés restants	Degrés restants (pourcentage)
104721	0	360	100
104808	20	340	94
104817	30	330	92
104826	40	320	89
104835	50	310	86
104844	60	300	83
104853	70	290	81
104862	80	280	78
104871	90	270	75
104880	100	260	72

Page 66

Direction des hospitalisations et des services de soins

CNESST

38

ATROPHIE MUSCULAIRE DU MEMBRE SUPÉRIEUR

TABLEAU 5
ATROPHIE MUSCULAIRE PERMANENTE DU MEMBRE SUPÉRIEUR

106272	Atrophie musculaire permanente, de 3 cm et plus, mesurée à la partie moyenne du bras, incluant la faiblesse musculaire qui pourrait en résulter	3,5
106281	Atrophie musculaire permanente de 2 cm et plus, mesurée au tiers supérieur de l'avant-bras, incluant la faiblesse musculaire qui pourrait en résulter	2,5

Page 81

Direction des hospitalisations et des services de soins

CNESST

39

M. L.-B.

Séquelles actuelles :

102383	Atteinte des tissus mous du membre supérieur gauche avec séquelles fonctionnelles	2%
104808	Perte de 20° d'abduction épaule gauche	1%

Séquelles antérieures :
Aucune

Autres déficits liés à la bilatéralité : aucun

Page 61

Direction des hospitalisations et des services de soins

CNESST

40

TENDINITE DE L'ÉPAULE

- Dans le cas d'une tendinite de l'épaule, on peut accorder un DAP pour **atteinte des tissus mous du membre supérieur** (barème, page 32).
- Si applicable, les DAP pour **ankyloses incomplètes de l'épaule** se trouvent à la page 66 et aux pages suivantes. Pour calculer la perte de mouvements, on compare l'amplitude articulaire avec le côté sain. À noter que si une ankylose se situe entre deux valeurs du tableau, on accorde le DAP le plus élevé (règle particulière no 2, page 5).
- Si applicable, les DAP pour **atrophie musculaire du membre supérieur** se trouvent au tableau 5 de la page 81 du barème.

Page 41

Direction des hospitalisations et des services de soins

CNESST

41

M. L.-V.

- Ce travailleur de 36 ans a subi une entorse lombaire en soulevant une caisse de 25 kilos le 31 août 2022. Aucun antécédent à la région lombaire.
- Lésion consolidée le 15 décembre 2022.
- Il présente une douleur lombaire en barre résiduelle sans irradiation. La douleur est augmentée par les mouvements du tronc et en position assise ou debout prolongée.

Page 42

Direction des hospitalisations et des services de soins

CNESST

42

M. L.-V.

- La flexion antérieure du tronc se fait à 70° avec douleur lombaire en fin de mouvement et au moment de se redresser. L'extension du tronc est limitée à 20° avec douleurs. Les flexions latérales et les rotations vers la droite et la gauche sont normales à 30° avec de légères douleurs.
- L'élevation de la jambe tendue (SLR) cause uniquement des douleurs lombaires à 80° à gauche et à droite. Le Tripode est négatif tout comme le Lasègue inversé (Ely) des deux côtés.
- Le reste de l'examen est sans particularité.

Quel bilan des séquelles retenir-vous ?

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

43

ENTORSE DORSO-LOMBAIRE

b) COLONNE DORSO-LOMBAIRE

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

203997	■ sans séquelle fonctionnelle objectivée	0
204004	■ avec séquelles fonctionnelles objectivées, avec ou sans changement radiologique	2

Page 53

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

44

M. L.-V.

Séquelles actuelles :

204004 entorse lombaire avec séquelles fonctionnelles 2%

Séquelles antérieures : aucune

Autres déficits reliés à la bilatéralité : aucun

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

45

ENTORSE LOMBAIRE

- Page 53 du barème des dommages corporels, l'entorse lombaire peut être :
 - sans séquelle fonctionnelle objectivée (0 %)
 - OU
 - avec séquelles fonctionnelles objectivées (2 %)

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

46

HERNIE DISCALE DORSO-LOMBAIRE

3. Autres pathologies dorsales, lombaires ou sacrées

204148 I. Hernie discale non opérée prouvée cliniquement et par tests spécifiques 2

de plus, s'ajoutent les pourcentages prévus pour les ankyloses et les séquelles neurologiques. Se référer au tableau 12 des ankyloses de la colonne dorso-lombaire et au chap. IV dap

Page 56

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

47

ANKYLOSES PERMANENTES DE LA COLONNE DORSO-LOMBAIRE

TABEAU 12
ANKYLOSES PERMANENTES DE LA COLONNE DORSO-LOMBAIRE

207564	A. ANKYLOSE COMPLÈTE PERMANENTE	30	
	B. ANKYLOSE INCOMPLÈTE		
	■ Flexion antérieure (normale 0 à 90°)		
	Degrés perdus	Degrés retenus	
207573	90	0	9
207582	60	30	7
207591	40	50	5
207608	20	70	3
207617	0	90 (normal)	0

Page 99 et suivantes

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

48

ATTEINTES RADICULAIRES

TABLEAU 6

UNITÉS SERVICE FONCTIONNELLES

PROTHÈSE	MOYEN (Libéral)					MOYEN (Libéral)				
	D	10	20	30	40	D	10	20	30	40
106708	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000
106709	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000

Page 152

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

49

RÈGLES PARTICULIÈRES DU SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE

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

Page 5

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

50

POURCENTAGE MAXIMAL APPLICABLE AU GENOU

TABLEAU 8

ANKYLOSES PERMANENTES DU GENOU

A. COMPLÈTE

106708 Ankylose complète du genou en légère flexion de 10° avec ou sans patellectomie, sans varus, ni valgus, incluant le raccourcissement réel de 3 cm ou moins ainsi que l'atrophie musculaire permanente et secondaire de la cuisse

20

Page 87

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

51

POURCENTAGE MAXIMAL APPLICABLE AU GENOU

Séquelles actuelles

103006 Prothèse totale du genou avec séquelles fonctionnelles	15%
106842 Flexion 100°	4%
106931 Extension 10°	4%
Maximum	23%
106708 Ankylose du genou en position de fonction	20%

Séquelles antérieures
Nil

Autres déficits reliés à la bilatéralité
Nil

Bilan des séquelles conforme

Page 87

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

52

M. R.-L.

Vous évaluez ce travailleur qui a subi une entorse de grade 2 de la cheville gauche en chutant dans un escalier. Il présente une perte de 10° de dorsiflexion et de 10° en flexion plantaire. Vous retenez le bilan des séquelles suivant :

Séquelles actuelles

103499 atteinte des tissus mous du membre inférieur avec séquelles fonctionnelles	2%
107306 perte de 10° de dorsiflexion cheville gauche	2%
107306 perte de 10° de flexion plantaire cheville gauche	2%

Ce bilan des séquelles est-il conforme ?

Page 41

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

53

CHEVILLE : ENTORSE ET FRACTURE

CODE	% DAP
5. Cheville et pied	
i. Entorse simple, fracture parcellaire ou avulsive, fracture uni, bi ou tri-malléolaire, avec ou sans réduction chirurgicale, consolidée	
103257 ■ sans séquelles fonctionnelles, avec ou sans changement radiologiques	0
103266 ■ avec séquelles fonctionnelles incluant le diastasis de plus, se référer au tableau 10 des ankyloses de la cheville et du pied, sans dépasser le pourcentage prévu pour une arthrodèse tibiotarsienne en position de fonction	2

Page 41

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

54

ANKYLOSES INCOMPLÈTES DE LA CHEVILLE

B. INCOMPLÈTE

■ Ankylose incomplète

L'axe de mouvement complet est de 40°, à savoir :
 7° 20' de flexion dorsale
 7° 40' de flexion plantaire

	Degrés perdus	
107262	60	12
107271	40	7
107280	30	5
107289	20	3
107306	10	2
107315	moins de 10	1
107324	normal	0

Page 91

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

23



55

M. R.-L.

Séquelles actuelles :

103266	entorse de la cheville gauche avec séquelles fonctionnelles	2%
107299	perte de 20° de l'articulation tibio-tarsienne	3%

Séquelles antérieures :

Aucune

Autres déficits reliés à la bilatéralité :

Aucun

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

23



56

CHEVILLE : ENTORSE ET FRACTURE

- Il y a un **code spécifique pour l'entorse de la cheville** de sorte qu'on n'utilise pas celui de l'atteinte des tissus mous (page 41 du barème).
- On inclut dans les **fractures de la cheville** celles du tibia distal (pilon tibial) qui ne sont pas prévues ailleurs au barème.
- Si applicable, les DAP pour **ankyloses incomplètes de la cheville** se trouvent aux pages 84 et 85 du barème.
- Un DAP peut aussi être considéré en présence d'une **instabilité chronique de la cheville** (page 41 du barème).

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

27



57

INSTABILITÉ CHRONIQUE DE LA CHEVILLE

103293 v. Instabilité chronique de la cheville
provoquée radiologiquement 2

Page 41

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

23



58

BILATÉRALITÉ

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

23



59

RÈGLES PARTICULIÈRES DU SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE

4) Bilatéralité

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

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

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

Page 5

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

23



60

PRINCIPE DE LA BILATÉRALITÉ

- Atteintes permanentes aux **2 membres supérieurs** ou aux **2 membres inférieurs** :
 - droit à un déficit anatomo-physiologique (DAP) supplémentaire pour bilatéralité
- L'atteinte au deuxième membre peut être de toute nature, **personnelle ou professionnelle**, mais doit avoir été présente **avant la date de l'événement**.
- Pour calculer la bilatéralité, on doit évaluer les **DAP pour chaque membre au complet** (pas seulement une articulation et pas seulement la lésion).

Direction des expertises médicales
et des services de santé

61

61

PRINCIPE DE LA BILATÉRALITÉ

- Le pourcentage supplémentaire accordé par la CNESST correspond à la somme des DAP du **membre le moins atteint**
- Ce principe **ne s'applique pas** aux pourcentages prévus pour le PE et le DPJV

Direction des expertises médicales
et des services de santé

62

62

PRINCIPE DE LA BILATÉRALITÉ

- Nécessite l'**examen des organes symétriques (toujours)**
- La bilatéralité s'établit :
 - de **membre à membre**, soit membre supérieur droit avec membre supérieur gauche et membre inférieur droit avec membre inférieur gauche
 - ou **pour le thorax**, hémi-thorax gauche avec hémi-thorax droit
- Le membre supérieur inclut l'omoplate et la clavicule
- Le membre inférieur inclut la hanche et l'hémi-bassin
- La cage thoracique se divise en droite et gauche à partir de la ligne médiane de la cage

Direction des expertises médicales
et des services de santé

63

63

PRINCIPE DE LA BILATÉRALITÉ

Que faire si l'on soupçonne une bilatéralité :

- Examiner le **membre controlatéral au complet**, en faisant une description objective des atteintes.
- Indiquer dans le bilan des séquelles, à la section « autres déficits reliés à la bilatéralité », les DAP, évalués aux deux membres, qui ne sont pas inclus dans les « séquelles actuelles » de la lésion professionnelle et les « séquelles antérieures ».
- La bilatéralité pourra alors être calculée par la CNESST.

Direction des expertises médicales
et des services de santé

64

64

COMMENT ÉTABLIR LE BILAN DES SÉQUELLES : TROIS PARTIES À CONSIDÉRER (OUTIL)

Dresser le bilan des séquelles et commenter, s'il y a lieu
Pour chaque séquelle, inscrivez le code, la nature et le pourcentage que vous avez fixés. Pour ce faire, veuillez vous référer au Règlement annoté sur le barème des dommages corporels.
Regrouper, sous le titre approprié, les séquelles qui appartiennent à l'un ou à l'autre des trois groupes suivants :

- Séquelles actuelles** (ensemble des séquelles aux sièges de la lésion professionnelle)
code nature %
- Séquelles antérieures** (de toute origine aux sièges de la lésion professionnelle avant son aggravation)
code nature %
- Autres déficits reliés à la bilatéralité** (autres déficits permanents, de toute origine, non identifiés en 1 et en 2 mais devant être considérés dans le calcul de la bilatéralité)
code nature %

Pages 329 ou 331

Direction des expertises médicales
et des services de santé

65

65

M. P.-C.

Ce travailleur a subi au travail en 2021 une **rupture non opérée de la longue portion du biceps droit** avec mobilité résiduelle normale. DAP reconnu de 2%.

Il était déjà porteur de **séquelles au majeur gauche** avec ankyloses incomplètes en position de fonction de l'inter-phalangienne proximale et distale résultant d'une fracture subie dans un accident d'automobile (personnel) en 2018. Ces **atteintes au majeur gauche** équivalent selon le barème à un DAP de 0.8 %.

- Est-ce que la bilatéralité s'applique ? OUI
- Dans l'affirmative, quel est le pourcentage applicable à la bilatéralité ? 0.8%
- Sinon, pourquoi la bilatéralité ne s'applique pas ?

Direction des expertises médicales
et des services de santé

66

66

M. P.-C.

Séquelles actuelles :


100296 rupture musculo-tendineuse du biceps droit non opérée 2%

Séquelles antérieures :

Nil

Autres déficits reliés à la bilatéralité :

101981	ankylose incomplète IPP majeur gauche	0.4%
101990	ankylose incomplète IPD majeur gauche	0.4%


Direction de l'expertise médicale et des services de santé 27 

67

RÈGLES PARTICULIÈRES DU SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE

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

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

Page 6 

68

CODE % DAP

TABLEAU B


ANKYLOSES PERMANENTES DU GENOU

A. COMPLÈTE

106708 Ankylose complète du genou en légère flexion de 10° avec ou sans paresthésie, sans varus, ni valgus, incluant le raccourcissement réel de 3 cm ou moins ainsi que l'atrophie musculaire permanente et secondaire de la cuisse 20

Pour faciliter l'application de la règle particulière numéro 5 du chapitre 1, les pourcentages additionnels de déficits anatomophysiologiques ont été calculés. Ils apparaissent ci-dessous et sont précédés de leur code spécifique.

106717	10%	2
106726	15%	3
106735	25%	5

Page 67 

69


PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE (PE)

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 70 

70

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE (PE)

- Le PE doit être **apparent**, c'est-à-dire qu'il n'est pas nécessaire de porter attention particulière pour le remarquer
- La **déformation et l'atteinte cicatricielle** constituent les deux aspects quantifiables dans l'évaluation
- L'atteinte cicatricielle se mesure en **cm² de surface**
- Le **temps minimum** précédant l'évaluation d'une atteinte cicatricielle résultant d'une lésion professionnelle est de **six mois**
- Les calculs relatifs à la fixation des pourcentages des dommages corporels sont effectués en tenant compte des **deux premières décimales**


Direction de l'expertise médicale et des services de santé 71 

71

ATTEINTE CICATRICIELLE : DÉFINITIONS

Cicatrice non vicieuse (belle)
Cicatrice presque linéaire, au même niveau que le tissu adjacent et presque de la même couleur, ne causant ni contracture, ni distorsion des structures avoisinantes

Cicatrice vicieuse
Cicatrice qui peut être mal alignée, irrégulière, déprimée, adhérente au plan profond, **pigmentée**, en plaque ou rétractile. Inclut la cicatrice chéloïdienne ou hypertrophique

Pages 272 et 273 

72

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE (PE)

▪ Les règles d'évaluation de la **face** sont différentes (p 275) de celles des **autres parties du corps** (p 278) :

Face : Même les cicatrices non vicieuses sont compensables. S'il y a à la fois modification de la forme et de la symétrie et atteinte cicatricielle, **on additionne le % des deux** jusqu'à concurrence du maximum prévu pour la classe déterminée

Autres parties du corps : les cicatrices vicieuses seulement compensables. On retient le % le plus élevé, soit de la déformation, soit l'atteinte cicatricielle en n'excédant pas le % maximum prévu pour la partie du corps qui correspond à une atteinte sévère

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 73

73

Étape 1

TABLEAU 24 - PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE				
Code	Classe d'attribution et de compensation	Description de la lésion et de la condition	Atteinte compensable	% du total
02000	Classe 1 Aucune	Non applicable	Non applicable	0
02010	Classe 2 Très légère	Très légère	Non atteinte (0 à 10 ans de 1 à 10 ans)	0
02020	Classe 3 Légère	Apparence Altération ou absence caractéristique (déformation ou atteinte cicatricielle) de tout le visage de 10 à 15 % Altération ou absence caractéristique (déformation ou atteinte cicatricielle) de tout le visage de 15 à 20 % Altération plus de deux éléments caractéristiques de 10 à 20 %	Non atteinte (0 à 10 ans de 1 à 10 ans) Médiane (0 à 10 ans de 1 à 10 ans)	0
* Voir voir l'art. 149 et 151, ou l'annexe 2022				
TABLEAU 24 bis - PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE				
Code	Classe d'attribution et de compensation	Description de la lésion et de la condition	Atteinte compensable	% du total
02040	Classe 4 Moyenne	Apparence et autres caractéristiques Altération ou absence caractéristique de 15 à 20 % de 10 à 15 % Altération ou absence caractéristique de 20 à 25 % de 10 à 15 % Altération plus de deux éléments caractéristiques de 15 à 20 %	Non atteinte (0 à 10 ans de 1 à 10 ans) Médiane (0 à 10 ans de 1 à 10 ans)	0
02050	Classe 5 Sévère	Altération plus de deux éléments	Non atteinte (0 à 10 ans de 1 à 10 ans)	0
02060	Classe 6 Très sévère	Altération caractéristique des éléments	Non atteinte (0 à 10 ans de 1 à 10 ans)	0

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 74

74

Étape 2

TABLEAU 24 - PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE				
Code	Classe d'attribution et de compensation	Description de la lésion et de la condition	Atteinte compensable	% du total
02000	Classe 1 Aucune	Non applicable	Non applicable	0
02010	Classe 2 Très légère	Très légère	Non atteinte (0 à 10 ans de 1 à 10 ans)	0
02020	Classe 3 Légère	Apparence Altération ou absence caractéristique (déformation ou atteinte cicatricielle) de tout le visage de 10 à 15 % Altération ou absence caractéristique (déformation ou atteinte cicatricielle) de tout le visage de 15 à 20 % Altération plus de deux éléments caractéristiques de 10 à 20 %	Non atteinte (0 à 10 ans de 1 à 10 ans) Médiane (0 à 10 ans de 1 à 10 ans)	0
* Voir voir l'art. 149 et 151, ou l'annexe 2022				
TABLEAU 24 bis - PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE				
Code	Classe d'attribution et de compensation	Description de la lésion et de la condition	Atteinte compensable	% du total
02040	Classe 4 Moyenne	Apparence et autres caractéristiques Altération ou absence caractéristique de 15 à 20 % de 10 à 15 % Altération ou absence caractéristique de 20 à 25 % de 10 à 15 % Altération plus de deux éléments caractéristiques de 15 à 20 %	Non atteinte (0 à 10 ans de 1 à 10 ans) Médiane (0 à 10 ans de 1 à 10 ans)	0
02050	Classe 5 Sévère	Altération plus de deux éléments	Non atteinte (0 à 10 ans de 1 à 10 ans)	0
02060	Classe 6 Très sévère	Altération caractéristique des éléments	Non atteinte (0 à 10 ans de 1 à 10 ans)	0

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 75

75

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE

Règles d'évaluation :

La face est divisée en éléments anatomiques (page 275) :

- Front
- Orbité (chaque orbite constitue un élément)
- Paupière (chaque paupière constitue un élément)
- Cœil, partie visible du globe oculaire (chaque œil constitue un élément)
- Joue (chaque joue constitue un élément)
- Nez (inclut les narines et la base)
- Lèvre (chaque lèvre constitue un élément)
- Oreille (chaque oreille constitue un élément)
- Menton

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 76

76

Étape 3

TABLEAU 24 - PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE				
Code	Classe d'attribution et de compensation	Description de la lésion et de la condition	Atteinte compensable	% du total
02000	Classe 1 Aucune	Non applicable	Non applicable	0
02010	Classe 2 Très légère	Très légère	Non atteinte (0 à 10 ans de 1 à 10 ans)	0
02020	Classe 3 Légère	Apparence Altération ou absence caractéristique (déformation ou atteinte cicatricielle) de tout le visage de 10 à 15 % Altération ou absence caractéristique (déformation ou atteinte cicatricielle) de tout le visage de 15 à 20 % Altération plus de deux éléments caractéristiques de 10 à 20 %	Non atteinte (0 à 10 ans de 1 à 10 ans) Médiane (0 à 10 ans de 1 à 10 ans)	0
* Voir voir l'art. 149 et 151, ou l'annexe 2022				
TABLEAU 24 bis - PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE				
Code	Classe d'attribution et de compensation	Description de la lésion et de la condition	Atteinte compensable	% du total
02040	Classe 4 Moyenne	Apparence et autres caractéristiques Altération ou absence caractéristique de 15 à 20 % de 10 à 15 % Altération ou absence caractéristique de 20 à 25 % de 10 à 15 % Altération plus de deux éléments caractéristiques de 15 à 20 %	Non atteinte (0 à 10 ans de 1 à 10 ans) Médiane (0 à 10 ans de 1 à 10 ans)	0
02050	Classe 5 Sévère	Altération plus de deux éléments	Non atteinte (0 à 10 ans de 1 à 10 ans)	0
02060	Classe 6 Très sévère	Altération caractéristique des éléments	Non atteinte (0 à 10 ans de 1 à 10 ans)	0

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 77

77

Étape 4

TABLEAU 24 - PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE				
Code	Classe d'attribution et de compensation	Description de la lésion et de la condition	Atteinte compensable	% du total
02000	Classe 1 Aucune	Non applicable	Non applicable	0
02010	Classe 2 Très légère	Très légère	Non atteinte (0 à 10 ans de 1 à 10 ans)	0
02020	Classe 3 Légère	Apparence Altération ou absence caractéristique (déformation ou atteinte cicatricielle) de tout le visage de 10 à 15 % Altération ou absence caractéristique (déformation ou atteinte cicatricielle) de tout le visage de 15 à 20 % Altération plus de deux éléments caractéristiques de 10 à 20 %	Non atteinte (0 à 10 ans de 1 à 10 ans) Médiane (0 à 10 ans de 1 à 10 ans)	0
* Voir voir l'art. 149 et 151, ou l'annexe 2022				
TABLEAU 24 bis - PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE				
Code	Classe d'attribution et de compensation	Description de la lésion et de la condition	Atteinte compensable	% du total
02040	Classe 4 Moyenne	Apparence et autres caractéristiques Altération ou absence caractéristique de 15 à 20 % de 10 à 15 % Altération ou absence caractéristique de 20 à 25 % de 10 à 15 % Altération plus de deux éléments caractéristiques de 15 à 20 %	Non atteinte (0 à 10 ans de 1 à 10 ans) Médiane (0 à 10 ans de 1 à 10 ans)	0
02050	Classe 5 Sévère	Altération plus de deux éléments	Non atteinte (0 à 10 ans de 1 à 10 ans)	0
02060	Classe 6 Très sévère	Altération caractéristique des éléments	Non atteinte (0 à 10 ans de 1 à 10 ans)	0

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 78

78

Étape 5

TABLEAU 14 PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE			
Code	Classe d'atteinte et de la cicatrice	Atteinte cicatricielle	% PE max
224001	Classe 1 Aucune	Nul	0
224010	Classe 2 Très légère	Non atteinte (à PE max de 1,5 cm²)	0
224020	Classe 3 Légère	Atteinte en dessous seuil maximum (attribution de 0,5 cm² de 1,5 à 2,5 cm²) Atteinte avec éléments cicatriciels importants ou à l'état cicatriciel de haut et de bas (à PE max de 4 %) Atteinte plus de deux éléments cicatriciels (à PE max de 7 %)	0

TABLEAU 14 (suite) PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE			
Code	Classe d'atteinte et de la cicatrice	Atteinte cicatricielle	% PE max
224030	Classe 4 Moyenne	Atteinte en dessous seuil maximum (attribution de 0,5 cm² de 1,5 à 2,5 cm²) Atteinte avec éléments cicatriciels importants ou à l'état cicatriciel de haut et de bas (à PE max de 4 %) Atteinte plus de deux éléments cicatriciels (à PE max de 7 %)	10
224040	Classe 5 Sévère	Atteinte plus de deux éléments cicatriciels (à PE max de 7 %)	30
224050	Classe 6 Très sévère	Atteinte cicatricielle des 224040	50

Direction de l'expertise médicale et des services de santé CNESST

79

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE

Procédure d'évaluation :

- 1) L'importance du PE affectant la face doit d'abord être appréciée globalement en fonction de la physionomie, afin de déterminer la classe d'atteinte
- 2) Déterminer le nombre d'éléments déformés
- 3) Évaluation de l'atteinte cicatricielle (même les cicatrices non vicieuses sont compensables au niveau de la face)
- 4) L'addition du pourcentage obtenu en 2 et 3 ne doit pas excéder le pourcentage maximum prévu pour la classe déterminée de 1 à 4
- 5) Pour les classes 5 et 6, la modification de la forme et de la symétrie et l'atteinte cicatricielle sont considérées comme un tout

Direction de l'expertise médicale et des services de santé CNESST

80

M. M.-A.

- Travailleur qui a chuté dans une rampe d'accès.
- Il a subi un léger enfoncement avec déformation de la paroi orbitaire droite et cicatrice apparente, non vicieuse de 3.4 cm².

Comment établissez-vous le bilan des séquelles ?

Direction de l'expertise médicale et des services de santé CNESST

81

TABLEAU 14 PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE			
Code	Classe d'atteinte et de la cicatrice	Atteinte cicatricielle	% PE max
224001	Classe 1 Aucune	Nul	0
224010	Classe 2 Très légère	Non atteinte (à PE max de 1,5 cm²)	0
224020	Classe 3 Légère	Atteinte en dessous seuil maximum (attribution de 0,5 cm² de 1,5 à 2,5 cm²) Atteinte avec éléments cicatriciels importants ou à l'état cicatriciel de haut et de bas (à PE max de 4 %) Atteinte plus de deux éléments cicatriciels (à PE max de 7 %)	0
224030	Classe 4 Moyenne	Atteinte en dessous seuil maximum (attribution de 0,5 cm² de 1,5 à 2,5 cm²) Atteinte avec éléments cicatriciels importants ou à l'état cicatriciel de haut et de bas (à PE max de 4 %) Atteinte plus de deux éléments cicatriciels (à PE max de 7 %)	10
224040	Classe 5 Sévère	Atteinte plus de deux éléments cicatriciels (à PE max de 7 %)	30
224050	Classe 6 Très sévère	Atteinte cicatricielle des 224040	50

Direction de l'expertise médicale et des services de santé CNESST

82

M. M.-A.

Séquelles actuelles

PE			
224028	Déformation de l'orbite droit	3 %	
224028	Cicatrice de 3.4 cm ²	3.4 %	

Séquelles antérieures
Nil

Autres déficits reliés à la bilatéralité
Nil

Direction de l'expertise médicale et des services de santé CNESST

83

M. L.

Camionneur qui a fait un accident de la route en terminant sa course dans un fossé. Il présente une atteinte de la physionomie de la face apparente et qui retient l'attention. Un enfoncement de la partie inférieure de l'orbite gauche ainsi que de l'os malaire gauche sont présents. Le nez est légèrement dévié vers la droite. Il y a une légère déformation (par perte de substance) à la lèvre supérieure gauche. Il persiste les 3 cicatrices suivantes :

- lèvre supérieure gauche, apparente et non vicieuse de 3,5 cm de longueur par 0,2 cm de largeur
- joue gauche, vicieuse, de 6 cm de longueur par 0,2 cm de largeur
- front, vicieuse, de 5 cm de longueur par 0,2 cm de largeur

Quelle est l'atteinte esthétique qui s'applique à cette condition ?

Direction de l'expertise médicale et des services de santé CNESST

84

M. L.

1) Atteinte globale de la physionomie : classe 4

2) 224037 Modification de la forme et de la symétrie affectant plus de 2 éléments anatomiques PE 20 %
 224037 Cicatrice non vicieuse lèvre 3,5cm x 0,2cm x 1 %/cm² PE 0,7 %
 Cicatrice vicieuse joue 6cm x 0,2cm x 3 %/cm² PE 3,6 %
 Cicatrice vicieuse front 5cm x 0,2cm x 3 %/cm² PE 3,0 %

3) Additionne Total PE 27,3 %

Cependant, le maximum prévu à cette classe est de 20 % et ne peut être dépassé. Le travailleur aura donc droit à un PE maximum de 20 %

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 23

85

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS

TABEAU 25 (suite) PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS

Multiplication de la forme et de la couleur d'un d'éléments		% PE	CSIS	Atteinte correspondante
Males				
224242	Non apparues ou légères	0	224242	Non apparues ou non vicieuses, le PE est de 0 %.
224270	Moyennes	4	224286	Vicieuses, le PE est de 1 %/cm ²
224286	Sévères	6		
Le pourcentage maximum de PE pour les deux males est de 10 %.				
Trous				
224297	Non apparues ou légères	0	224277	Non apparues ou non vicieuses, le PE est de 0 %.
224304	Moyennes	3	224306	Vicieuses, le PE est de 0,5 %/cm ²
224312	Sévères	6		
Le pourcentage maximum de PE pour les trous (carré et pentagone) est de 12 %.				
Multiples lésions				
224322	Non apparues ou légères	0	224326	Non apparues ou non vicieuses, le PE est de 0 %.
224331	Moyennes	5	224402	Vicieuses, le PE est de 1 %/cm ²
224340	Sévères	10		
Le pourcentage maximum de PE pour les deux multiples lésions est de 20 %.				

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 24

86

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS

TABEAU 25 (suite) PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS

Multiplication de la forme et de la couleur d'un d'éléments		% PE	CSIS	Atteinte correspondante
Males				
224242	Non apparues ou légères	0	224242	Non apparues ou non vicieuses, le PE est de 0 %.
224270	Moyennes	4	224286	Vicieuses, le PE est de 1 %/cm ²
224286	Sévères	6		
Le pourcentage maximum de PE pour les deux males est de 10 %.				
Trous				
224297	Non apparues ou légères	0	224277	Non apparues ou non vicieuses, le PE est de 0 %.
224304	Moyennes	3	224306	Vicieuses, le PE est de 0,5 %/cm ²
224312	Sévères	6		
Le pourcentage maximum de PE pour les trous (carré et pentagone) est de 12 %.				
Multiples lésions				
224322	Non apparues ou légères	0	224326	Non apparues ou non vicieuses, le PE est de 0 %.
224331	Moyennes	5	224402	Vicieuses, le PE est de 1 %/cm ²
224340	Sévères	10		
Le pourcentage maximum de PE pour les deux multiples lésions est de 20 %.				

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 25

87

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS

TABEAU 25 (suite) PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS

Multiplication de la forme et de la couleur d'un d'éléments		% PE	CSIS	Atteinte correspondante
Males				
224242	Non apparues ou légères	0	224242	Non apparues ou non vicieuses, le PE est de 0 %.
224270	Moyennes	4	224286	Vicieuses, le PE est de 1 %/cm ²
224286	Sévères	6		
Le pourcentage maximum de PE pour les deux males est de 10 %.				
Trous				
224297	Non apparues ou légères	0	224277	Non apparues ou non vicieuses, le PE est de 0 %.
224304	Moyennes	3	224306	Vicieuses, le PE est de 0,5 %/cm ²
224312	Sévères	6		
Le pourcentage maximum de PE pour les trous (carré et pentagone) est de 12 %.				
Multiples lésions				
224322	Non apparues ou légères	0	224326	Non apparues ou non vicieuses, le PE est de 0 %.
224331	Moyennes	5	224402	Vicieuses, le PE est de 1 %/cm ²
224340	Sévères	10		
Le pourcentage maximum de PE pour les deux multiples lésions est de 20 %.				

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 26

88

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS

Attention :

Codes différents pour la modification de la forme et de la symétrie et pour les atteintes cicatricielles

TABEAU 25 (suite) PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS

Multiplication de la forme et de la couleur d'un d'éléments		% PE	OU	CSIS	Atteinte correspondante
Males					
224242	Non apparues ou légères	0		224242	Non apparues ou non vicieuses, le PE est de 0 %.
224270	Moyennes	4		224286	Vicieuses, le PE est de 1 %/cm ²
224286	Sévères	6			
Le pourcentage maximum de PE pour les deux males est de 10 %.					
Trous					
224297	Non apparues ou légères	0		224277	Non apparues ou non vicieuses, le PE est de 0 %.
224304	Moyennes	3		224306	Vicieuses, le PE est de 0,5 %/cm ²
224312	Sévères	6			
Le pourcentage maximum de PE pour les trous (carré et pentagone) est de 12 %.					
Multiples lésions					
224322	Non apparues ou légères	0		224326	Non apparues ou non vicieuses, le PE est de 0 %.
224331	Moyennes	5		224402	Vicieuses, le PE est de 1 %/cm ²
224340	Sévères	10			
Le pourcentage maximum de PE pour les deux multiples lésions est de 20 %.					

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 27

89

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS

Procédure d'évaluation :

- Déterminer le siège du PE
- Évaluer s'il y a déformation (légère, modérée, sévère)
- Mesurer les atteintes cicatricielles (seules les cicatrices vicieuses sont compensables)
- Retenir le pourcentage le plus élevé, soit de la déformation ou de l'atteinte cicatricielle

(le pourcentage retenu ne doit pas excéder le pourcentage maximum prévu pour cette partie du corps)

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 28

90

M. D. R.

- Ce travailleur a chuté d'un wagon il y a 4 mois.
- Diagnostic reconnu : fracture du 3^e et 4^e métacarpes gauches.
- À l'examen lors du REM : **déformation modérée** de la main gauche avec présence d'une **cicatrice vicieuse de 18 cm²**.

Quel préjudice esthétique appliquerez-vous ?

91

**PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE
DES AUTRES PARTIES DU CORPS**

Attention :

Codes
différents pour
la modification
de la forme et
de la symétrie
et pour les
atteintes
cicatricielles :

TABLEAU 35 (suite) PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS			
Multiplicateur de la zone et du pourcentage degré d'atteinte		% PE	CESS
Moins			
224360	Non atteinte ou légère	0	224368
224370	Moyenne	4	224368
224380	Sévère	8	224368
Le pourcentage maximal de PE pour les deux autres est de 12%.			
Plus			
224397	Non atteinte ou légère	0	224377
224398	Moyenne	4	224386
224410	Sévère	8	224386
Le pourcentage maximal de PE pour la zone (catalévier et postérieur) est de 12%.			
Moins sévères			
224322	Non atteinte ou légère	0	224355
224331	Moyenne	4	224363
224340	Sévère	8	224363
Le pourcentage maximal de PE pour les deux autres latérales est de 12%.			

92

M. D. R.**Séquelles actuelles :**

224368 cicatrice vicieuse de 18 cm² à la main gauche 16 %

Conforme ?

93

M. D. R.**Séquelles actuelles :**

224368 cicatrice vicieuse de 18 cm² à la main gauche 16 %

Non conforme car évaluation avant 6 mois

94

M. D. R.**Si évaluation après 6 mois :****Séquelles actuelles :**

224368 cicatrice vicieuse de 18 cm² à la main gauche 16 %

Car le maximum de PE est atteint pour cette région anatomique en conformité avec le barème

95

SÉQUELLES ANTÉRIEURES

96

M. S. T.

- Une **ménisectomie interne du genou gauche** avait été réalisée chez ce poissonnier en lien avec l'évènement d'origine du **7 avril 2007**.
- Un diagnostic d'**arthrose du genou gauche** a été reconnu en RRA le **25 juillet 2022**.
- Une prothèse totale du genou gauche a été réalisée le **30 septembre 2022**.
- Lésion consolidée le 15 avril 2023.

Direction des expertises médicales
et des services de santé

103

103

M. S. T.

- L'examen du **genou gauche** démontre une **perte de flexion de 20°** comparativement au genou droit qui est considéré sain. L'examen des genoux est normal par ailleurs.
- Le code **103060 pour ménisectomie interne du genou gauche** avec séquelles fonctionnelles pour un **DAP de 1%** et le code **106922 pour perte de 5° d'extension** pour un **DAP de 1%** avaient été retenus à l'évènement d'origine.

Pourriez-vous préciser le bilan des séquelles à retenir ?

Direction des expertises médicales
et des services de santé

104

104

M. S. T.**Séquelles actuelles :**

103066 prothèse totale du genou gauche avec séquelles fonctionnelles	15%
106833 perte de 20° de flexion du genou gauche	2%
106922 perte de 5° d'extension du genou gauche	1%

Séquelles antérieures :

103060 ménisectomie interne genou gauche avec séquelles fonctionnelles	1%
106922 perte de 5° d'extension du genou gauche	1%

Autres déficits reliés à la bilatéralité :

Aucun

Direction des expertises médicales
et des services de santé

105

105

SÉQUELLES ANTÉRIEURES

- Ne pas oublier que les séquelles antérieures sont celles **de toute origine** aux **sièges de la lésion professionnelle** avant son aggravation (barème page 331)
- De plus, ces séquelles antérieures **devraient être reconduites aux séquelles actuelles**
 - à moins d'être remplacées par une séquelle plus importante ou
 - à moins d'être moindre et incluse par rapport à une autre séquelle

Direction des expertises médicales
et des services de santé

106

106

DOULEUR ET PERTE DE JOUISSANCE DE LA VIE (DPJV)

Direction des expertises médicales
et des services de santé

107

107

Douleurs et perte de jouissance de la vie (DPJV)

- Le barème des DPJV se présente sous forme d'une table d'équivalence mathématique
- Le pourcentage de DPJV débute à 0,01 % de la somme des DAP ou des PE avec un maximum de 50 % de la somme lorsque celle-ci excède 70 %
- Le DPJV s'applique au DAP et au PE de façon distincte
- Le DPJV est calculé informatiquement par la Commission.

Vous n'avez donc pas à l'évaluer


Direction des expertises médicales
et des services de santé

108

108

TABLE DE DPJV		DPJV
Somme des pourcentages de DAP ou de FE		%
225009	0,01 à 0,99	0,01
225018	1 à 1,99	0,1
225027	2 à 2,99	0,2
225036	3 à 3,99	0,3
225045	4 à 4,99	0,4
225054	5 à 5,99	0,75
225063	6 à 6,99	0,9
225072	7 à 7,99	1,05
225081	8 à 8,99	1,2
225090	9 à 9,99	1,35
225107	10	1,5
Somme des pourcentages de DAP ou de FE		DPJV
		%
225088	67,01 à 69	30,6
225097	69,01 à 69	31,05
225704	69,01 à 70	31,5
225713	70,01 et plus	50 % du pourcentage de DAP ou de FE

arithmétique entre 0,01 et 10
exponentielle entre 10 et 70
arithmétique > 70

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 109 


109

EXPERTISE 204

13. Conclusions

5. Limitations fonctionnelles

- Une limitation fonctionnelle (LF) correspond à toute réduction ou à toute restriction de la capacité physique ou psychique d'accomplir certaines activités ou d'en subir les effets.
- Une LF se traduit donc par l'incapacité d'exécuter certains mouvements, mais aussi de prendre ou de garder certaines positions ou encore de subir certaines contraintes dans des conditions ou situations déterminées.
- Doivent être précises, réalistes, objectivées, quantifiées et permanentes
- Les LF doivent être **décrites en fonction de la lésion** en tenant compte des activités de vie domestique et quotidienne et **non pas uniquement en fonction des tâches de travail.**

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 110 

110

EXPERTISE 204


13. Conclusions

5a. Existence de limitations fonctionnelles

- Considérant les diagnostics retenus
- Considérant l'absence d'antécédents au site de la lésion
- Considérant les traitements reçus à ce jour
- Considérant que les lésions sont consolidées
- Considérant les plaintes subjectives
- Considérant l'examen objectif ce jour, corrélation avec les restrictions

✓ **Avis concernant l'existence ou non de limitations fonctionnelles permanentes** et, s'il y a lieu, l'évaluation des limitations pour chacun des diagnostics considérés consolidés

✓ **Pour les diagnostics retenus non consolidés, préciser qu'il est trop tôt pour évaluer les limitations fonctionnelles permanentes**

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 111 

111


EXPERTISE 204

13. Conclusions

5b. Évaluation des limitations fonctionnelles (LF)

Comment les déterminer ? Éléments à prendre en considération :

- 1) Plaintes et problèmes liés à la lésion professionnelle, corroborés par examen clinique
- 2) Antécédents à la lésion reconnue
- 3) Examen clinique anormal (physique ou psychique)
- 4) Examen paraclinique anormal


Direction de l'expertise médicale et des services de santé 112 

112

LIMITATIONS FONCTIONNELLES

Limitations ou restrictions dans l'exécution de certaines fonctions physiologiques qui doivent être diminuées ou évitées en permanence

- **Incapacité (ne peut, ne doit pas...):**
 - D'exécuter certains mouvements
 - De prendre ou garder certaines positions
 - De subir certains effets dans des conditions quantifiables
- **Les limitations doivent être :**
 - Réalistes, en lien avec la lésion
 - Liées à des activités de la vie quotidienne (AVQ) et domestique (AVD)
- **Les symptômes** ne sont pas des limitations fonctionnelles

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 113 

113

LIMITATIONS FONCTIONNELLES

En donner trop

Danger de perte d'emploi ?



En donner trop peu

Risque de RRA ?

Il appartient à la CNESST de déterminer la capacité de travail

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 114 

114

LIMITATIONS FONCTIONNELLES

- Les expressions « ne pas faire de mouvements répétitifs avec le membre » ou « ne pas soulever de poids avec la main » sans précisions ne permettent pas de déterminer quelles sont les capacités résiduelles de la personne ni d'établir les besoins en réadaptation
- Différence entre éviter et ne pas
Ex. : éviter de monter des escaliers et ne pas monter des escaliers
- Mouvements répétés et mouvements répétitifs :
 - Répétés : aucune cadence imposée
 - Répétitifs : cadence soutenue, souvent imposée; tenir compte de la force, de la position, de l'amplitude
 - De façon fréquente : préciser la fréquence à ne pas dépasser

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

115



115

LIMITATIONS FONCTIONNELLES

Exemples :

- Il ne peut réaliser d'activités avec le membre supérieur droit qui implique de s'agripper, de tirer ou de pousser ;
- Il ne peut réaliser avec le membre supérieur droit des activités qui impliquent de visser, dévisser à la main ou d'utiliser des outils à compression à air;
- Il ne peut, manipuler de charges de plus de 5 à 10 kg avec le membre supérieur droit;
- Il ne peut réaliser d'activités qui impliquent de grimper et donc de s'agripper dans des échelles avec le membre supérieur droit.

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

116



116

POUR NOUS JOINDRE

- Adresse courriel pour les professionnels désignés :
 - soutienprofessionnel@designe@cnesst.qouv.qc.ca
- Coordonnatrice médicale de la Direction de l'expertise médicale et des services de santé :
 - (514) 906-3003, [redacted]

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

117



117



Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

118



118

**L'EXPERTISE MÉDICALE
À LA CNESST**

**ET LES LÉSIONS
MUSCULO-SQUELETTIQUES**

Direction de l'expertise médicale et des services de santé
Avril 2025

Direction des services de santé,
du travail et de la sécurité du travail
cnesst.gouv.qc.ca




1

REPRODUCTION INTERDITE

Toute reproduction ou diffusion de cette formation
est interdite sans l'autorisation de la
Direction de l'expertise médicale et des services de santé
de la CNESST.

Elle seule peut permettre à un tiers d'en utiliser le contenu.

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé



2


**DÉCLARATION DE CONFLITS
D'INTÉRÊTS POTENTIELS**

Affiliations : Médecin-conseil de la CNESST
Direction de l'expertise médicale et des services de santé

Société commerciale / non commerciale : Aucune

Support financier : Aucun

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé




3

OBJECTIFS

À la fin de cette présentation, vous serez en mesure de mieux :

- Déterminer l'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique (APIPP) en lien avec le système musculo-squelettique
- Reconnaître les éléments à considérer pour l'évaluation des limitations fonctionnelles permanentes

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé




4

PLAN DE LA PRÉSENTATION

- Production du rapport d'expertise
- Détermination de l'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique (APIPP)
- Évaluation des limitations fonctionnelles permanentes
- Post-test

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé



5

RÉDACTION DU RAPPORT D'EXPERTISE

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé



6

M. B.-D.

- Vous rencontrez ce travailleur dans le cadre d'une expertise demandée par la CNESST.
- Votre avis est souhaité sur les points 2 à 5.
- Le diagnostic accepté par la CNESST est celui de déchirure de la coiffe des rotateurs droite.

Parmi les affirmations suivantes, laquelle est vraie ?

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

7



7

M. B.-D.

- A. Si vous croyez que la condition est incompatible avec une déchirure de la coiffe, vous donnez votre avis au point 1 concernant le diagnostic qui devrait être retenu même si votre opinion n'est pas sollicitée à ce sujet.
- B. Compte tenu que la lésion est stabilisée, vous prévoyez la date de consolidation dans 2 semaines afin que le programme de réadaptation en cours puisse être complété.
- C. Lorsque vous considérez qu'une lésion est consolidée, vous pouvez recommander des limitations fonctionnelles temporaires afin de permettre une réintégration progressive au travail.
- D. Vous donnez votre avis sur la capacité de travail.
- E. Aucune de ces réponses

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

8



8

M. B.-D.

- A. Si vous croyez que la condition est incompatible avec une déchirure de la coiffe, vous donnez votre avis au point 1 concernant le diagnostic qui devrait être retenu même si votre opinion n'est pas sollicitée à ce sujet.
- B. Compte tenu que la lésion est stabilisée, vous prévoyez la date de consolidation dans 2 semaines afin que le programme de réadaptation en cours puisse être complété.
- C. Lorsque vous considérez qu'une lésion est consolidée, vous pouvez recommander des limitations fonctionnelles temporaires afin de permettre une réintégration progressive au travail.
- D. Vous donnez votre avis sur la capacité de travail.
- E. Aucune de ces réponses

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

9



9

EXPERTISE 204**13. Conclusions****1. Diagnostic(s)**

- Considérant le diagnostic accepté
- Considérant l'absence ou la présence d'antécédent au site de la lésion
- Considérant le mécanisme de production, le décrire, l'expliquer, vraisemblance
- Considérant les trouvaillles aux examens paraclinique, positives négatives
- Considérant les plaintes subjectives, concordances avec l'examen objectif
- Considérant l'examen objectif ce jour, en relation avec le diagnostic

Je retiens ou je ne retiens pas ce ou ces diagnostics

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

10



10

DIAGNOSTIC PRÉCIS

- Importance de retenir un **diagnostic et un siège de lésion précis** car votre avis sera soumis au PSQAC et qu'une décision sera éventuellement rendue par la CNESST :
 - Déchirure ménisque interne genou droit (et non pas déchirure ménisque genou droit)
- Les **algies** ne sont habituellement pas considérées comme un diagnostic par la CNESST (lombalgie, brachialgie, sciatralgie ...) mais plutôt comme un symptôme
- Les diagnostics **«probables»** et **«possibles»** ne sont habituellement pas étudiés à la CNESST car ils sont considérés comme une hypothèse diagnostique

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

11



11

EXPERTISE 204**13. Conclusions****2. Consolidation**

- Considérant le ou les diagnostics retenus
- Considérant l'absence d'antécédent au site
- Considérant les différentes trouvaillles paracliniques et/ou peropératoire
- Considérant les traitements qui ont été prodigués jusqu'à ce jour, durée, type, résultats, autres options
- Considérant la stabilité obtenue avec les traitements reçus
- Considérant les plaintes subjectives
- Considérant l'examen objectif ce jour

✓ **Avis sur la consolidation ou non** de chacun des diagnostics retenus en précisant la date de consolidation le cas échéant

✓ **Ne pas suggérer une date de consolidation dans le futur**

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

12



12

EXPERTISE 204


13. Conclusions

3. Nature, nécessité, suffisance durée des soins ou des traitements administrés ou prescrits

- Considérant le ou les diagnostics retenus
- Considérant l'absence d'antécédent au site
- Considérant les différentes trouvaillles paracliniques et/ou peropératoire
- Considérant les traitements qui ont été prodigués jusqu'à ce jour, durée, type, résultats, autres options
- Considérant les plaintes subjectives
- Considérant l'examen objectif ce jour

✓ Si consolidation : Suffisance des soins et des traitements
Le fait de consolider ne représente pas un frein à la réalisation de traitement d'appoint ex: infiltration, suivi à la clinique de la douleur

✓ Si non consolidation : Suggérer des soins et traitements et préciser ceux qui doivent être cessés

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 13 

13

EXPERTISE 204


13. Conclusions

4a. Existence d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique

- Considérant les diagnostics retenus
- Considérant l'absence d'antécédent au site de la lésion
- Considérant les traitements qui ont été prodigués à ce jour
- Considérant les différentes trouvaillles cliniques et paracliniques
- Considérant la stabilité obtenue à la suite des traitements reçus (consolidation)
- Considérant les plaintes subjectives
- Considérant l'examen objectif ce jour

✓ **Avis concernant l'existence ou non et, s'il y a lieu le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique pour chacun des diagnostics retenus considérés consolidés**

✓ **Pour les diagnostics retenus non consolidés, préciser qu'il est trop tôt pour évaluer l'atteinte permanente en lien avec ceux-ci**

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 14 

14

EXPERTISE 204

13. Conclusions

4b. Évaluation de l'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique

[Accueil | Commission des normes de l'équité de la santé et de la sécurité du travail - CNESST \(gouv.qc.ca\)](#)




Direction de l'expertise médicale et des services de santé 15 

15

ATTEINTE PERMANENTE À L'INTÉGRITÉ PHYSIQUE OU PSYCHIQUE (APIPP)

- 1) **Déficit anato-mo-physiologique** (DAP, chapitre I à XVII du Barème) aux séquelles actuelles et antérieures
- 2) **Préjudice esthétique** (PE, chapitre XVIII) aux séquelles actuelles et antérieures
- 3) **Bilatéralité** (la bilatéralité sera calculée par la CNESST mais vous devez décrire les atteintes nécessaires à ce calcul, s'il y a lieu) DAP seulement
- 4) **Pourcentage pour douleur et perte de jouissance de la vie** (DPJV, chapitre XIX)

Vous n'avez pas à évaluer le DPJV (Bonne nouvelle !)

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 16 

16


EXPERTISE 204

13. Conclusions

4b. Évaluation de l'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique (APIPP)

Pour déterminer l'indemnité pour préjudice corporel (IPC) :

- Montant forfaitaire unique
- Versée au travailleur ayant des atteintes permanentes
- Dépend de l'âge du travailleur

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 17 


17

RÈGLEMENT ANNOTÉ SUR LE BARÈME DES DOMMAGES CORPORELS

CODE PARTICULIER POUR CHAQUE SÉQUELLE

	vi. Ménisectomie sans séquelle fonctionnelle	
103033	<input type="checkbox"/> interne	1
103042	<input type="checkbox"/> externe	1
103051	<input type="checkbox"/> interne et externe	2
	avec séquelles fonctionnelles	
103060	<input type="checkbox"/> interne	1
103079	<input type="checkbox"/> externe	1
103088	<input type="checkbox"/> interne et externe	2

de plus, se référer au tableau 8 des ankyloses du genou et au tableau 9 des instabilités du genou dap

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 18  Page 39

18

UTILITÉ DES CODES (OUTIL)

PRÉFIXE : APPLICATION DU PRINCIPE DE BILATÉRALITÉ

• PRÉFIXE : 1 2 3 4 5 6

Préfixe 1 : bilatéralité peut s'appliquer (ex. : membres, SNP)

Préfixe 2 : bilatéralité ne s'applique pas (ex. : colonne, sacrum)

Préfixe 3 : un seul des deux organes symétriques est atteint (ex. : système maxillo-facial)

Préfixe 4 : les deux organes symétriques sont atteints et la bilatéralité est déjà appliquée (ex. : hernies inguinales)

19

COMMENT ÉTABLIR LE BILAN DES SÉQUELLES : TROIS PARTIES À CONSIDÉRER (OUTIL)

Dresser le bilan des séquelles et commenter, s'il y a lieu

Pour chaque séquelle, inscrire le code, la nature et le pourcentage que vous avez fixés. Pour ce faire, veuillez vous référer au Règlement annoté sur le barème des dommages corporels*.

Regrouper, sous le titre approprié, les séquelles qui appartiennent à l'un ou à l'autre des trois groupes suivants :

1. **Séquelles actuelles** (ensemble des séquelles aux sièges de la lésion professionnelle)
code nature %
2. **Séquelles antérieures** (de toute origine aux sièges de la lésion professionnelle avant son aggravation)
code nature %
3. **Autres déficits reliés à la bilatéralité** (autres déficits permanents de toute origine, non identifiés en 1 et en 2 mais devant être considérés dans le calcul de la bilatéralité)
code nature %

20

DÉFICIT ANATOMO-PHYSIOLOGIQUE (DAP)

21

DÉFICIT ANATOMO-PHYSIOLOGIQUE (DAP)

- Les % inscrits sous le titre DAP correspondent à un déficit précis
- Ils **ne peuvent être modifiés** ni à la hausse, ni à la baisse, en fonction de ce déficit
- Il s'agit donc d'un barème **non-décrétionnaire**

22

RÈGLES PARTICULIÈRES DU SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE

- 1) L'examen d'une articulation se fait par comparaison à l'**articulation du membre opposé lorsque saine**.

Dans les autres cas, on se réfère aux données conventionnelles du barème.

23

M. T. W.

- Fracture du plateau tibial interne du genou droit consolidée.
- Flexion du genou droit à 120°. Flexion du genou gauche à 140°.
- Le reste de l'examen est normal.

Quel bilan des séquelles retenez-vous ?

24

3. Genou

L'examen se pratique le genou en extension complète ou maximale.

i. Fracture

d'un ou des plateaux tibiaux

102935 ■ sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique

0

■ avec séquelles fonctionnelles

se référer au tableau 8 des ankyloses du genou ou à ceux des autres articulations atteintes, ainsi qu'au tableau 9 des instabilités du genou

dap

Page 37

Direction des hospitalisations et des services de soins

CNESST

25

CODE

% DAP

TABLEAU 8

ANKYLOSES PERMANENTES DU GENOU

B. INCOMPLÈTE

■ Flexion en sa totalité à la flexion maximale jusqu'à 130° jusqu'à

	Degrés	
106815	130 (normal)	0
106824	120	1
106833	110	2
106842	90	4
106851	75	5
106860	60	6
106879	45	8
106888	30	10
106897	15	15
106904	0	20

85

Page 88

Direction des hospitalisations et des services de soins

CNESST

26

TABLEAU 9

INSTABILITÉS DU GENOU

107039	Légère laxité sans séquelle fonctionnelle	1
107048	Légère laxité ligamentaire symptomatique	2
107057	Instabilité ligamentaire symptomatique qui ne nécessite pas le port d'une orthèse	5
107066	Instabilité simple ou complexe nécessitant le port d'une orthèse pour certaines activités de travail ou de loisir	10
107075	Instabilité simple ou complexe nécessitant le port d'une orthèse fonctionnelle pour toutes les activités	15

Instabilité ligamentaire accompagnée de séquelles fonctionnelles

Le pourcentage prévu pour chacune des séquelles d'addition, mais la somme de ceux-ci ne doit pas dépasser le pourcentage prévu pour une arthrose du genou en position de fonction

dap

Page 90

Direction des hospitalisations et des services de soins

CNESST

27

M. T. W.

Séquelles actuelles :

Fracture du plateau tibial interne du genou droit
106833 perte de 20° de flexion du genou droit 2%

Séquelles antérieures :

Nil

Autres déficits reliés à la bilatéralité :

Nil

Direction des hospitalisations et des services de soins

CNESST

28

RÈGLES PARTICULIÈRES DU SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE

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

Page 5

Direction des hospitalisations et des services de soins

CNESST

29

MME L.-F.

- Cette travailleuse est tombée en traversant une voie ferrée.
- Diagnostic reconnu : **fracture de la clavicule gauche.**
- Lésion consolidée.
- L'abduction de l'épaule gauche est mesurée à 145° comparativement à une mobilité de l'épaule droite qui est superposable aux valeurs normales du barème.

Pourriez-vous établir le bilan des séquelles actuelles ?

Direction des hospitalisations et des services de soins

CNESST

30

FRACTURE DE LA CLAVICULE

b) FRACTURE, LUXATION, ENTORSE

1. Clavicule, omoplate

i. Fracture consolidée

100090 ■ sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique 0

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

Page 8

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

31

TABLEAU 2

II. INCOMPLETE

et abductions

Intensité de 0 à 100% incluant les mouvements de l'épaule

Degrés perdus	Degrés retenus	Intensité (%)
0	100	100
10	90	90
20	80	80
30	70	70
40	60	60
50	50	50
60	40	40
70	30	30
80	20	20
90	10	10
100	0	0

Page 66

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

32

MME L.-F.

Séquelles actuelles :
Fracture de la clavicule gauche
104817 abduction épaule gauche à 145° retenus 2%

Séquelles antérieures :
Aucune

Autres déficits reliés à la bilatéralité :
Aucun

Page 22

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

33

ATTEINTE DES TISSUS MOUS DU MEMBRE SUPÉRIEUR

c) ATTEINTE DES TISSUS MOUS (MEMBRE SUPÉRIEUR)

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

102365 ■ sans séquelle fonctionnelle, ni changement radiologique 0

102374 ■ sans séquelle fonctionnelle, mais avec changements radiologiques 1

102383 ■ avec séquelles fonctionnelles de plus, se référer au tableau des ankyloses de la ou des articulations atteintes ainsi qu'au tableau 5 des atrophies du membre supérieur dap

Page 32

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

34

M. L.-B.

- Ce travailleur a ressenti une douleur aiguë à l'épaule gauche en 2022 en tentant de décoincer la porte d'un wagon.
- Diagnostic reconnu : tendinite de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche.
- À la consolidation, il présente une douleur résiduelle à l'épaule gauche avec abduction à 160° comparativement à une abduction de 180° du côté droit. Les autres mouvements sont normaux.

Pouvez-vous déterminer le bilan des séquelles ?

Page 10

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

35

M. L.-B.

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

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

Page 10

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

36

ATTEINTE DES TISSUS MOUS DU MEMBRE SUPÉRIEUR

c) ATTEINTE DES TISSUS MOUS (MEMBRE SUPÉRIEUR)

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

102365	■ sans séquelle fonctionnelle, ni changement radiologique	0
102374	■ sans séquelle fonctionnelle, mais avec changements radiologiques	1
102383	■ avec séquelles fonctionnelles	2

de plus, se référer au tableau des ankyloses de la ou des articulations atteintes ainsi qu'au tableau 5 des atrophies du membre supérieur dap

Page 32

Direction des hospitalisations et des services de soins

CNESST

37

M. L.-B.

M. L.-B.

et abdications

Annexe de la N. 4. 2017 (incluant les mouvements de l'épaule)

	Degrés perdus	Degrés restants	Degrés restants (pourcentage)
104721	0	360	100
104808	20	340	94
104817	30	330	92
104826	40	320	89
104835	50	310	86
104844	60	300	83
104853	70	290	81
104862	80	280	78
104871	90	270	75
104880	100	260	72

Page 66

Direction des hospitalisations et des services de soins

CNESST

38

ATROPHIE MUSCULAIRE DU MEMBRE SUPÉRIEUR

TABLEAU 5
ATROPHIE MUSCULAIRE PERMANENTE DU MEMBRE SUPÉRIEUR

106272	Atrophie musculaire permanente, de 3 cm et plus, mesurée à la partie moyenne du bras, incluant la faiblesse musculaire qui pourrait en résulter	3,5
106281	Atrophie musculaire permanente de 2 cm et plus, mesurée au tiers supérieur de l'avant-bras, incluant la faiblesse musculaire qui pourrait en résulter	2,5

Page 81

Direction des hospitalisations et des services de soins

CNESST

39

M. L.-B.

Séquelles actuelles :

102383	Atteinte des tissus mous du membre supérieur gauche avec séquelles fonctionnelles	2%
104808	Perte de 20° d'abduction épaule gauche	1%

Séquelles antérieures :
Aucune

Autres déficits liés à la bilatéralité : aucun

Page 61

Direction des hospitalisations et des services de soins

CNESST

40

TENDINITE DE L'ÉPAULE

- Dans le cas d'une tendinite de l'épaule, on peut accorder un DAP pour **atteinte des tissus mous du membre supérieur** (barème, page 32).
- Si applicable, les DAP pour **ankyloses incomplètes de l'épaule** se trouvent à la page 66 et aux pages suivantes. Pour calculer la perte de mouvements, on compare l'amplitude articulaire avec le côté sain. À noter que si une ankylose se situe entre deux valeurs du tableau, on accorde le DAP le plus élevé (règle particulière no 2, page 5).
- Si applicable, les DAP pour **atrophie musculaire du membre supérieur** se trouvent au tableau 5 de la page 81 du barème.

Page 41

Direction des hospitalisations et des services de soins

CNESST

41

M. L.-V.

- Ce travailleur de 36 ans a subi une entorse lombaire en soulevant une caisse de 25 kilos le 31 août 2022. Aucun antécédent à la région lombaire.
- Lésion consolidée le 15 décembre 2022.
- Il présente une douleur lombaire en barre résiduelle sans irradiation. La douleur est augmentée par les mouvements du tronc et en position assise ou debout prolongée.

Page 42

Direction des hospitalisations et des services de soins

CNESST

42

M. L.-V.

- La flexion antérieure du tronc se fait à 70° avec douleur lombaire en fin de mouvement et au moment de se redresser. L'extension du tronc est limitée à 20° avec douleurs. Les flexions latérales et les rotations vers la droite et la gauche sont normales à 30° avec de légères douleurs.
- L'élévation de la jambe tendue (SLR) cause uniquement des douleurs lombaires à 80° à gauche et à droite. Le Tripode est négatif tout comme le Lasègue inversé (Ely) des deux côtés.
- Le reste de l'examen est sans particularité.

Quel bilan des séquelles retenir-vous ?

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

43

ENTORSE DORSO-LOMBAIRE

b) COLONNE DORSO-LOMBAIRE

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

203997	■ sans séquelle fonctionnelle objectivée	0
204004	■ avec séquelles fonctionnelles objectivées, avec ou sans changement radiologique	2

Page 53

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

44

M. L.-V.

Séquelles actuelles :

204004 entorse lombaire avec séquelles fonctionnelles 2%

Séquelles antérieures : aucune

Autres déficits reliés à la bilatéralité : aucun

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

45

ENTORSE LOMBAIRE

- Page 53 du barème des dommages corporels, l'entorse lombaire peut être :
 - sans séquelle fonctionnelle objectivée (0 %)
 - OU
 - avec séquelles fonctionnelles objectivées (2 %)

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

46

HERNIE DISCALE DORSO-LOMBAIRE

3. Autres pathologies dorsales, lombaires ou sacrées

204148 I. Hernie discale non opérée prouvée cliniquement et par tests spécifiques 2

de plus, s'ajoutent les pourcentages prévus pour les ankyloses et les séquelles neurologiques. Se référer au tableau 12 des ankyloses de la colonne dorso-lombaire et au chap. IV dap

Page 56

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

47

ANKYLOSES PERMANENTES DE LA COLONNE DORSO-LOMBAIRE

TABEAU 12
ANKYLOSES PERMANENTES DE LA COLONNE DORSO-LOMBAIRE

207564	A. ANKYLOSE COMPLÈTE PERMANENTE	30	
	B. ANKYLOSE INCOMPLÈTE		
	■ Flexion antérieure (normale 0 à 90°)		
	Degrés perdus	Degrés retenus	
207573	90	0	9
207582	60	30	7
207591	40	50	5
207608	20	70	3
207617	0	90 (normal)	0

Page 99 et suivantes

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

48

ATTEINTES RADICULAIRES

TABLEAU 6

UNITÉS SERVICE FONCTIONNELLES

PROTHÈSE	MOYEN (Libéral)					MOYEN (Libéral)				
	D	10	20	30	40	D	10	20	30	40
106708	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000
106709	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000

Page 152

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

49

RÈGLES PARTICULIÈRES DU SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE

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

Page 5

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

50

POURCENTAGE MAXIMAL APPLICABLE AU GENOU

TABLEAU 8

ANKYLOSES PERMANENTES DU GENOU

A. COMPLÈTE

106708 Ankylose complète du genou en légère flexion de 10° avec ou sans patellectomie, sans varus, ni valgus, incluant le raccourcissement réel de 3 cm ou moins ainsi que l'atrophie musculaire permanente et secondaire de la cuisse

20

Page 87

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

51

POURCENTAGE MAXIMAL APPLICABLE AU GENOU

Séquelles actuelles

103006 Prothèse totale du genou avec séquelles fonctionnelles	15%
106842 Flexion 100°	4%
106931 Extension 10°	4%
Maximum	23%
106708 Ankylose du genou en position de fonction	20%

Séquelles antérieures
Nil

Autres déficits reliés à la bilatéralité
Nil

Bilan des séquelles conforme

Page 87

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

52

M. R.-L.

Vous évaluez ce travailleur qui a subi une entorse de grade 2 de la cheville gauche en chutant dans un escalier. Il présente une perte de 10° de dorsiflexion et de 10° en flexion plantaire. Vous retenez le bilan des séquelles suivant :

Séquelles actuelles

103499 atteinte des tissus mous du membre inférieur avec séquelles fonctionnelles	2%
107306 perte de 10° de dorsiflexion cheville gauche	2%
107306 perte de 10° de flexion plantaire cheville gauche	2%

Ce bilan des séquelles est-il conforme ?

Page 41

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

53

CHEVILLE : ENTORSE ET FRACTURE

CODE	% DAP
5. Cheville et pied	
i. Entorse simple, fracture parcellaire ou avulsive, fracture uni, bi ou tri-malléolaire, avec ou sans réduction chirurgicale, consolidée	
103257 ■ sans séquelles fonctionnelles, avec ou sans changement radiologiques	0
103266 ■ avec séquelles fonctionnelles incluant le diastasis de plus, se référer au tableau 10 des ankyloses de la cheville et du pied, sans dépasser le pourcentage prévu pour une arthrodèse tibiotarsienne en position de fonction	2

Page 41

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

54

ANKYLOSES INCOMPLÈTES DE LA CHEVILLE

B. INCOMPLÈTE

■ Ankylose incomplète

L'axe de mouvement complet est de 40°, à savoir :
 ☐ 20° de flexion dorsale
 ☐ 40° de flexion plantaire

	Degrés perdus	
107262	60	12
107271	40	7
107280	30	5
107289	20	3
107306	10	2
107315	moins de 10	1
107324	aucun	0

Page 91

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

13



55

M. R.-L.

Séquelles actuelles :

103266	entorse de la cheville gauche avec séquelles fonctionnelles	2%
107299	perte de 20° de l'articulation tibio-tarsienne	3%

Séquelles antérieures :

Aucune

Autres déficits reliés à la bilatéralité :

Aucun

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

13



56

CHEVILLE : ENTORSE ET FRACTURE

- Il y a un **code spécifique pour l'entorse de la cheville** de sorte qu'on n'utilise pas celui de l'atteinte des tissus mous (page 41 du barème).
- On inclut dans les **fractures de la cheville** celles du tibia distal (pilon tibial) qui ne sont pas prévues ailleurs au barème.
- Si applicable, les DAP pour **ankyloses incomplètes de la cheville** se trouvent aux pages 84 et 85 du barème.
- Un DAP peut aussi être considéré en présence d'une **instabilité chronique de la cheville** (page 41 du barème).

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

13



57

INSTABILITÉ CHRONIQUE DE LA CHEVILLE

103293 v. Instabilité chronique de la cheville
provoquée radiologiquement 2

Page 41

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

13



58

BILATÉRALITÉ

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

13



59

RÈGLES PARTICULIÈRES DU SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE

4) Bilatéralité

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

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

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

Page 5

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

13



60

PRINCIPE DE LA BILATÉRALITÉ

- Atteintes permanentes aux **2 membres supérieurs** ou aux **2 membres inférieurs** :
 - droit à un déficit anatomo-physiologique (DAP) supplémentaire pour bilatéralité
- L'atteinte au deuxième membre peut être de toute nature, **personnelle ou professionnelle**, mais doit avoir été présente **avant la date de l'événement**.
- Pour calculer la bilatéralité, on doit évaluer les **DAP pour chaque membre au complet** (pas seulement une articulation et pas seulement la lésion).

Direction des hospitalisations
et des services de santé

61

61

PRINCIPE DE LA BILATÉRALITÉ

- Le pourcentage supplémentaire accordé par la CNESST correspond à la somme des DAP du **membre le moins atteint**
- Ce principe **ne s'applique pas** aux pourcentages prévus pour le PE et le DPJV

Direction des hospitalisations
et des services de santé

62

62

PRINCIPE DE LA BILATÉRALITÉ

- Nécessite l'**examen des organes symétriques (toujours)**
- La bilatéralité s'établit :
 - de **membre à membre**, soit membre supérieur droit avec membre supérieur gauche et membre inférieur droit avec membre inférieur gauche
 - ou **pour le thorax**, hémi-thorax gauche avec hémi-thorax droit
- Le membre supérieur inclut l'omoplate et la clavicule
- Le membre inférieur inclut la hanche et l'hémi-bassin
- La cage thoracique se divise en droite et gauche à partir de la ligne médiane de la cage

Direction des hospitalisations
et des services de santé

63

63

PRINCIPE DE LA BILATÉRALITÉ

Que faire si l'on soupçonne une bilatéralité :

- Examiner le **membre controlatéral au complet**, en faisant une description objective des atteintes.
- Indiquer dans le bilan des séquelles, à la section « autres déficits reliés à la bilatéralité », les DAP, évalués aux deux membres, qui ne sont pas inclus dans les « séquelles actuelles » de la lésion professionnelle et les « séquelles antérieures ».
- La bilatéralité pourra alors être calculée par la CNESST.

Direction des hospitalisations
et des services de santé

64

64

COMMENT ÉTABLIR LE BILAN DES SÉQUELLES : TROIS PARTIES À CONSIDÉRER (OUTIL)

Dresser le bilan des séquelles et commenter, s'il y a lieu
Pour chaque séquelle, inscrivez le code, la nature et le pourcentage que vous avez fixés. Pour ce faire, veuillez vous référer au Règlement annoté sur le barème des dommages corporels.
Regrouper, sous le titre approprié, les séquelles qui appartiennent à l'un ou à l'autre des trois groupes suivants :

- Séquelles actuelles** (ensemble des séquelles aux sièges de la lésion professionnelle)
code nature %
- Séquelles antérieures** (de toute origine aux sièges de la lésion professionnelle avant son aggravation)
code nature %
- Autres déficits reliés à la bilatéralité** (autres déficits permanents, de toute origine, non identifiés en 1 et en 2 mais devant être considérés dans le calcul de la bilatéralité)
code nature %

Pages 329 ou 331

Direction des hospitalisations
et des services de santé

65

65

M. P.-C.

Ce travailleur a subi au travail en 2021 une **rupture non opérée de la longue portion du biceps droit** avec mobilité résiduelle normale. DAP reconnu de 2%.

Il était déjà porteur de **séquelles au majeur gauche** avec ankyloses incomplètes en position de fonction de l'inter-phalangienne proximale et distale résultant d'une fracture subie dans un accident d'automobile (personnel) en 2018. Ces **atteintes au majeur gauche** équivalent selon le barème à un DAP de 0.8 %.

- Est-ce que la bilatéralité s'applique ? OUI
- Dans l'affirmative, quel est le pourcentage applicable à la bilatéralité ? 0.8%
- Sinon, pourquoi la bilatéralité ne s'applique pas ?

Direction des hospitalisations
et des services de santé

66

66

M. P.-C.

Séquelles actuelles :


100296 rupture musculo-tendineuse du biceps droit non opérée 2%

Séquelles antérieures :

Nil

Autres déficits reliés à la bilatéralité :

101981	ankylose incomplète IPP majeur gauche	0.4%
101990	ankylose incomplète IPD majeur gauche	0.4%


Direction de l'expertise médicale et des services de santé 27 

67

RÈGLES PARTICULIÈRES DU SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE

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

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

Page 6 

68

CODE % DAP

TABLEAU B


ANKYLOSES PERMANENTES DU GENOU

A. COMPLÈTE

106708 Ankylose complète du genou en légère flexion de 10° avec ou sans paresthésie, sans varus, ni valgus, incluant le raccourcissement réel de 3 cm ou moins ainsi que l'atrophie musculaire permanente et secondaire de la cuisse 20

Pour faciliter l'application de la règle particulière numéro 5 du chapitre 1, les pourcentages additionnels de déficits anatomophysiologiques ont été calculés. Ils apparaissent ci-dessous et sont précédés de leur code spécifique.

106717	10%	2
106726	15%	3
106735	25%	5

Page 67 

69


PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE (PE)

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 70 

70

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE (PE)

- Le PE doit être **apparent**, c'est-à-dire qu'il n'est pas nécessaire de porter attention particulière pour le remarquer
- La **déformation et l'atteinte cicatricielle** constituent les deux aspects quantifiables dans l'évaluation
- L'atteinte cicatricielle se mesure en **cm² de surface**
- Le **temps minimum** précédant l'évaluation d'une atteinte cicatricielle résultant d'une lésion professionnelle est de **six mois**
- Les calculs relatifs à la fixation des pourcentages des dommages corporels sont effectués en tenant compte des **deux premières décimales**


Direction de l'expertise médicale et des services de santé 71 

71

ATTEINTE CICATRICIELLE : DÉFINITIONS

Cicatrice non vicieuse (belle)
Cicatrice presque linéaire, au même niveau que le tissu adjacent et presque de la même couleur, ne causant ni contracture, ni distorsion des structures avoisinantes

Cicatrice vicieuse
Cicatrice qui peut être mal alignée, irrégulière, déprimée, adhérente au plan profond, **pigmentée**, en plaque ou rétractile. Inclut la cicatrice chéloïdienne ou hypertrophique

Pages 272 et 273 

72

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS

TABEAU 25 (suite) PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS

Multiplicateur de la forme et de la couleur du/des d'orteils	% PE	CICR	Atteinte cicatricielle
Mains			
224360 Non atteintes ou légères	0	224360	Non atteintes ou non cicatrisées, à PE au 0/3 %, Volume
224370 Modérées	4	224360	à PE au 1/3 %
224380 Sévères	8		
Le pourcentage maximum de PE pour les deux mains est de 36 %.			
Doigts			
224377 Non atteintes ou légères	0	224377	Non atteintes ou non cicatrisées, à PE au 0/3 %, Volume
224394 Modérées	3	224394	à PE au 0,5 %/orteil
224313 Sévères	6		
Le pourcentage maximum de PE pour les deux doigts est possible est de 12 %.			
Membres inférieurs			
224322 Non atteintes ou légères	0	224322	Non atteintes ou non cicatrisées, à PE au 0/3 %, Volume
224331 Modérées	5	224331	à PE au 1/3 %
224340 Sévères	10		
Le pourcentage maximum de PE pour les deux membres inférieurs est de 20 %.			

Page 281

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

73

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS

TABEAU 25 (suite) PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS

Multiplicateur de la forme et de la couleur du/des d'orteils	% PE	CICR	Atteinte cicatricielle
Mains			
224360 Non atteintes ou légères	0	224360	Non atteintes ou non cicatrisées, à PE au 0/3 %, Volume
224370 Modérées	4	224360	à PE au 1/3 %
224380 Sévères	8		
Le pourcentage maximum de PE pour les deux mains est de 36 %.			
Doigts			
224377 Non atteintes ou légères	0	224377	Non atteintes ou non cicatrisées, à PE au 0/3 %, Volume
224394 Modérées	3	224394	à PE au 0,5 %/orteil
224313 Sévères	6		
Le pourcentage maximum de PE pour les deux doigts est possible est de 12 %.			
Membres inférieurs			
224322 Non atteintes ou légères	0	224322	Non atteintes ou non cicatrisées, à PE au 0/3 %, Volume
224331 Modérées	5	224331	à PE au 1/3 %
224340 Sévères	10		
Le pourcentage maximum de PE pour les deux membres inférieurs est de 20 %.			

Page 281

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

74

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS

TABEAU 25 (suite) PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS

Multiplicateur de la forme et de la couleur du/des d'orteils	% PE	CICR	Atteinte cicatricielle
Mains			
224360 Non atteintes ou légères	0	224360	Non atteintes ou non cicatrisées, à PE au 0/3 %, Volume
224370 Modérées	4	224360	à PE au 1/3 %
224380 Sévères	8		
Le pourcentage maximum de PE pour les deux mains est de 36 %.			
Doigts			
224377 Non atteintes ou légères	0	224377	Non atteintes ou non cicatrisées, à PE au 0/3 %, Volume
224394 Modérées	3	224394	à PE au 0,5 %/orteil
224313 Sévères	6		
Le pourcentage maximum de PE pour les deux doigts est possible est de 12 %.			
Membres inférieurs			
224322 Non atteintes ou légères	0	224322	Non atteintes ou non cicatrisées, à PE au 0/3 %, Volume
224331 Modérées	5	224331	à PE au 1/3 %
224340 Sévères	10		
Le pourcentage maximum de PE pour les deux membres inférieurs est de 20 %.			

Page 281

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

75

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS

TABEAU 25 (suite) PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS

Attention :

Codes différents pour la modification de la forme et de la symétrie et pour les atteintes cicatricielles

Multiplicateur de la forme et de la couleur du/des d'orteils	% PE	OU	CICR	Atteinte cicatricielle
Mains				
224360 Non atteintes ou légères	0		224360	Non atteintes ou non cicatrisées, à PE au 0/3 %, Volume
224370 Modérées	4		224360	à PE au 1/3 %
224380 Sévères	8			
Le pourcentage maximum de PE pour les deux mains est de 36 %.				
Doigts				
224377 Non atteintes ou légères	0		224377	Non atteintes ou non cicatrisées, à PE au 0/3 %, Volume
224394 Modérées	3		224394	à PE au 0,5 %/orteil
224313 Sévères	6			
Le pourcentage maximum de PE pour les deux doigts est possible est de 12 %.				
Membres inférieurs				
224322 Non atteintes ou légères	0		224322	Non atteintes ou non cicatrisées, à PE au 0/3 %, Volume
224331 Modérées	5		224331	à PE au 1/3 %
224340 Sévères	10			
Le pourcentage maximum de PE pour les deux membres inférieurs est de 20 %.				

Page 281

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

76

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS

Procédure d'évaluation :

- Déterminer le siège du PE
- Évaluer s'il y a déformation (légère, modérée, sévère)
- Mesurer les atteintes cicatricielles (seules les cicatrices vicieuses sont compensables)
- Retenir le pourcentage le plus élevé, soit de la déformation ou de l'atteinte cicatricielle

(le pourcentage retenu ne doit pas excéder le pourcentage maximum prévu pour cette partie du corps)

Page 281

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

77

M. D. R.

- Ce travailleur a chuté d'un wagon il y a 4 mois.
- Diagnostic reconnu : fracture du 3^e et 4^e métacarpes gauches.
- À l'examen lors du REM : **déformation modérée** de la main gauche avec présence d'une **cicatrice vicieuse de 18 cm²**.

Quel préjudice esthétique appliquerez-vous ?

Page 281

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

78

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS

Attention :

Codes différents pour la modification de la forme et de la symétrie et pour les atteintes cicatricielles

TABLEAU 25 (suite) PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS		OU	
Code	Nature	Code	Nature
224368	Non apparue ou légère	224368	Non apparue ou non résolu, le PE est de 0 à 5 %
224376	Moyenne	224368	Non apparue ou non résolu, le PE est de 6 à 10 %
224386	Sévère		

Le pourcentage maximum de PE pour les deux nature est de 10 %.

TABLEAU 25 (suite) PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS		OU	
Code	Nature	Code	Nature
224377	Non apparue ou légère	224377	Non apparue ou non résolu, le PE est de 0 à 5 %
224384	Moyenne	224377	Non apparue ou non résolu, le PE est de 6 à 10 %
224313	Sévère		

Le pourcentage maximum de PE pour les deux nature est de 12 %.

TABLEAU 25 (suite) PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS		OU	
Code	Nature	Code	Nature
224377	Non apparue ou légère	224376	Non apparue ou non résolu, le PE est de 0 à 5 %
224384	Moyenne	224376	Non apparue ou non résolu, le PE est de 6 à 10 %
224368	Sévère		

Le pourcentage maximum de PE pour les deux nature est de 25 %.

Page 281

79

M. D. R.

Séquelles actuelles :

224368 cicatrice vicieuse de 18 cm² à la main gauche 16 %

Conforme ?

80

M. D. R.

Séquelles actuelles :

224368 cicatrice vicieuse de 18 cm² à la main gauche 16 %

Non conforme car évaluation avant 6 mois

81

M. D. R.

Si évaluation après 6 mois :

Séquelles actuelles :

224368 cicatrice vicieuse de 18 cm² à la main gauche 16 %

Car le maximum de PE est atteint pour cette région anatomique en conformité avec le barème

82

SÉQUELLES ANTÉRIEURES

83

COMMENT ÉTABLIR LE BILAN DES SÉQUELLES : TROIS PARTIES À CONSIDÉRER (OUTIL)

Dresser le bilan des séquelles et commenter, s'il y a lieu
 Pour chaque séquelle, inscrire le code, la nature et le pourcentage que vous avez fixés. Pour ce faire, veuillez vous référer au Règlement annoté sur le barème des dommages corporels.
 Regrouper, sous le titre approprié, les séquelles qui appartiennent à l'un ou à l'autre des trois groupes suivants :

- Séquelles actuelles** (ensemble des séquelles aux sièges de la lésion professionnelle)
 code nature %
- Séquelles antérieures** (de toute origine aux sièges de la lésion professionnelle avant son aggravation)
 code nature %
- Autres déficits reliés à la bilatéralité** (autres déficits permanents de toute origine, non identifiés en 1 et en 2 mais devant être considérés dans le calcul de la bilatéralité)
 code nature %

Pages 329 ou 331

84

MME C.-L.

- Cette travailleuse a présenté une **tendinite à l'épaule gauche en 2023**.
- Elle présente une **abduction à 140° à cette épaule**.
- Une **tendinite de l'épaule gauche** avait aussi déjà été reconnue en **2018** avec **abduction résiduelle à 160°**.

Quel bilan des séquelles devrait être retenu ?

Direction de l'expertise médicale et des services de santé **CNESST**

85

ATTEINTE DES TISSUS MOUS DU MEMBRE SUPÉRIEUR

c) ATTEINTE DES TISSUS MOUS (MEMBRE SUPÉRIEUR)

Atteinte permanente des tissus mous (musculosquelettiques) **lorsque les séquelles ne sont pas déjà prévues au barème**

102365	■ sans séquelle fonctionnelle, ni changement radiologique	0
102374	■ sans séquelle fonctionnelle, mais avec changements radiologiques	1
102383	■ avec séquelles fonctionnelles	2

de plus, se référer au tableau des ankyloses de la ou des articulations atteintes ainsi qu'au tableau 5 des atrophies du membre supérieur dap

Direction de l'expertise médicale et des services de santé **CNESST** Page 32

86

M. INCAPACITÉ

M. INCAPACITÉ

M. INCAPACITÉ

	Régime général	Régime autonome	
104729	15	1 000 (démonté)	15
104808	200	1 000	200
104817	400	1 000	400
104826	600	1 000	600
104835	800	1 000	800
104844	1 000	1 000	1 000
104853	1 200	1 000	1 200
104862	1 400	1 000	1 400
104871	1 600	1 000	1 600
104880	1 800	1 000	1 800

Direction de l'expertise médicale et des services de santé **CNESST** Page 66

87

MME C.-L.

Séquelles actuelles :

102383 atteinte des tissus mous membre supérieur gauche avec séquelles fonctionnelles (tendinite 2023)	2%
104817 abduction épaule gauche à 140°	2%

Séquelles antérieures :

102383 atteinte des tissus mous membre supérieur gauche avec séquelles fonctionnelles (tendinite 2018)	2%
104808 abduction épaule gauche à 160°	1%

Autres déficits reliés à la bilatéralité :
Nil

Direction de l'expertise médicale et des services de santé **CNESST**

88

SÉQUELLES ANTÉRIEURES

- Ne pas oublier que les séquelles antérieures sont celles **de toute origine** aux **sièges de la lésion professionnelle** avant son aggravation (barème page 331)
- De plus, ces séquelles antérieures **devraient être reconduites aux séquelles actuelles**
 - à moins d'être remplacées par une séquelle plus importante ou
 - à moins d'être moindre et incluse par rapport à une autre séquelle

Direction de l'expertise médicale et des services de santé **CNESST**

89

M. S. T.

- Une **ménisctomie interne du genou gauche** avait été réalisée chez ce poissonnier en lien avec l'événement d'origine du **7 avril 2007**.
- Un diagnostic d'**arthrose du genou gauche** a été reconnu en RRA le **25 juillet 2022**.
- Une prothèse totale du genou gauche a été réalisée le **30 septembre 2022**.
- Lésion consolidée le 15 avril 2023.

Direction de l'expertise médicale et des services de santé **CNESST**

90

M. S. T.

- L'examen du **genou gauche** démontre une **perte de flexion de 20°** comparativement au genou droit qui est considéré sain. L'examen des genoux est normal par ailleurs.
- Le code **103060 pour ménisectomie interne du genou gauche** avec séquelles fonctionnelles pour un **DAP de 1%** et le code **106922 pour perte de 5° d'extension** pour un **DAP de 1%** avaient été retenus à l'événement d'origine.

Pourriez-vous préciser le bilan des séquelles à retenir ?

Direction de l'expertise médicale et des services de santé CNESTT

91

M. S. T.

Séquelles actuelles :

103066 prothèse totale du genou gauche avec séquelles fonctionnelles	15%
106833 perte de 20° de flexion du genou gauche	2%
106922 perte de 5° d'extension du genou gauche	1%

Séquelles antérieures :

103060 ménisectomie interne genou gauche avec séquelles fonctionnelles	1%
106922 perte de 5° d'extension du genou gauche	1%

Autres déficits reliés à la bilatéralité :
Aucun

Direction de l'expertise médicale et des services de santé CNESTT

92

SÉQUELLES ANTÉRIEURES

- Ne pas oublier que les séquelles antérieures sont celles **de toute origine** aux **sièges de la lésion professionnelle** avant son aggravation (barème page 331)
- De plus, ces séquelles antérieures **devraient être reconduites aux séquelles actuelles**
 - à moins d'être remplacées par une séquelle plus importante ou
 - à moins d'être moindre et incluse par rapport à une autre séquelle

Direction de l'expertise médicale et des services de santé CNESTT

93

DOULEUR ET PERTE DE JOUISSANCE DE LA VIE (DPJV)

Direction de l'expertise médicale et des services de santé CNESTT

94

Douleurs et perte de jouissance de la vie (DPJV)

- Le barème des DPJV se présente sous forme d'une table d'équivalence mathématique
- Le pourcentage de DPJV débute à 0,01 % de la somme des DAP **ou** des PE avec un maximum de 50 % de la somme lorsque celle-ci excède 70 %
- Le DPJV s'applique au DAP et au PE de façon distincte
- Le DPJV est calculé informatiquement par la Commission.

Vous n'avez donc pas à l'évaluer

Direction de l'expertise médicale et des services de santé CNESTT

95

TABLE DE DPJV		DPJV
Somme des pourcentages de DAP ou de PE		%
225000	0,01 à 0,09	0,01
225010	1 à 1,99	0,1
225020	2 à 2,99	0,2
225030	3 à 3,99	0,3
225040	4 à 4,99	0,4
225050	5 à 5,99	0,75
225060	6 à 6,99	0,9
225070	7 à 7,99	1,05
225080	8 à 8,99	1,2
225090	9 à 9,99	1,35
225100	10	1,5
Somme des pourcentages de DAP ou de PE		DPJV
%		%
320580	87,01 à 89	30,6
320600	89,01 à 89	31,05
320704	89,01 à 70	31,5
320713	70,01 et plus	50 % du pourcentage de DAP ou de PE

arithmétique entre 0,01 et 10

exponentielle entre 10 et 70

arithmétique > 70

Direction de l'expertise médicale et des services de santé CNESTT

96

EXPERTISE 204

13. Conclusions

5. Limitations fonctionnelles

- Une limitation fonctionnelle (LF) correspond à toute réduction ou à toute restriction de la capacité physique ou psychique d'accomplir certaines activités ou d'en subir les effets.
- Une LF se traduit donc par l'incapacité d'exécuter certains mouvements, mais aussi de prendre ou de garder certaines positions ou encore de subir certaines contraintes dans des conditions ou situations déterminées.
- Doivent être précises, réalistes, objectivées, quantifiées et permanentes
- Les LF doivent être **décrites en fonction de la lésion** en tenant compte des activités de vie domestique et quotidienne et **non pas uniquement en fonction des tâches de travail.**

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 127

CNESST

97

EXPERTISE 204

13. Conclusions

5a. Existence de limitations fonctionnelles

- Considérant les diagnostics retenus
- Considérant l'absence d'antécédents au site de la lésion
- Considérant les traitements reçus à ce jour
- Considérant que les lésions sont consolidées
- Considérant les plaintes subjectives
- Considérant l'examen objectif ce jour, corrélation avec les restrictions

✓ **Avis concernant l'existence ou non de limitations fonctionnelles permanentes** et, s'il y a lieu, l'évaluation des limitations pour chacun des diagnostics considérés consolidés

✓ **Pour les diagnostics retenus non consolidés, préciser qu'il est trop tôt pour évaluer les limitations fonctionnelles permanentes**

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 128

CNESST

98

EXPERTISE 204

13. Conclusions

5b. Évaluation des limitations fonctionnelles (LF)

Comment les déterminer ? Éléments à prendre en considération :

- 1) Plaintes et problèmes liés à la lésion professionnelle, corroborés par examen clinique
- 2) Antécédents à la lésion reconnue
- 3) Examen clinique anormal (physique ou psychique)
- 4) Examen paraclinique anormal

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 129

CNESST

99

LIMITATIONS FONCTIONNELLES

Limitations ou **restrictions dans l'exécution de certaines fonctions physiologiques** qui doivent être diminuées ou évitées en permanence

- **Incapacité (ne peut, ne doit pas...)** :
 - D'exécuter certains mouvements
 - De prendre ou garder certaines positions
 - De subir certains effets dans des conditions quantifiables
- **Les limitations doivent être** :
 - Réalistes, en lien avec la lésion
 - Liées à des activités de la vie quotidienne (AVQ) et domestique (AVD)
- Les **symptômes** ne sont pas des limitations fonctionnelles

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 130

CNESST

100

LIMITATIONS FONCTIONNELLES

En donner trop

Danger de perte d'emploi ?



En donner trop peu

Risque de RRA ?

Il appartient à la CNESST de déterminer la capacité de travail

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 131

CNESST

101

LIMITATIONS FONCTIONNELLES

- Les expressions « ne pas faire de mouvements répétitifs avec le membre » ou « ne pas soulever de poids avec la main » sans précisions ne permettent pas de déterminer quelles sont les capacités résiduelles de la personne ni d'établir les besoins en réadaptation
- Différence entre éviter et ne pas
 - Ex. : éviter de monter des escaliers et ne pas monter des escaliers
- Mouvements répétés et mouvements répétitifs :
 - Répétés : aucune cadence imposée
 - Répétitifs : cadence soutenue, souvent imposée; tenir compte de la force, de la position, de l'amplitude
 - De façon fréquente : préciser la fréquence à ne pas dépasser

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 132

CNESST

102

LIMITATIONS FONCTIONNELLES

Exemples :

- Il ne peut réaliser d'activités avec le membre supérieur droit qui implique de s'agripper, de tirer ou de pousser ;
- Il ne peut réaliser avec le membre supérieur droit des activités qui impliquent de visser, dévisser à la main ou d'utiliser des outils à compression à air;
- Il ne peut, manipuler de charges de plus de 5 à 10 kg avec le membre supérieur droit;
- Il ne peut réaliser d'activités qui impliquent de grimper et donc de s'agripper dans des échelles avec le membre supérieur droit.

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

103



103

POUR NOUS JOINDRE

▪ Adresse courriel pour les professionnels désignés :

- soutienprofessionnellesigne@cnesst.gouv.qc.ca

▪ Coordonnatrice médicale de la Direction de l'expertise médicale et des services de santé :

- [REDACTED] (514) 906-3003, [REDACTED]

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

104



104

**L'EXPERTISE MÉDICALE
À LA CNESST**

**ET L'ÉVALUATION DES SÉQUELLES
DES LÉSIONS RELIÉES À LA
CHIRURGIE PLASTIQUE**

Direction de l'expertise médicale et des services de santé
Avril 2025

Direction des services de santé,
du travail et de la sécurité du travail
cnesst.gouv.qc.ca

CNESST

1

REPRODUCTION INTERDITE

Toute reproduction ou diffusion de cette formation
est interdite sans l'autorisation de la
Direction de l'expertise médicale et des services de santé
de la CNESST.

Elle seule peut permettre à un tiers d'en utiliser le contenu.

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

CNESST

2

DÉCLARATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS POTENTIELS

Affiliations : Médecin-conseil de la CNESST
Direction de l'expertise médicale et des services de santé

Société commerciale / non commerciale : Aucune

Support financier : Aucun

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

CNESST

3

OBJECTIFS

À la fin de cette présentation, vous serez en mesure de mieux :

- Déterminer l'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique (APIPP) en lien avec les lésions reliées à la chirurgie plastique
- Reconnaître les éléments à considérer pour l'évaluation des limitations fonctionnelles permanentes

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

CNESST

4

PLAN DE LA PRÉSENTATION

- Rédaction du rapport d'expertise
- Détermination de l'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique (APIPP)
- Évaluation des limitations fonctionnelles permanentes
- Post-test

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

CNESST

5

RÉDACTION DU RAPPORT D'EXPERTISE

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

CNESST

6

M. B.-D.

- Vous rencontrez ce travailleur dans le cadre d'une expertise demandée par la CNESST.
- Votre avis est souhaité sur les points 2 à 5.
- Le diagnostic accepté par la CNESST est celui de ténosynovite de De Quervain droite.

Parmi les affirmations suivantes, laquelle est vraie ?

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

7



7

M. B.-D.

- A. Si vous croyez que la condition est incompatible avec une ténosynovite de De Quervain, vous donnez votre avis au point 1 concernant le diagnostic qui devrait être retenu même si votre opinion n'est pas sollicitée à ce sujet.
- B. Compte tenu que la lésion est stabilisée, vous prévoyez la date de consolidation dans 2 semaines afin que le programme de réadaptation en cours puisse être complété.
- C. Lorsque vous considérez qu'une lésion est consolidée, vous pouvez recommander des limitations fonctionnelles temporaires afin de permettre une réintégration progressive au travail.
- D. Vous donnez votre avis sur la capacité de travail.
- E. Aucune de ces réponses

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

8



8

M. B.-D.

- A. Si vous croyez que la condition est incompatible avec une ténosynovite de De Quervain, vous donnez votre avis au point 1 concernant le diagnostic qui devrait être retenu même si votre opinion n'est pas sollicitée à ce sujet.
- B. Compte tenu que la lésion est stabilisée, vous prévoyez la date de consolidation dans 2 semaines afin que le programme de réadaptation en cours puisse être complété.
- C. Lorsque vous considérez qu'une lésion est consolidée, vous pouvez recommander des limitations fonctionnelles temporaires afin de permettre une réintégration progressive au travail.
- D. Vous donnez votre avis sur la capacité de travail.

E. Aucune de ces réponses

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

9



9

EXPERTISE 204**13. Conclusions****1. Diagnostic(s)**

- Considérant le diagnostic accepté
- Considérant l'absence ou la présence d'antécédent au site de la lésion
- Considérant le mécanisme de production, le décrire, l'expliquer, vraisemblance
- Considérant les trouvaillles aux examens paracliniques, positives négatives
- Considérant les plaintes subjectives, concordances avec l'examen objectif
- Considérant l'examen objectif ce jour, en relation avec le diagnostic

Je retiens ou je ne retiens pas ce ou ces diagnostics

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

10



10

DIAGNOSTIC PRÉCIS

- Importance de retenir un **diagnostic et un siège de lésion précis** car votre avis sera soumis au PSQAC et qu'une décision sera éventuellement rendue par la CNESST :
 - Tendinopathie des extenseurs du poignet droit (et non tendinopathie du poignet)
- Les **algies** ne sont habituellement pas considérées comme un diagnostic par la CNESST (lombalgie, brachialgie, sciatralgie ...) mais plutôt comme un symptôme
- Les diagnostics **«probables»** et **«possibles»** ne sont habituellement pas étudiés à la CNESST car ils sont considérés comme une hypothèse diagnostique

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

11



11

EXPERTISE 204**13. Conclusions****2. Consolidation**

- Considérant le ou les diagnostics retenus
- Considérant l'absence d'antécédent au site
- Considérant les différentes trouvaillles paracliniques et/ou peropératoires
- Considérant les traitements qui ont été prodigués jusqu'à ce jour, durée, type, résultats, autres options
- Considérant la stabilité obtenue avec les traitements reçus
- Considérant les plaintes subjectives
- Considérant l'examen objectif ce jour

✓ **Avis sur la consolidation ou non** de chacun des diagnostics retenus en précisant la date de consolidation le cas échéant

✓ **Ne pas suggérer une date de consolidation dans le futur**

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

12



12

EXPERTISE 204


13. Conclusions

3. Nature, nécessité, suffisance durée des soins ou des traitements administrés ou prescrits

- Considérant le ou les diagnostics retenus
- Considérant l'absence d'antécédent au site
- Considérant les différentes trouvaillles paracliniques et/ou peropératoires
- Considérant les traitements qui ont été prodigués jusqu'à ce jour, durée, type, résultats, autres options.
- Considérant les plaintes subjectives
- Considérant l'examen objectif ce jour

✓ Si consolidation : Suffisance des soins et des traitements
Le fait de consolider ne représente pas un frein à la réalisation de traitement d'appoint
ex: infiltration, suivi à la clinique de la douleur

✓ Si non consolidation : Suggérer des soins et traitements et préciser ceux qui doivent être cessés

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé 13 

13

EXPERTISE 204


13. Conclusions

4a. Existence d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique

- Considérant les diagnostics retenus
- Considérant l'absence d'antécédent au site de la lésion
- Considérant les traitements qui ont été prodigués à ce jour
- Considérant les différentes trouvaillles cliniques et paracliniques
- Considérant la stabilité obtenue à la suite des traitements reçus (consolidation)
- Considérant les plaintes subjectives
- Considérant l'examen objectif ce jour

✓ **Avis concernant l'existence ou non et, s'il y a lieu le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique pour chacun des diagnostics retenus considérés consolidés**

✓ **Pour les diagnostics retenus non consolidés, préciser qu'il est trop tôt pour évaluer l'atteinte permanente en lien avec ceux-ci**

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé 13 

14

EXPERTISE 204

13. Conclusions

4b. Évaluation de l'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique

[Accueil | Commission des normes de l'équité de la santé et de la sécurité du travail - CNESST \(gouv.qc.ca\)](#)


Direction de l'expertise médicale
et des services de santé 13  

15

ATTEINTE PERMANENTE À L'INTÉGRITÉ PHYSIQUE OU PSYCHIQUE (APIPP)

- 1) **Déficit anato-mo-physiologique** (DAP, chapitre I à XVII du Barème) aux séquelles actuelles et antérieures
- 2) **Préjudice esthétique** (PE, chapitre XVIII) aux séquelles actuelles et antérieures
- 3) **Bilatéralité** (la bilatéralité sera calculée par la CNESST mais vous devez décrire les atteintes nécessaires à ce calcul, s'il y a lieu) DAP seulement
- 4) **Pourcentage pour douleur et perte de jouissance de la vie** (DPJV, chapitre XIX)

Vous n'avez pas à évaluer le DPJV (Bonne nouvelle !)

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé 15 

16


EXPERTISE 204

13. Conclusions

4b. Évaluation de l'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique (APIPP)

Pour déterminer l'indemnité pour préjudice corporel (IPC) :

- Montant forfaitaire unique
- Versée au travailleur ayant des atteintes permanentes
- Dépend de l'âge du travailleur

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé 17 

17


RÈGLEMENT ANNOTÉ SUR LE BARÈME DES DOMMAGES CORPORELS

CODE PARTICULIER POUR CHAQUE SÉQUELLE

	ii. Résection de l'extrémité distale du cubitus	
100429	■ sans séquelle fonctionnelle	2
100438	■ avec séquelles fonctionnelles	2

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

dap

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé 18  Page 12

18

UTILITÉ DES CODES (OUTIL)

PRÉFIXE : APPLICATION DU PRINCIPE DE BILATÉRALITÉ

• PRÉFIXE : 1 2 3 4 5 6

Préfixe 1 : bilatéralité peut s'appliquer (ex. : membres, SNP)

Préfixe 2 : bilatéralité ne s'applique pas (ex. : colonne, sacrum)

Préfixe 3 : un seul des deux organes symétriques est atteint (ex. : système maxillo-facial)

Préfixe 4 : les deux organes symétriques sont atteints et la bilatéralité est déjà appliquée (ex. : hernies inguinales)

19

COMMENT ÉTABLIR LE BILAN DES SÉQUELLES : TROIS PARTIES À CONSIDÉRER (OUTIL)

Dresser le bilan des séquelles et commenter, s'il y a lieu

Pour chaque séquelle, inscrire le code, la nature et le pourcentage que vous avez fixés. Pour ce faire, veuillez vous référer au Règlement annoté sur le barème des dommages corporels*.

Regrouper, sous le titre approprié, les séquelles qui appartiennent à l'un ou à l'autre des trois groupes suivants :

1. **Séquelles actuelles** (ensemble des séquelles aux sièges de la lésion professionnelle)
code nature %
2. **Séquelles antérieures** (de toute origine aux sièges de la lésion professionnelle avant son aggravation)
code nature %
3. **Autres déficits reliés à la bilatéralité** (autres déficits permanents de toute origine, non identifiés en 1 et en 2 mais devant être considérés dans le calcul de la bilatéralité)
code nature %

20

DÉFICIT ANATOMO-PHYSIOLOGIQUE (DAP)

21

DÉFICIT ANATOMO-PHYSIOLOGIQUE (DAP)

- Les % inscrits sous le titre DAP correspondent à un déficit précis
- Ils **ne peuvent être modifiés** ni à la hausse, ni à la baisse, en fonction de ce déficit
- Il s'agit donc d'un barème **non-décrétionnaire**

22

RÈGLES PARTICULIÈRES DU SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE

- 1) L'examen d'une articulation se fait par comparaison à l'**articulation du membre opposé lorsque saine**.

Dans les autres cas, on se réfère aux données conventionnelles du barème.

23

M. B.-D.

- Fracture de la tête radiale du coude droit sans résection consolidée.
- Flexion du coude droit à 140°. Flexion du coude gauche à 160°.
- Le reste de l'examen est normal.

Quel bilan des séquelles retenez-vous ?

24

FRACTURE DE LA TÊTE RADIALE SANS RÉSECTION

5. Coude

i. Fracture ou luxation de la tête radiale sans résection

100312 ■ sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique 0

■ avec séquelles fonctionnelles

se référer au tableau 3 des ankyloses du coude dap

Page 10

25

A. FLEXION

La flexion est mesurée de 0° au point d'extension limitée à 130° ou au point de flexion limitée - Flexion jusqu'à

	Degrés	
100100	0	33
100200	20	22
100210	30	20
100220	30	19
100287	40	17
100240	50	14
100230	60	14
100264	70	13
100272	80	11
100282	90	10
100291	100	8
100300	110	6
100317	120	5
100326	130	3
100335	140	2
100344	150 (normal)	0

Page 71

26

M. B.-D.

Séquelles actuelles :
Fracture de la tête radiale droite avec séquelles fonctionnelles
105326 perte de 20° de flexion du coude droit 3%
(en comparant au coude sain à 160° de flexion)

Séquelles antérieures :
Nil

Autres déficits reliés à la bilatéralité :
Nil

Page 5

27

RÈGLES PARTICULIÈRES DU SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE

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

Page 5

28

MME L.-F.

- Cette travailleuse est tombée en traversant une voie ferrée.
- Diagnostic reconnu : **fracture de Colles au poignet gauche.**
- Lésion consolidée.
- La dorsi-flexion du poignet gauche est mesurée à 30° comparativement à une mobilité du poignet droit qui est superposable aux valeurs normales du barème.

Pourriez-vous établir le bilan des séquelles actuelles ?

Page 12

29

FRACTURE DE COLLES

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

100447 ■ sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique 0

■ avec séquelles fonctionnelles

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

Page 12

30

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

	Degrés	
106174	60 (normal)	0
106183	40	1
106192	20	2
106209	absente	3

Page 80

Direction des hospitalisations médicales et des services de soins

CNESST

31

MME L.-F.

Séquelles actuelles :
Fracture de Colles poignet gauche
106192 dorsi-flexion poignet gauche 30° 2%

Séquelles antérieures :
Aucune

Autres déficits reliés à la bilatéralité :
Aucun

Page 80

Direction des hospitalisations médicales et des services de soins

CNESST

32

ATTEINTE DES TISSUS MOUS DU MEMBRE SUPÉRIEUR

c) ATTEINTE DES TISSUS MOUS (MEMBRE SUPÉRIEUR)

Atteinte permanente des **tissus mous (musculosquelettiques) lorsque les séquelles ne sont pas déjà prévues au barème**

102365	■ sans séquelle fonctionnelle, ni changement radiologique	0
102374	■ sans séquelle fonctionnelle, mais avec changements radiologiques	1
102383	■ avec séquelles fonctionnelles	2

de plus, se référer au tableau des ankyloses de la ou des articulations atteintes ainsi qu'au tableau 5 des atrophies du membre supérieur dap

Page 32

Direction des hospitalisations médicales et des services de soins

CNESST

33

M. L.-B.

- Ce travailleur a ressenti une douleur aiguë au poignet gauche en tentant de décoincer la porte d'un wagon.
- Diagnostic reconnu : entorse du poignet gauche.
- À la consolidation, il présente une douleur résiduelle au poignet gauche avec flexion palmaire à 60° comparativement à une flexion palmaire de 70° du côté droit. Les autres mouvements sont normaux.

Pouvez-vous déterminer le bilan des séquelles ?

Page 80

Direction des hospitalisations médicales et des services de soins

CNESST

34

ATTEINTE DES TISSUS MOUS DU MEMBRE SUPÉRIEUR

c) ATTEINTE DES TISSUS MOUS (MEMBRE SUPÉRIEUR)

Atteinte permanente des **tissus mous (musculosquelettiques) lorsque les séquelles ne sont pas déjà prévues au barème**

102365	■ sans séquelle fonctionnelle, ni changement radiologique	0
102374	■ sans séquelle fonctionnelle, mais avec changements radiologiques	1
102383	■ avec séquelles fonctionnelles	2

de plus, se référer au tableau des ankyloses de la ou des articulations atteintes ainsi qu'au tableau 5 des atrophies du membre supérieur dap

Page 32

Direction des hospitalisations médicales et des services de soins

CNESST

35

■ Flexion palmaire (normale de 0 à 70°) jusqu'à

	Degrés	
106218	70 (normal)	0
106227	60	1
106236	40	2
106245	20	3

Page 80

Direction des hospitalisations médicales et des services de soins

CNESST

36


M. L.-B.

Séquelles actuelles :

102383	Atteinte des tissus mous du membre supérieur gauche avec séquelles fonctionnelles	2%
106227	Flexion palmaire à 60° poignet gauche	1%

Séquelles antérieures :
Aucune

Autres déficits liés à la bilatéralité : aucun

Direction de l'expertise médicale et des services médicaux 27 


37

ATROPHIE MUSCULAIRE DU MEMBRE SUPÉRIEUR

TABLEAU 5
ATROPHIE MUSCULAIRE PERMANENTE DU MEMBRE SUPÉRIEUR

106272	Atrophie musculaire permanente, de 3 cm et plus, mesurée à la partie moyenne du bras, incluant la faiblesse musculaire qui pourrait en résulter	3,5
106281	Atrophie musculaire permanente de 2 cm et plus, mesurée au tiers supérieur de l'avant-bras, incluant la faiblesse musculaire qui pourrait en résulter	2,5

Page 81


Direction de l'expertise médicale et des services médicaux 28 

38

SYNDROME DU TUNNEL CARPIEN

CODE	% DAP
ix. Tunnel carpien avec ou sans décompression	
100517	■ sans séquelle fonctionnelle, ni changement électromyographique 0
100526	■ sans séquelle fonctionnelle mais avec changements électromyographiques 1
	■ avec séquelles fonctionnelles se référer au chapitre IV sur le système nerveux périphérique pour les pertes sensibles ou motrices de la main dap

Pages 13-14


Direction de l'expertise médicale et des services médicaux 29 

39

MME A.-C.

- Vous évaluez cette dame de 28 ans, hygiéniste dentaire.
- Elle a été opérée pour un **tunnel carpien gauche consolidé**.
- Aucun EMG n'a été réalisé avant la chirurgie.
- Votre examen clinique est normal.

Pouvez-vous déterminer le bilan des séquelles?

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 40 

40


MME A.-C.

Séquelles actuelles :

100517	Tunnel carpien avec ou sans décompression sans séquelle fonctionnelle ni changement électromyographique	0%
--------	---	----

Séquelles antérieures :
Aucune

Autres déficits reliés à la bilatéralité : aucun


Direction de l'expertise médicale et des services médicaux 41 

41

M. D.-D.

- Ce travailleur a développé une **épicondylite aux deux coudes**.
- Celle de droite a été traitée par chirurgie. Celle de gauche n'a pas été opérée.
- Au moment d'établir le bilan des séquelles, vous notez que le coude droit demeure douloureux, sans ankylose ni autre anomalie à l'examen.
- À gauche, il y a aussi des douleurs, surtout lors de l'extension du poignet et des doigts contre résistance, mais pas d'autre anomalie par ailleurs.

Comment établissez-vous le bilan des séquelles?

Direction de l'expertise médicale et des services médicaux 42 

42

ÉPICONDYLITE OU ÉPITROCHLÉITE OPÉRÉE OU NON OPÉRÉE

- Pour les épicondylites et épitrochléites opérées, le barème prévoit qu'en présence de séquelles fonctionnelles, on doit se référer au tableau 3 des ankyloses du coude.
- Pour les épicondylites et épitrochléites non opérées, il faut se référer aux codes d'atteinte permanente des tissus mous.

Direction de l'expertise médicale
et des services médicaux

43



43

ÉPICONDYLITE OU ÉPITROCHÉITE OPÉRÉE OU NON OPÉRÉE

Système musculo-squelettique	
CODE	% DAP
Épicondylite ou épitrochléite non opérée	
vii. Atteinte permanente des tissus mous dans la région du coude	
se référer à l'évaluation de l'atteinte des tissus mous	dap
Épicondylite ou épitrochléite opérée	
viii. Épicondylite ou épitrochléite opérée	
100401 ■ sans séquelle fonctionnelle	0
■ avec séquelles fonctionnelles	
se référer au tableau 3 des ankyloses du coude	dap

Direction de l'expertise médicale
et des services médicaux

44

Page 12



44

M. D.-D.

Séquelles actuelles

Coude droit :

100401 Épicondylite opérée sans séquelle fonctionnelle DAP 0 %

Coude gauche :

102383 Atteinte des tissus mous avec séquelles fonctionnelles (épicondylite non opérée) DAP 2 %

Séquelles antérieures

Nil

Autres déficits reliés à la bilatéralité

Nil

Direction de l'expertise médicale
et des services médicaux

45



45

M. R.-R.

Agent de la faune qui a présenté les diagnostics d'entorse au poignet gauche et de luxation du poignet droit reconnus par la CNESST en lien avec un événement au travail.

Votre examen démontre une flexion palmaire résiduelle de 40° de façon bilatérale.

Pouvez-vous préciser le bilan des séquelles à retenir?

Direction de l'expertise médicale
et des services médicaux

46



46

ENTORSE VS LUXATION DU POIGNET

- Le barème ne prévoit pas de code spécifique pour l'entorse du poignet. Il faut donc se référer aux codes d'atteinte permanente des tissus mous du membre supérieur.
- Pour une luxation du poignet, on ne peut se référer à l'atteinte permanente des tissus mous du membre supérieur puisque le barème prévoit les séquelles indemnifiables pour cette condition.

Direction de l'expertise médicale
et des services médicaux

47



47

ENTORSE VS LUXATION DU POIGNET

iv. Luxation du poignet

100456 ■ sans séquelle fonctionnelle 0

12

Système musculo-squelettique

CODE % DAP

■ avec séquelles fonctionnelles

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

dap

Direction de l'expertise médicale
et des services médicaux

48

Pages 12 et 13




48

M. R.-R.

Séquelles actuelles
Poignet gauche (entorse) :
 102383 Atteinte des tissus mous avec séquelles fonctionnelles DAP 2 %
 106236 Flexion palmaire 40 degrés DAP 2 %
Poignet droit (luxation) :
 Luxation du poignet avec séquelles fonctionnelles dap
 106236 Flexion palmaire 40 degrés DAP 2 %

Séquelles antérieures
 Nil
Autres déficits liés à la bilatéralité
 Nil

Direction de l'expertise médicale et des services médicaux



49

AMPUTATION DU POUCE ET DES DOIGTS

Combien de doigts sont amputés ? Quel est le bilan des séquelles ?



Direction de l'expertise médicale et des services médicaux



50

A				B				C				D				E				
Membre supérieur gauche				Membre supérieur droit				Membre inférieur gauche				Membre inférieur droit				Membre supérieur gauche				
Membre supérieur gauche				Membre supérieur droit				Membre inférieur gauche				Membre inférieur droit				Membre supérieur gauche				
Membre supérieur gauche				Membre supérieur droit				Membre inférieur gauche				Membre inférieur droit				Membre supérieur gauche				
Phalange distale	100571	100571	100571	100571	100571	100571	100571	100571	100571	100571	100571	100571	100571	100571	100571	100571	100571	100571	100571	100571
Phalange proximale	100615	100615	100615	100615	100615	100615	100615	100615	100615	100615	100615	100615	100615	100615	100615	100615	100615	100615	100615	100615
Métacarpe	100633	100633	100633	100633	100633	100633	100633	100633	100633	100633	100633	100633	100633	100633	100633	100633	100633	100633	100633	100633
Phalange distale	100642	100642	100642	100642	100642	100642	100642	100642	100642	100642	100642	100642	100642	100642	100642	100642	100642	100642	100642	100642
Phalange proximale	100651	100651	100651	100651	100651	100651	100651	100651	100651	100651	100651	100651	100651	100651	100651	100651	100651	100651	100651	100651
Phalange distale	224475	224475	224475	224475	224475	224475	224475	224475	224475	224475	224475	224475	224475	224475	224475	224475	224475	224475	224475	224475
Phalange proximale	224466	224466	224466	224466	224466	224466	224466	224466	224466	224466	224466	224466	224466	224466	224466	224466	224466	224466	224466	224466
Métacarpe	224484	224484	224484	224484	224484	224484	224484	224484	224484	224484	224484	224484	224484	224484	224484	224484	224484	224484	224484	224484
Phalange distale	224493	224493	224493	224493	224493	224493	224493	224493	224493	224493	224493	224493	224493	224493	224493	224493	224493	224493	224493	224493
Phalange proximale	224509	224509	224509	224509	224509	224509	224509	224509	224509	224509	224509	224509	224509	224509	224509	224509	224509	224509	224509	224509

Pages 25 à 29


51

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE D'AMPUTATION PARTIELLE OU TOTALE DES MEMBRES

Membre supérieur

224466	doigts par phalange, jusqu'à concurrence d'un maximum de 5 %	0,5
224475	pouce par phalange	1
224484	métacarpiens par métacarpiens, jusqu'à concurrence d'un maximum de 2 %	0,2
224493	radio-carpienne et trans-carpienne	10
224509	avant bras	12

Direction de l'expertise médicale et des services médicaux




52

AMPUTATION DU POUCE ET DES DOIGTS

Séquelles actuelles
 100571 amputation totale phalange distale pouce 10%
 100615 amputation partielle < 50 % phalange proximale pouce 2.5%
 100633 amputation totale phalange distale index 2%
 100642 amputation totale phalange moyenne index 2%
 100651 amputation totale phalange proximale index 1%
 224475 PE d'amputation de 2 phalanges du pouce 2%
 224466 PE d'amputation de 3 phalanges doigts 1.5%

Séquelles antérieures
 Nil
Autres déficits liés à la bilatéralité :
 Nil

Direction de l'expertise médicale et des services médicaux



53

BILATÉRALITÉ

Direction de l'expertise médicale et des services médicaux



54

RÈGLES PARTICULIÈRES DU SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE

4) Bilatéralité

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

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

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

Page 5

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

23



55

PRINCIPE DE LA BILATÉRALITÉ

- Atteintes permanentes aux **2 membres supérieurs** ou aux **2 membres inférieurs** :
 - droit à un déficit anatomo-physiologique (DAP) supplémentaire pour bilatéralité
- L'atteinte au deuxième membre peut être de toute nature, **personnelle ou professionnelle**, mais doit avoir été présente **avant la date de l'événement**.
- Pour calculer la bilatéralité, on doit évaluer les **DAP pour chaque membre au complet** (pas seulement une articulation et pas seulement la lésion).

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

23



56

PRINCIPE DE LA BILATÉRALITÉ

- Le pourcentage supplémentaire accordé par la CNESST correspond à la somme des DAP du **membre le moins atteint**
- Ce principe **ne s'applique pas** aux pourcentages prévus pour le **PE** et le **DPJV**

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

27



57

PRINCIPE DE LA BILATÉRALITÉ

- Nécessite l'**examen des organes symétriques (toujours)**
- La bilatéralité s'établit :
 - de **membre à membre**, soit membre supérieur droit avec membre supérieur gauche et membre inférieur droit avec membre inférieur gauche
 - ou **pour le thorax**, hémi-thorax gauche avec hémi-thorax droit
- Le membre supérieur inclut l'omoplate et la clavicule
- Le membre inférieur inclut la hanche et l'hémi-bassin
- La cage thoracique se divise en droite et gauche à partir de la ligne médiane de la cage

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

33



58

PRINCIPE DE LA BILATÉRALITÉ

Que faire si l'on soupçonne une bilatéralité :

- **Examiner le membre controlatéral au complet**, en faisant une description objective des atteintes.
- Indiquer dans le bilan des séquelles, à la section « autres déficits reliés à la bilatéralité », les DAP, évalués aux deux membres, qui ne sont pas inclus dans les « séquelles actuelles » de la lésion professionnelle et les « séquelles antérieures ».
- La bilatéralité pourra alors être calculée par la CNESST.

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

23



59

COMMENT ÉTABLIR LE BILAN DES SÉQUELLES : TROIS PARTIES À CONSIDÉRER (OUTIL)

Dresser le bilan des séquelles et commenter, s'il y a lieu
Pour chaque séquelle, inscrire le code, la nature et le pourcentage que vous avez fixés. Pour ce faire, veuillez vous référer au Règlement annoté sur le barème des dommages corporels.
Regrouper, sous le titre approprié, les séquelles qui appartiennent à l'un ou à l'autre des trois groupes suivants :

1. **Séquelles actuelles** (ensemble des séquelles aux sièges de la lésion professionnelle)
code nature %
2. **Séquelles antérieures** (de toute origine aux sièges de la lésion professionnelle avant son aggravation)
code nature %
3. **Autres déficits reliés à la bilatéralité** (autres déficits permanents de toute origine, non identifiés en 1 et en 2 mais devant être considérés dans le calcul de la bilatéralité)
code nature %

Pages 329 ou 331

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

23



60

M. PAILLÉ-CONTANT

Un travailleur a subi au travail en 2025 une **rupture non opérée de la longue portion du biceps droit** avec mobilité résiduelle normale. DAP reconnu de 2%.

Il était déjà porteur de **séquelles au majeur gauche** avec ankyloses incomplètes en position de fonction de l'inter-phalangienne proximale et distale résultant d'une fracture subie dans un accident d'automobile (personnel) en 2018. Ces **atteintes au majeur gauche** équivalent selon le barème à un DAP de 0.8 %.

➤ Est-ce que la bilatéralité s'applique ? OUI

➤ Dans l'affirmative, quel est le pourcentage applicable à la bilatéralité ? 0.8%

Direction des inspections médicales
et des services de santé

61

CNESST

61

M. P.-C.

Séquelles actuelles :

100296 rupture musculotendineuse du biceps droit non opérée 2%

Séquelles antérieures :

Aucune

Autres déficits reliés à la bilatéralité :

101981 ankylose incomplète IPP majeur gauche 0.4%

101990 ankylose incomplète IPD majeur gauche 0.4%

Direction des inspections médicales
et des services de santé

62

CNESST

62

RÈGLES PARTICULIÈRES DU SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE

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

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

Page 6

Direction des inspections médicales
et des services de santé

63

CNESST

63

TABLÉAU 4

ANKYLOSES PERMANENTES DU POIGNET

A. COMPLÈTE

106129 Ankylose complète, en position de fonction de 0 à 20° de dorsiflexion et en position neutre d'inclinaison radiale ou cubitale 8

Pour faciliter l'application de la règle particulière numéro 5 du chapitre 1, les pourcentages additionnels de déficits anatomophysiologiques ont été calculés; ils apparaissent ci-dessus et sont précédés de leur code spécifique.

106138	10 %	0,8
106147	15 %	1,2
106156	25 %	2,0

Direction des inspections médicales
et des services de santé

64

CNESST

64

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE (PE)

Direction des inspections médicales
et des services de santé

65

CNESST

65

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE (PE)

- Le PE doit être **apparent**, c'est-à-dire qu'il n'est pas nécessaire de porter attention particulière pour le remarquer
- La **déformation** et l'**atteinte cicatricielle** constituent les deux aspects quantifiables dans l'évaluation
- L'atteinte cicatricielle se mesure en **cm² de surface**
- Le **temps minimum** précédant l'évaluation d'une atteinte cicatricielle résultant d'une lésion professionnelle est de **six mois**
- Les calculs relatifs à la fixation des pourcentages des dommages corporels sont effectués en tenant compte des **deux premières décimales**

Direction des inspections médicales
et des services de santé

66

CNESST

66

ATTEINTE CICATRICIELLE : DÉFINITIONS

Cicatrice non vicieuse (belle)
Cicatrice presque linéaire, au même niveau que le tissu adjacent et presque de la même couleur, ne causant ni contracture, ni distorsion des structures avoisinantes

Cicatrice vicieuse
Cicatrice qui peut être mal alignée, irrégulière, déprimée, adhérente au plan profond, pigmentée, en plaque ou rétractile. Inclut la cicatrice chéloïdienne ou hypertrophique

Pages 272 et 273

Direction de l'expertise médicale et des services de santé CNESST

67

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE (PE)

Les règles d'évaluation de la face sont différentes (p 275) de celles des autres parties du corps (p 278) :

Face : Même les cicatrices non vicieuses sont compensables. S'il y a à la fois modification de la forme et de la symétrie et atteinte cicatricielle, on additionne le % des deux jusqu'à concurrence du maximum prévu pour la classe déterminée

Autres parties du corps : les cicatrices vicieuses seulement compensables. On retient le % le plus élevé, soit de la déformation, soit l'atteinte cicatricielle en n'excédant pas le % maximum prévu pour la partie du corps qui correspond à une atteinte sévère

Pages 272 et 273

Direction de l'expertise médicale et des services de santé CNESST

68

TABLEAU 24		PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE	
CCSP	Classe d'examen et de planification	Méthode de la classe et de la catégorie	Annexe applicable
Étape 1	210000	Classe 1 Aucune	Non applicable
	210010	Classe 2 Très légère	Non applicable (0 à 10 sur 100)
	210020	Classe 3 Légère	Aiguë Adhérence ou déviation anatomique (exemple) : déviation du nez de 75 sur 100 % Adhérence ou déviation anatomique (exemple) : déviation du nez de 75 sur 100 % Adhérence ou déviation anatomique (exemple) : déviation du nez de 75 sur 100 % Adhérence ou déviation anatomique (exemple) : déviation du nez de 75 sur 100 %
* voir note 1 et 2, page 275, en annexe 2022			
TABLEAU 25		PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE	
CCSP	Classe d'examen et de planification	Méthode de la classe et de la catégorie	Annexe applicable
Étape 2	210030	Classe 4 Moyenne	Non applicable (0 à 10 sur 100) Non applicable (0 à 10 sur 100) Non applicable (0 à 10 sur 100) Non applicable (0 à 10 sur 100)
	210040	Classe 5 Sévère	Adhérence ou déviation anatomique (exemple) : déviation du nez de 75 sur 100 % Adhérence ou déviation anatomique (exemple) : déviation du nez de 75 sur 100 % Adhérence ou déviation anatomique (exemple) : déviation du nez de 75 sur 100 % Adhérence ou déviation anatomique (exemple) : déviation du nez de 75 sur 100 %
	210050	Classe 6 Très sévère	Adhérence ou déviation anatomique (exemple) : déviation du nez de 75 sur 100 % Adhérence ou déviation anatomique (exemple) : déviation du nez de 75 sur 100 % Adhérence ou déviation anatomique (exemple) : déviation du nez de 75 sur 100 % Adhérence ou déviation anatomique (exemple) : déviation du nez de 75 sur 100 %
* voir note 1 et 2, page 275, en annexe 2022			

Pages 276 et 277

Direction de l'expertise médicale et des services de santé CNESST

69

TABLEAU 24		PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE	
CCSP	Classe d'examen et de planification	Méthode de la classe et de la catégorie	Annexe applicable
Étape 2	210000	Classe 1 Aucune	Non applicable
	210010	Classe 2 Très légère	Non applicable (0 à 10 sur 100)
	210020	Classe 3 Légère	Aiguë Adhérence ou déviation anatomique (exemple) : déviation du nez de 75 sur 100 % Adhérence ou déviation anatomique (exemple) : déviation du nez de 75 sur 100 % Adhérence ou déviation anatomique (exemple) : déviation du nez de 75 sur 100 % Adhérence ou déviation anatomique (exemple) : déviation du nez de 75 sur 100 %
* voir note 1 et 2, page 275, en annexe 2022			
TABLEAU 25		PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE	
CCSP	Classe d'examen et de planification	Méthode de la classe et de la catégorie	Annexe applicable
Étape 2	210030	Classe 4 Moyenne	Non applicable (0 à 10 sur 100) Non applicable (0 à 10 sur 100) Non applicable (0 à 10 sur 100) Non applicable (0 à 10 sur 100)
	210040	Classe 5 Sévère	Adhérence ou déviation anatomique (exemple) : déviation du nez de 75 sur 100 % Adhérence ou déviation anatomique (exemple) : déviation du nez de 75 sur 100 % Adhérence ou déviation anatomique (exemple) : déviation du nez de 75 sur 100 % Adhérence ou déviation anatomique (exemple) : déviation du nez de 75 sur 100 %
	210050	Classe 6 Très sévère	Adhérence ou déviation anatomique (exemple) : déviation du nez de 75 sur 100 % Adhérence ou déviation anatomique (exemple) : déviation du nez de 75 sur 100 % Adhérence ou déviation anatomique (exemple) : déviation du nez de 75 sur 100 % Adhérence ou déviation anatomique (exemple) : déviation du nez de 75 sur 100 %
* voir note 1 et 2, page 275, en annexe 2022			

Pages 276 et 277

Direction de l'expertise médicale et des services de santé CNESST

70

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE

Règles d'évaluation :
La face est divisée en éléments anatomiques (page 275) :

- Front
- Orbite (chaque orbite constitue un élément)
- Paupière (chaque paupière constitue un élément)
- Œil, partie visible du globe oculaire (chaque œil constitue un élément)
- Joue (chaque joue constitue un élément)
- Nez (inclut les narines et la base)
- Lèvre (chaque lèvre constitue un élément)
- Oreille (chaque oreille constitue un élément)
- Menton

Pages 276 et 277

Direction de l'expertise médicale et des services de santé CNESST

71

TABLEAU 24		PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE	
CCSP	Classe d'examen et de planification	Méthode de la classe et de la catégorie	Annexe applicable
Étape 3	210000	Classe 1 Aucune	Non applicable
	210010	Classe 2 Très légère	Non applicable (0 à 10 sur 100)
	210020	Classe 3 Légère	Aiguë Adhérence ou déviation anatomique (exemple) : déviation du nez de 75 sur 100 % Adhérence ou déviation anatomique (exemple) : déviation du nez de 75 sur 100 % Adhérence ou déviation anatomique (exemple) : déviation du nez de 75 sur 100 % Adhérence ou déviation anatomique (exemple) : déviation du nez de 75 sur 100 %
* voir note 1 et 2, page 275, en annexe 2022			
TABLEAU 25		PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE	
CCSP	Classe d'examen et de planification	Méthode de la classe et de la catégorie	Annexe applicable
Étape 3	210030	Classe 4 Moyenne	Non applicable (0 à 10 sur 100) Non applicable (0 à 10 sur 100) Non applicable (0 à 10 sur 100) Non applicable (0 à 10 sur 100)
	210040	Classe 5 Sévère	Adhérence ou déviation anatomique (exemple) : déviation du nez de 75 sur 100 % Adhérence ou déviation anatomique (exemple) : déviation du nez de 75 sur 100 % Adhérence ou déviation anatomique (exemple) : déviation du nez de 75 sur 100 % Adhérence ou déviation anatomique (exemple) : déviation du nez de 75 sur 100 %
	210050	Classe 6 Très sévère	Adhérence ou déviation anatomique (exemple) : déviation du nez de 75 sur 100 % Adhérence ou déviation anatomique (exemple) : déviation du nez de 75 sur 100 % Adhérence ou déviation anatomique (exemple) : déviation du nez de 75 sur 100 % Adhérence ou déviation anatomique (exemple) : déviation du nez de 75 sur 100 %
* voir note 1 et 2, page 275, en annexe 2022			

Pages 276 et 277

Direction de l'expertise médicale et des services de santé CNESST

72

Étape 4

TABLEAU 04		PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE		
Code	Classe d'atteinte à la physionomie	Multiplicité de la forme et de la symétrie	Atteinte cicatricielle	% PE max
02000	Classe 1 Aucune	Non atteinte	Non atteinte	0
02001	Classe 2 Très légère	Non atteinte	Non atteinte	0
02002	Classe 3 Légère	Atteinte ou atteintes asymétriques (multiplicité de la forme et de la symétrie)	Atteinte cicatricielle de la face et de la tête	5
02003	Classe 4 Moyenne	Atteinte ou atteintes asymétriques (multiplicité de la forme et de la symétrie) ou atteintes symétriques de la face et de la tête	Atteinte plus de deux atteintes cicatricielles de la face et de la tête	10

73

Étape 5

TABLEAU 04		PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE		
Code	Classe d'atteinte à la physionomie	Multiplicité de la forme et de la symétrie	Atteinte cicatricielle	% PE max
02000	Classe 1 Aucune	Non atteinte	Non atteinte	0
02001	Classe 2 Très légère	Non atteinte	Non atteinte	0
02002	Classe 3 Légère	Atteinte ou atteintes asymétriques (multiplicité de la forme et de la symétrie)	Atteinte cicatricielle de la face et de la tête	5
02003	Classe 4 Moyenne	Atteinte ou atteintes asymétriques (multiplicité de la forme et de la symétrie) ou atteintes symétriques de la face et de la tête	Atteinte plus de deux atteintes cicatricielles de la face et de la tête	10

74

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE

Procédure d'évaluation :

- 1) L'importance du PE affectant la face doit d'abord être appréciée globalement en fonction de la physionomie, afin de déterminer la classe d'atteinte
- 2) Déterminer le nombre d'éléments déformés
- 3) Évaluation de l'atteinte cicatricielle (même les cicatrices non vicieuses sont compensables au niveau de la face)
- 4) L'addition du pourcentage obtenu en 2 et 3 ne doit pas excéder le pourcentage maximum prévu pour la classe déterminée de 1 à 4
- 5) Pour les classes 5 et 6, la modification de la forme et de la symétrie et l'atteinte cicatricielle sont considérées comme un tout

75

M. M.-A.

- Travailleur qui a chuté dans une rampe d'accès.
- Il a subi un léger enfoncement avec déformation de la paroi orbitaire droite et cicatrice apparente, non vicieuse de 3.4 cm².

Comment établissez-vous le bilan des séquelles ?

76

TABLEAU 04		PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE		
Code	Classe d'atteinte à la physionomie	Multiplicité de la forme et de la symétrie	Atteinte cicatricielle	% PE max
02000	Classe 1 Aucune	Non atteinte	Non atteinte	0
02001	Classe 2 Très légère	Non atteinte	Non atteinte	0
02002	Classe 3 Légère	Atteinte ou atteintes asymétriques (multiplicité de la forme et de la symétrie)	Atteinte cicatricielle de la face et de la tête	5
02003	Classe 4 Moyenne	Atteinte ou atteintes asymétriques (multiplicité de la forme et de la symétrie) ou atteintes symétriques de la face et de la tête	Atteinte plus de deux atteintes cicatricielles de la face et de la tête	10

77

M. M.-A.

Séquelles actuelles

PE		
224028	Déformation de l'orbite droit	3 %
224028	Cicatrice de 3.4 cm ²	3.4 %

Séquelles antérieures
Nil

Autres déficits liés à la bilatéralité
Nil


78

M. L.

Camionneur qui a fait un accident de la route en terminant sa course dans un fossé. Il présente une atteinte de la physionomie de la face apparente et qui retient l'attention. Un enfoncement de la partie inférieure de l'orbite gauche ainsi que de l'os malaire gauche sont présents. Le nez est légèrement dévié vers la droite. Il y a une légère déformation (par perte de substance) à la lèvre supérieure gauche. Il persiste les 3 cicatrices suivantes :

- lèvre supérieure gauche, apparente et non vicieuse de 3,5 cm de longueur par 0,2 cm de largeur
- joue gauche, vicieuse, de 6 cm de longueur par 0,2 cm de largeur
- front, vicieuse, de 5 cm de longueur par 0,2 cm de largeur

Quelle est l'atteinte esthétique qui s'applique à cette condition ?

Direction de l'expertise médicale et des services médicaux 79 

79

M. L.

1) Atteinte globale de la physionomie : classe 4

2) 224037 Modification de la forme et de la symétrie affectant plus de 2 éléments anatomiques PE 20 %


224037 Cicatrice non vicieuse lèvre 3,5cm x 0,2cm x 1 %/cm² PE 0,7 %

Cicatrice vicieuse joue 6cm x 0,2cm x 3 %/cm² PE 3,6 %

Cicatrice vicieuse front 5cm x 0,2cm x 3 %/cm² PE 3,0 %

3) Additionne Total PE 27,3 %

Cependant, le maximum prévu à cette classe est de 20 % et ne peut être dépassé. Le travailleur aura donc droit à un PE maximum de 20 %


Direction de l'expertise médicale et des services médicaux 80 

80

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS

TABEAU 25 (suite) PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS

Code	Multiplie de la forme et de la couleur - degré d'extension	N. PE	Code	Atteinte anatomique
Mâle				
224242	Non apparente ou légère	0	224224	Non apparente ou non vicieuse, la PE est de 0 %
224279	Moyenne	4	224288	Vicieuse
224288	Sévère	8		la PE est de 1 %/cm ²
Le pourcentage maximum de PE pour les deux mâles est de 16 %.				
Femme				
224277	Non apparente ou légère	0	224277	Non apparente ou non vicieuse, la PE est de 0 %
224294	Moyenne	3	224296	Vicieuse
224313	Sévère	6		la PE est de 1 %/cm ²
Le pourcentage maximum de PE pour les deux (caché et possible) est de 12 %.				
Membres inférieurs				
224322	Non apparente ou légère	0	224326	Non apparente ou non vicieuse, la PE est de 0 %
224331	Moyenne	5	224402	Vicieuse
224360	Sévère	10		la PE est de 1 %/cm ²
Le pourcentage maximum de PE pour les deux membres inférieurs est de 20 %.				


Direction de l'expertise médicale et des services médicaux 81 

81

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS

TABEAU 25 (suite) PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS

Code	Multiplie de la forme et de la couleur - degré d'extension	N. PE	Code	Atteinte anatomique
Mâle				
224242	Non apparente ou légère	0	224224	Non apparente ou non vicieuse, la PE est de 0 %
224279	Moyenne	4	224288	Vicieuse
224288	Sévère	8		la PE est de 1 %/cm ²
Le pourcentage maximum de PE pour les deux mâles est de 16 %.				
Femme				
224277	Non apparente ou légère	0	224277	Non apparente ou non vicieuse, la PE est de 0 %
224294	Moyenne	3	224296	Vicieuse
224313	Sévère	6		la PE est de 1 %/cm ²
Le pourcentage maximum de PE pour les deux (caché et possible) est de 12 %.				
Membres inférieurs				
224322	Non apparente ou légère	0	224326	Non apparente ou non vicieuse, la PE est de 0 %
224331	Moyenne	5	224402	Vicieuse
224360	Sévère	10		la PE est de 1 %/cm ²
Le pourcentage maximum de PE pour les deux membres inférieurs est de 20 %.				


Direction de l'expertise médicale et des services médicaux 82 

82

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS

TABEAU 25 (suite) PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS

Code	Multiplie de la forme et de la couleur - degré d'extension	N. PE	Code	Atteinte anatomique
Mâle				
224242	Non apparente ou légère	0	224224	Non apparente ou non vicieuse, la PE est de 0 %
224279	Moyenne	4	224288	Vicieuse
224288	Sévère	8		la PE est de 1 %/cm ²
Le pourcentage maximum de PE pour les deux mâles est de 16 %.				
Femme				
224277	Non apparente ou légère	0	224277	Non apparente ou non vicieuse, la PE est de 0 %
224294	Moyenne	3	224296	Vicieuse
224313	Sévère	6		la PE est de 1 %/cm ²
Le pourcentage maximum de PE pour les deux (caché et possible) est de 12 %.				
Membres inférieurs				
224322	Non apparente ou légère	0	224326	Non apparente ou non vicieuse, la PE est de 0 %
224331	Moyenne	5	224402	Vicieuse
224360	Sévère	10		la PE est de 1 %/cm ²
Le pourcentage maximum de PE pour les deux membres inférieurs est de 20 %.				

Direction de l'expertise médicale et des services médicaux 83 

83


PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS

TABEAU 25 (suite) PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS

Attention :

Codes différents pour la modification de la forme et de la symétrie et pour les atteintes cicatricielles

Code	Multiplie de la forme et de la couleur - degré d'extension	N. PE	Code	Atteinte anatomique
Mâle				
224242	Non apparente ou légère	0	224224	Non apparente ou non vicieuse, la PE est de 0 %
224279	Moyenne	4	224288	Vicieuse
224288	Sévère	8		la PE est de 1 %/cm ²
Le pourcentage maximum de PE pour les deux mâles est de 16 %.				
Femme				
224277	Non apparente ou légère	0	224277	Non apparente ou non vicieuse, la PE est de 0 %
224294	Moyenne	3	224296	Vicieuse
224313	Sévère	6		la PE est de 1 %/cm ²
Le pourcentage maximum de PE pour les deux (caché et possible) est de 12 %.				
Membres inférieurs				
224322	Non apparente ou légère	0	224326	Non apparente ou non vicieuse, la PE est de 0 %
224331	Moyenne	5	224402	Vicieuse
224360	Sévère	10		la PE est de 1 %/cm ²
Le pourcentage maximum de PE pour les deux membres inférieurs est de 20 %.				

Direction de l'expertise médicale et des services médicaux 84 

84

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS

Procédure d'évaluation :

- 1) Déterminer le siège du PE
- 2) Évaluer s'il y a déformation (légère, modérée, sévère)
- 3) Mesurer les atteintes cicatricielles (seules les cicatrices vicieuses sont compensables)
- 4) Retenir le pourcentage le plus élevé, soit de la déformation ou de l'atteinte cicatricielle

(le pourcentage retenu ne doit pas excéder le pourcentage maximum prévu pour cette partie du corps)

Direction des inspections médicales
et des services de santé

85

CNESST

85

M. D. R.

- Ce travailleur a chuté d'un wagon il y a 4 mois.
- Diagnostic reconnu : fracture du 3^e et 4^e métacarpes gauches.
- À l'examen lors du REM : **déformation modérée** de la main gauche avec présence d'une **cicatrice vicieuse de 18 cm²**.

Quel préjudice esthétique appliquerez-vous ?

Direction des inspections médicales
et des services de santé

86

CNESST

86

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS

Attention :

Codes
différents pour
la modification
de la forme et
de la symétrie
et pour les
atteintes
cicatricielles

TABLEAU 85 (suite) PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS				
Multiplication de la forme et de la couleur digne d'attention		OU	Atteinte cicatricielle	
Code	N. DE	Code	N. DE	
Mains				
224340	Non atteintes ou légères	0	224324	Non atteintes ou deux cicatrices
224370	Sévéres	3	224368	Atteinte N PE est de 1 "Niveau"
224380	Sévéres	3		
Le pourcentage maximum de PE pour les deux mains est de 16 %				
Trauc				
224370	Non atteintes ou légères	0	224377	Non atteintes ou trois cicatrices
224378	Moyennes	3	224388	Le PE est de 12 %
224379	Sévéres	3	224389	Atteinte N PE est de 1 "Niveau"
Le pourcentage maximum de PE pour les trois trauc (unilatéral et bilatéral) est de 12 %				
Membres inférieurs				
224322	Non atteintes ou légères	0	224396	Non atteintes ou trois cicatrices
224331	Moyennes	3	224402	Le PE est de 16 %
224346	Sévéres	3	224403	Atteinte N PE est de 1 "Niveau"
Le pourcentage maximum de PE pour les deux membres inférieurs est de 16 %				

Page 281

Direction des inspections médicales
et des services de santé

87

CNESST

87

M. D. R.

Séquelles actuelles :

224368 cicatrice vicieuse de 18 cm² à la main gauche 16 %

Conforme ?

Direction des inspections médicales
et des services de santé

88

CNESST

88

M. D. R.

Séquelles actuelles :

224368 cicatrice vicieuse de 18 cm² à la main gauche 16 %

Non conforme car évaluation avant 6 mois

Direction des inspections médicales
et des services de santé

89

CNESST

89

M. D. R.

Si évaluation après 6 mois :

Séquelles actuelles :

224368 cicatrice vicieuse de 18 cm² à la main gauche 16 %

Car le maximum de PE est atteint pour cette région anatomique en conformité avec le barème

Direction des inspections médicales
et des services de santé

90

CNESST

90

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE D'AMPUTATION

Ne pas oublier que des préjudices esthétiques d'amputation partielle ou totale des membres sont prévus aux pages 282 et 283 du barème

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE D'AMPUTATION PARTIELLE OU TOTALE DES MEMBRES		
Membre supérieur		
22466	doigt par phalange, jusqu'à concurrence d'un maximum de 5 %	0,5
22472	pouce par phalange	1
22484	métacarpiens par métacarpiens, jusqu'à concurrence d'un maximum de 2 %	0,2
22483	radio-carpienne et trans-carpienne	10
22459	avant bras	12

Direction des hospitalisations et des services de santé **CNESST**

91

SÉQUELLES ANTÉRIEURES

Direction des hospitalisations et des services de santé **CNESST**

92

COMMENT ÉTABLIR LE BILAN DES SÉQUELLES : TROIS PARTIES À CONSIDÉRER (OUTIL)

Dresser le bilan des séquelles et commenter, s'il y a lieu Pour chaque séquelle, inscrire le code, la nature et le pourcentage que vous avez trouvés. Pour ce faire, veuillez vous référer au Règlement annoté sur le barème des dommages corporels. Regrouper, sous le titre approprié, les séquelles qui appartiennent à l'un ou à l'autre des trois groupes suivants :

- Séquelles actuelles** (ensemble des séquelles aux sièges de la lésion professionnelle)
code nature %
- Séquelles antérieures** (de toute origine aux sièges de la lésion professionnelle avant son aggravation)
code nature %
- Autres déficits reliés à la bilatéralité** (autres déficits permanents de toute origine, non identifiés en 1 et en 2 mais devant être considérés dans le calcul de la bilatéralité)
code nature %

Pages 329 ou 331 **CNESST**

93

MME C.-L.

- Cette travailleuse a présenté une **entorse du pouce gauche en 2018**.
- Elle présentait alors une **ankylose incomplète** en position de fonction de la métacarpophalangienne du pouce gauche à la suite de la consolidation de sa lésion.
- Une **entorse sévère du pouce gauche a été reconnue en 2023** à la suite d'un nouveau traumatisme.
- L'évaluation des séquelles lors de la production du rapport final révèle une **ankylose complète** en position de fonction de la métacarpophalangienne du pouce gauche.

Quel bilan des séquelles devrait être retenu?

Direction des hospitalisations et des services de santé **CNESST**

94

ATTEINTE DES TISSUS MOUS DU MEMBRE SUPÉRIEUR

c) ATTEINTE DES TISSUS MOUS (MEMBRE SUPÉRIEUR)

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

102365	■ sans séquelle fonctionnelle, ni changement radiologique	0
102374	■ sans séquelle fonctionnelle, mais avec changements radiologiques	1
102383	■ avec séquelles fonctionnelles	2

de plus, se référer au tableau des ankyloses de la ou des articulations atteintes ainsi qu'au tableau 5 des atrophies du membre supérieur dap

Page 32 **CNESST**

95

	Incomplète en position de fonction		Complète en position de fonction	
	CODE	% DAP	CODE	% DAP
Pouce				
Trapézo-métacarpienne	2018101918	0,75	102061	1,5
Métacarpophalangienne	101927	1,25	102070	2,5
Interphalangienne	101936	2,5	102089	5

Page 30 **CNESST**

96

MME C.-L.

Séquelles actuelles :

102383 atteinte des tissus mous membre supérieur gauche avec séquelles fonctionnelles (2023) 2%

102070 ankylose complète en position de fonction MTP pouce gauche 2.5%

Séquelles antérieures :

102383 atteinte des tissus mous membre supérieur gauche avec séquelles fonctionnelles (2018) 2%

101927 ankylose incomplète en position de fonction MTP pouce gauche 1.25%

Autres déficits reliés à la bilatéralité :
Nil

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

97

SÉQUELLES ANTÉRIEURES

- Ne pas oublier que les séquelles antérieures sont celles **de toute origine** aux **sièges de la lésion professionnelle** avant son aggravation (barème page 331)
- De plus, ces séquelles antérieures **devraient être reconduites aux séquelles actuelles**
 - à moins d'être remplacées par une séquelle plus importante ou
 - à moins d'être moindre et incluse par rapport à une autre séquelle

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

98

DOULEUR ET PERTE DE JOUISSANCE DE LA VIE (DPJV)

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

99

Douleurs et perte de jouissance de la vie (DPJV)

- Le barème des DPJV se présente sous forme d'une table d'équivalence mathématique
- Le pourcentage de DPJV débute à 0,01 % de la somme des DAP **ou** des PE avec un maximum de 50 % de la somme lorsque celle-ci excède 70 %
- Le DPJV s'applique au DAP et au PE de façon distincte
- Le DPJV est calculé informatiquement par la Commission.

Vous n'avez donc pas à l'évaluer

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

100

TABLE DE DPJV		
Somme des pourcentages de DAP ou de PE		DPJV %
225099	0,01 à 0,99	0,01
225100	1 à 1,99	0,1
225101	2 à 2,99	0,2
225102	3 à 3,99	0,3
225103	4 à 4,99	0,4
225104	5 à 5,99	0,75
225105	6 à 6,99	0,9
225106	7 à 7,99	1,05
225107	8 à 8,99	1,2
225108	9 à 9,99	1,35
225109	10	1,5
Somme des pourcentages de DAP ou de PE		DPJV %
225110	57,01 à 60	30,6
225111	60,01 à 65	31,05
225112	65,01 à 70	31,5
225113	70,01 et plus	50 % du pourcentage de DAP ou de PE

arithmétique entre 0,01 et 10

exponentielle entre 10 et 70

arithmétique > 70

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

101

EXPERTISE 204

13. Conclusions

5. Limitations fonctionnelles

- Une limitation fonctionnelle (LF) correspond à toute réduction ou à toute restriction de la capacité physique ou psychique d'accomplir certaines activités ou d'en subir les effets.
- Une LF se traduit donc par l'incapacité d'exécuter certains mouvements, mais aussi de prendre ou de garder certaines positions ou encore de subir certaines contraintes dans des conditions ou situations déterminées.
- Doivent être précises, réalistes, objectivées, quantifiées et permanentes
- Les LF doivent être **décrites en fonction de la lésion** en tenant compte des activités de vie domestique et quotidienne et **non pas uniquement en fonction des tâches de travail.**

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

102

EXPERTISE 204


13. Conclusions

5a. Existence de limitations fonctionnelles

- Considérant les diagnostics retenus
- Considérant l'absence d'antécédents au site de la lésion
- Considérant les traitements reçus à ce jour
- Considérant que les lésions sont consolidées
- Considérant les plaintes subjectives
- Considérant l'examen objectif ce jour, corrélation avec les restrictions

- ✓ Avis concernant l'existence ou non de limitations fonctionnelles permanentes et, s'il y a lieu, l'évaluation des limitations pour chacun des diagnostics considérés consolidés
- ✓ Pour les diagnostics retenus non consolidés, préciser qu'il est trop tôt pour évaluer les limitations fonctionnelles permanentes

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 103



103

EXPERTISE 204


13. Conclusions

5b. Évaluation des limitations fonctionnelles (LF)

Comment les déterminer ? Éléments à prendre en considération :

- 1) Plaintes et problèmes liés à la lésion professionnelle, corroborés par examen clinique
- 2) Antécédents à la lésion reconnue
- 3) Examen clinique anormal (physique ou psychique)
- 4) Examen paraclinique anormal

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 104




104

LIMITATIONS FONCTIONNELLES

Limitations ou restrictions dans l'exécution de certaines fonctions physiologiques qui doivent être diminuées ou évitées en permanence

- Incapacité (ne peut, ne doit pas...) :
 - D'exécuter certains mouvements
 - De prendre ou garder certaines positions
 - De subir certains effets dans des conditions quantifiables
- Les limitations doivent être :
 - Réalistes, en lien avec la lésion
 - Liées à des activités de la vie quotidienne (AVQ) et domestique (AVD)
- Les symptômes ne sont pas des limitations fonctionnelles

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 105



105

LIMITATIONS FONCTIONNELLES

En donner trop

Danger de perte d'emploi ?



En donner trop peu

Risque de RRA ?

Il appartient à la CNESST de déterminer la capacité de travail

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 106




106

LIMITATIONS FONCTIONNELLES

- Les expressions « ne pas faire de mouvements répétitifs avec le membre » ou « ne pas soulever de poids avec la main » sans précisions ne permettent pas de déterminer quelles sont les capacités résiduelles de la personne ni d'établir les besoins en réadaptation
- Différence entre éviter et ne pas
 - Mouvements répétés et mouvements répétitifs :
 - Répétés : aucune cadence imposée
 - Répétitifs : cadence soutenue, souvent imposée; tenir compte de la force, de la position, de l'amplitude
 - De façon fréquente : préciser la fréquence à ne pas dépasser

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 107




107

LIMITATIONS FONCTIONNELLES

Exemples :

- Il ne peut réaliser d'activités avec le membre supérieur droit qui implique de s'agripper, de tirer ou de pousser ;
- Il ne peut réaliser avec le membre supérieur droit des activités qui impliquent de visser, dévisser à la main ou d'utiliser des outils à compression à air;
- Il ne peut, manipuler de charges de plus de 5 à 10 kg avec le membre supérieur droit;
- Il ne peut réaliser d'activités qui impliquent de grimper et donc de s'agripper dans des échelles avec le membre supérieur droit.

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 108



108


POUR NOUS JOINDRE


- Adresse courriel pour les professionnels désignés :
 - soutienprofessionnellesigne@cnesst.gouv.qc.ca
- Coordonnatrice médicale de la Direction de l'expertise médicale et des services de santé
 - [REDACTED] (514) 906-3003, [REDACTED]

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 119 

109

POUR NOUS JOINDRE



Direction de l'expertise médicale et des services de santé 119 

110

**LA RÉDACTION DU RAPPORT
D'EXPERTISE ET L'ÉVALUATION
DES SÉQUELLES ...**

**DES LÉSIONS
DE L'APPAREIL VISUEL**

Direction de l'expertise médicale et des services de santé
Avril 2025

Direction des services de santé,
de la sécurité et de la sécurité du travail
cnesst.gouv.qc.ca

CNESST

1

REPRODUCTION INTERDITE

Toute reproduction ou diffusion de cette formation
est interdite sans l'autorisation de la
Direction de l'expertise médicale et des services de santé
de la CNESST.

Elle seule peut permettre à un tiers d'en utiliser le contenu.

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

CNESST

2

**DÉCLARATION DE CONFLITS
D'INTÉRÊTS POTENTIELS**

Affiliations : Médecin-conseil de la CNESST
Direction de l'expertise médicale et des services de santé

Société commerciale / non commerciale : Aucune

Support financier : Aucun

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

CNESST

3

OBJECTIFS

À la fin de cette présentation, vous serez en mesure de mieux :

- Déterminer l'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique (APIPP) en lien avec l'appareil visuel
- Reconnaître les éléments à considérer pour l'évaluation des limitations fonctionnelles permanentes

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

CNESST

4

PLAN DE LA PRÉSENTATION

- Production du rapport d'expertise
- Détermination de l'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique (APIPP)
- Évaluation des limitations fonctionnelles permanentes
- Post-test

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

CNESST

5

RÉDACTION DU RAPPORT D'EXPERTISE

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

CNESST

6

M. B.-D.

- Vous rencontrez ce travailleur dans le cadre d'une expertise demandée par la CNESST.
- Votre avis est souhaité sur les points 2 à 5.
- Le diagnostic accepté par la CNESST est celui de kératite traumatique à l'œil droit.

Parmi les affirmations suivantes, laquelle est vraie ?

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

7



7

M. B.-D.

- A. Si vous croyez que la condition est incompatible avec une kératite, vous donnez votre avis au point 1 concernant le diagnostic qui devrait être retenu.
- B. Compte tenu que la lésion est stabilisée, vous prévoyez la date de consolidation dans 2 semaines afin que le programme de réadaptation en cours puisse être complété.
- C. Vous consolidez la lésion en date de votre expertise et vous recommandez des limitations fonctionnelles temporaires afin de permettre une réintégration progressive au travail.
- D. Tel que le prévoit l'article 212, vous donnez votre avis sur la capacité de travail.
- E. Aucune de ces réponses

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

8



8

M. B.-D.

- A. Si vous croyez que la condition est incompatible avec une kératite, vous donnez votre avis au point 1 concernant le diagnostic qui devrait être retenu.
- B. Compte tenu que la lésion est stabilisée, vous prévoyez la date de consolidation dans 2 semaines afin que le programme de réadaptation en cours puisse être complété.
- C. Vous consolidez la lésion en date de votre expertise et vous recommandez des limitations fonctionnelles temporaires afin de permettre une réintégration progressive au travail.
- D. Tel que le prévoit l'article 212, vous donnez votre avis sur la capacité de travail.
- E. Aucune de ces réponses

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

9



9

EXPERTISE 204**13. Conclusions****1. Diagnostic(s)**

- Considérant le diagnostic accepté
- Considérant l'absence ou la présence d'antécédent au site de la lésion
- Considérant le mécanisme de production, le décrire, l'expliquer, vraisemblance
- Considérant les trouvaillles aux examens paracliniques, positives négatives
- Considérant les plaintes subjectives, concordances avec l'examen objectif
- Considérant l'examen objectif ce jour, en relation avec le diagnostic

Je retiens ou je ne retiens pas ce ou ces diagnostics

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

10



10

DIAGNOSTIC PRÉCIS

- Importance de retenir un **diagnostic et un siège de lésion précis** car votre avis sera soumis au PSQAC et qu'une décision sera éventuellement rendue par la CNESST
- Les **algies** ne sont habituellement pas considérées comme un diagnostic par la CNESST mais plutôt comme un symptôme
- Les diagnostics **«probables»** et **«possibles»** ne sont habituellement pas étudiés à la CNESST car ils sont considérés comme une hypothèse diagnostique

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

11



11

EXPERTISE 204**13. Conclusions****2. Consolidation**

- Considérant le ou les diagnostics retenus
- Considérant l'absence d'antécédent au site
- Considérant les différentes trouvaillles paracliniques et/ou peropératoires
- Considérant les traitements qui ont été prodigués jusqu'à ce jour, durée, type, résultats, autres options
- Considérant la stabilité obtenue avec les traitements reçus
- Considérant les plaintes subjectives
- Considérant l'examen objectif ce jour

✓ **Avis sur la consolidation ou non** de chacun des diagnostics retenus en précisant la date de consolidation le cas échéant

✓ **Ne pas suggérer une date de consolidation dans le futur**

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

12



12

EXPERTISE 204


13. Conclusions

3. Nature, nécessité, suffisance durée des soins ou des traitements administrés ou prescrits

- Considérant le ou les diagnostics retenus
- Considérant l'absence d'antécédent au site
- Considérant les différentes trouvaillles paracliniques et/ou peropératoires
- Considérant les traitements qui ont été prodigués jusqu'à ce jour, durée, type, résultats, autres options
- Considérant les plaintes subjectives
- Considérant l'examen objectif ce jour

✓ Si consolidation : Suffisance des soins et des traitements
Le fait de consolider ne représente pas un frein à la réalisation de traitement d'appoint ex: infiltration, suivi à la clinique de la douleur

✓ Si non consolidation : Suggérer des soins et traitements et préciser ceux qui doivent être cessés

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 13 

13

EXPERTISE 204


13. Conclusions

4a. Existence d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique

- Considérant les diagnostics retenus
- Considérant l'absence d'antécédent au site de la lésion
- Considérant les traitements qui ont été prodigués à ce jour
- Considérant les différentes trouvaillles cliniques et paracliniques
- Considérant la stabilité obtenue à la suite des traitements reçus (consolidation)
- Considérant les plaintes subjectives
- Considérant l'examen objectif ce jour

✓ Avis concernant l'existence ou non et, s'il y a lieu le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique pour chacun des diagnostics retenus considérés consolidés

✓ Pour les diagnostics retenus non consolidés, préciser qu'il est trop tôt pour évaluer l'atteinte permanente en lien avec ceux-ci

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 13 


14



EXPERTISE 204

13. Conclusions

4b. Évaluation de l'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique

[Accueil | Commission des normes de l'équité de la santé et de la sécurité du travail - CNESST \(gouv.qc.ca\)](#)




Direction de l'expertise médicale et des services de santé 13  

15

ATTEINTE PERMANENTE À L'INTÉGRITÉ PHYSIQUE OU PSYCHIQUE (APIPP)

- 1) Déficit anatomo-physiologique (DAP, chapitre I à XVII du Barème) aux séquelles actuelles et antérieures
- 2) Préjudice esthétique (PE, chapitre XVIII) aux séquelles actuelles et antérieures
- 3) Bilatéralité (la bilatéralité sera calculée par la CNESST mais vous devez décrire les atteintes nécessaires à ce calcul, s'il y a lieu) DAP seulement
- 4) Pourcentage pour douleur et perte de jouissance de la vie (DPJV, chapitre XIX)

Vous n'avez pas à évaluer le DPJV (Bonne nouvelle !)

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 15 

16


EXPERTISE 204

13. Conclusions

4b. Évaluation de l'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique (APIPP)

Pour déterminer l'indemnité pour préjudice corporel :

- Montant forfaitaire unique
- Versée au travailleur ayant des atteintes permanentes
- Dépend de l'âge du travailleur


Direction de l'expertise médicale et des services de santé 17 

17

RÈGLEMENT ANNOTÉ SUR LE BARÈME DES DOMMAGES CORPORELS

CODE PARTICULIER POUR CHAQUE SÉQUELLE

CODE	DESCRIPTION	UNITÉ
10000	SYNDROME ACTEUR/ACTRICE LÉSIONNÉE	
10001	1. Syndrome lésionnel	
10002	2. Syndrome lésionnel	1
10003	3. Syndrome lésionnel	1
10004	4. Syndrome lésionnel	1
10005	5. Syndrome lésionnel	1
10006	6. Syndrome lésionnel	1
10007	7. Syndrome lésionnel	1
10008	8. Syndrome lésionnel	1
10009	9. Syndrome lésionnel	1
10010	10. Syndrome lésionnel	1
10011	11. Syndrome lésionnel	1
10012	12. Syndrome lésionnel	1
10013	13. Syndrome lésionnel	1
10014	14. Syndrome lésionnel	1
10015	15. Syndrome lésionnel	1
10016	16. Syndrome lésionnel	1
10017	17. Syndrome lésionnel	1
10018	18. Syndrome lésionnel	1
10019	19. Syndrome lésionnel	1
10020	20. Syndrome lésionnel	1
10021	21. Syndrome lésionnel	1
10022	22. Syndrome lésionnel	1
10023	23. Syndrome lésionnel	1
10024	24. Syndrome lésionnel	1
10025	25. Syndrome lésionnel	1
10026	26. Syndrome lésionnel	1
10027	27. Syndrome lésionnel	1
10028	28. Syndrome lésionnel	1
10029	29. Syndrome lésionnel	1
10030	30. Syndrome lésionnel	1
10031	31. Syndrome lésionnel	1
10032	32. Syndrome lésionnel	1
10033	33. Syndrome lésionnel	1
10034	34. Syndrome lésionnel	1
10035	35. Syndrome lésionnel	1
10036	36. Syndrome lésionnel	1
10037	37. Syndrome lésionnel	1
10038	38. Syndrome lésionnel	1
10039	39. Syndrome lésionnel	1
10040	40. Syndrome lésionnel	1
10041	41. Syndrome lésionnel	1
10042	42. Syndrome lésionnel	1
10043	43. Syndrome lésionnel	1
10044	44. Syndrome lésionnel	1
10045	45. Syndrome lésionnel	1
10046	46. Syndrome lésionnel	1
10047	47. Syndrome lésionnel	1
10048	48. Syndrome lésionnel	1
10049	49. Syndrome lésionnel	1
10050	50. Syndrome lésionnel	1

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 18 

18

UTILITÉ DES CODES (OUTIL)

PRÉFIXE : APPLICATION DU PRINCIPE DE BILATÉRALITÉ

• PRÉFIXE : 1 2 3 4 5 6

Préfixe 1 : bilatéralité s'applique (ex. : fonctions accessoires de l'appareil visuel)

Préfixe 2 : bilatéralité ne s'applique pas (ex. : efficacité visuelle binoculaire)

Préfixe 3 : un seul des deux organes symétriques est atteint (ex. : système maxillo-facial)

Préfixe 4 : les deux organes symétriques sont atteints et la bilatéralité est déjà appliquée (ex. : hernies inguinales)

19

COMMENT ÉTABLIR LE BILAN DES SÉQUELLES : TROIS PARTIES À CONSIDÉRER (OUTIL)

Dresser le bilan des séquelles et commenter, s'il y a lieu

Pour chaque séquelle, inscrire le code, la nature et le pourcentage que vous avez fixés. Pour ce faire, veuillez vous référer au Règlement annoté sur le barème des dommages corporels*.

Regrouper, sous le titre approprié, les séquelles qui appartiennent à l'un ou à l'autre des trois groupes suivants :

- Séquelles actuelles** (ensemble des séquelles aux sièges de la lésion professionnelle)
code nature %
- Séquelles antérieures** (de toute origine aux sièges de la lésion professionnelle avant son aggravation)
code nature %
- Autres déficits reliés à la bilatéralité** (autres déficits permanents de toute origine, non identifiés en 1 et en 2 mais devant être considérés dans le calcul de la bilatéralité)
code nature %

20

DÉFICIT ANATOMO-PHYSIOLOGIQUE (DAP)

21

DÉFICIT ANATOMO-PHYSIOLOGIQUE (DAP)

- Les % inscrits sous le titre DAP correspondent à un déficit précis
- Ils **ne peuvent être modifiés** ni à la hausse, ni à la baisse, en fonction de ce déficit
- Il s'agit donc d'un barème **non-discretionnaire**

22

APPAREIL VISUEL : 3 SECTIONS

A. Appareil visuel

B. Fonctions accessoires (annexes)

- Système lacrymal
- Système protecteur des paupières
- Sourcils
- Cils

C. Autres déficits des fonctions oculaires

23

APPAREIL VISUEL :

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

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

24


APPAREIL VISUEL :

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

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

Page 160

Direction de l'expertise médicale et des services de santé



25


APPAREIL VISUEL :

2. POURCENTAGE MAXIMAL DU DÉFICIT

215500	Perte de la vision d'un œil	25
215519	Perte de la vision des deux yeux	100

Page 161

Direction de l'expertise médicale et des services de santé



26


A. APPAREIL VISUEL :

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

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

Page 160

Direction de l'expertise médicale et des services de santé



27

Tableau de l'Acuité visuelle de près et à distance

Valeur de l'acuité visuelle	Valeur de la lettre											
	20/20	20/25	20/30	20/40	20/50	20/60	20/70	20/80	20/100	20/120	20/150	20/200
20/20	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
20/25	80	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
20/30	67	83	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
20/40	50	63	77	100	100	100	100	100	100	100	100	100
20/50	40	50	63	77	100	100	100	100	100	100	100	100
20/60	33	42	50	63	77	100	100	100	100	100	100	100
20/70	29	37	45	56	69	86	100	100	100	100	100	100
20/80	25	32	39	49	61	76	95	100	100	100	100	100
20/100	20	25	31	39	49	61	76	95	100	100	100	100
20/120	17	21	26	33	41	51	63	79	99	100	100	100
20/150	13	17	21	26	33	41	51	63	79	99	100	100
20/200	10	13	16	20	25	31	39	49	61	76	95	100

Page 169

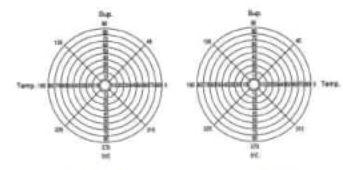
Direction de l'expertise médicale et des services de santé



28

CHAMPS VISUELS


SCHEMA 6
CHAMPS VISUELS



OIL GAUCHE OIL DROIT

Page 166

Direction de l'expertise médicale et des services de santé




29

Tableau de l'Acuité visuelle de près et à distance

Valeur de l'acuité visuelle	Valeur de la lettre		Valeur de la lettre		Valeur de la lettre		Valeur de la lettre	
	20/20	20/25	20/30	20/40	20/50	20/60	20/70	20/80
20/20	100	100	100	100	100	100	100	100
20/25	80	100	100	100	100	100	100	100
20/30	67	83	100	100	100	100	100	100
20/40	50	63	77	100	100	100	100	100
20/50	40	50	63	77	100	100	100	100
20/60	33	42	50	63	77	100	100	100
20/70	29	37	45	56	69	86	100	100
20/80	25	32	39	49	61	76	95	100
20/100	20	25	31	39	49	61	76	95
20/120	17	21	26	33	41	51	63	79
20/150	13	17	21	26	33	41	51	63
20/200	10	13	16	20	25	31	39	49

Page 170

Direction de l'expertise médicale et des services de santé



30

MOTILITÉ OCULAIRE

SCHEMA 7
POURCENTAGE DE DÉFICIT DE LA MOTILITÉ OCULAIRE

■ équivaut à un déficit de 100 %

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

Page 166

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

31

DÉTERMINATION DE L'EFFICACITÉ VISUELLE D'UN ŒIL

d) *Détermination de l'efficacité visuelle d'un œil*

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

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

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

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

Page 164

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

32

DÉTERMINATION DE L'EFFICACITÉ DE L'APPAREIL VISUEL DANS SON ENTIER

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

CODE	% DAP		
	% d'efficacité du meilleur œil (x 35)	% d'efficacité de l'autre œil +	% d'efficacité visuelle binoculaire =
		% d'efficacité visuelle binoculaire	% du DAP de l'appareil visuel dans son ensemble
215528	100	-	-

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

Pages 164 et 165

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

33

B. FONCTIONS ACCESSOIRES

Se rappeler que :

1. Le DAP s'ajoute à l'atteinte des fonctions oculaires
2. La bilatéralité s'applique

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

34

CODE	NOM	N° zone
B. FONCTIONS ACCESSOIRES (ANNEXE)		
1. Fonctions accessoires		
services du canal lacrymal sans lésion anatomique		
110304	■ larmes	3
110305	■ sécheresse	3
110306	■ hyperlarmées	3
110307	troubles de sécrétion par cellules conjonctivales normales	3
110308	troubles de sécrétion par cellules du nez (rhinite, sinusite, polypes, sinusite chronique, etc.) ou du nez facial (rhinite, sinusite chronique, etc.)	3ap
2. Fonctions accessoires des ganglions		
110309	services de la pupille pour vision normale (réflexes, adaptation, etc.) et troubles, anisocorie, etc.	3
110310	services de la pupille pour vision normale (réflexes, adaptation, etc.) et troubles, anisocorie, etc. (en cas de lésion anatomique)	3ap
110311	services de la pupille pour vision normale (réflexes, adaptation, etc.) et troubles, anisocorie, etc. (en cas de lésion anatomique)	3ap
3. Rétinelle		
110312	partie de la rétine	3
110313	■ vitre	3
110314	partie de la rétine	3

Page 171

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

35

C. AUTRES DÉFICITS DES FONCTIONS OCULAIRES

Code	Description	dap
215617	Paralysie de l'accommodation ou perte de la vision de près	3
215626	Cataracte ou aphakie	12
215635	Pseudo-aphakie	6

Le pourcentage fixé pour ces déficits s'ajoute au pourcentage fixé pour atteinte de la fonction visuelle

Page 172

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

36

CODE	APPAREIL VISUEL	% DAP
C. AUTRES DÉFICITS DES FONCTIONS OCULAIRES		
Le pourcentage DAP pour ces déficits s'ajoute au pourcentage DAP pour atteinte de la fonction visuelle		
215017	Faculté de l'accommodation ou perte de la vision de près	dap
215026	Conscience des aplats	1/3
215035	Flou de l'aphakie	0
	Empyalmie ou atteinte à la perception d'évaluation de la vision émpyalmie	dap
215044	Insuffisance ou excès de l'accommodation de la vision photopique, déficite de vision de jour, éblouissement	dap
215053	Mémoire par atteinte synoptique centrale de plus d'attente le pourcentage pour atteinte de la fonction visuelle	1
	Mémoire ou atteinte à la perception d'évaluation de la fonction visuelle	dap
	Troubles de sensibilité péri-oculaire ou atteinte au chapitre II sur le système visuel facial	dap
215062	Troubles de vision des couleurs objectives	0/3
215071	Troubles d'adaptabilité à l'environnement objectives	0/3
215080	Troubles neurosensitifs objectives	0/3

Page 172

Direction de l'évaluation médicale et des services de santé

CNESST

37

M. L.-H.

- Carrossier qui a présenté une contusion sévère à la région péri-orbitaire gauche en faisant la réparation d'un capot de voiture.
- L'examen visuel est normal à part un larmoiement continué léger persistant du côté gauche secondaire à une section du canal lacrymal.
- Vous avis en tant expert est souhaité sur le point 4.

Quel serait le bilan des séquelles à considérer pour cette problématique ?

Direction de l'évaluation médicale et des services de santé

CNESST

38

CODE	APPAREIL VISUEL	% DAP
A. FONCTIONS ACCÉDÉES (AMBIERS)		
1. Système lacrymal		
section du canal lacrymal avec larmoiement		
215029	larmoiement	1
215030	impairment	0
215045	séquelle de section par atteinte synoptique centrale	1
	séquelle de section par atteinte du nerf optique (VO) ou du nerf facial (VII), ou atteinte au chapitre II sur le système visuel facial	dap
215078	atteinte de la pupille par atteinte synoptique (réflexes, réflexes, réflexes, réflexes)	0
	le cas échéant s'ajoute le pourcentage pour atteinte de la fonction visuelle	dap
215082	perte de la pupille par atteinte synoptique centrale	1
	après le développement, le développement ou l'absence pupillaire, se référer au chapitre II sur le système visuel facial	dap
	le cas échéant s'ajoute le pourcentage pour atteinte de la fonction visuelle	dap
2. Cornée		
215083	perte de fonction	1
4. Cils		
215089	perte de fonction	1

Direction de l'évaluation médicale et des services de santé

CNESST

39

M. L.-H.

Séquelles actuelles :
115538 larmoiement continué léger 1%

Séquelles antérieures :
Aucune

Autres déficits reliés à la bilatéralité :
Aucun

Direction de l'évaluation médicale et des services de santé

CNESST

40

M. O. D.

Monsieur O.D. a reçu un montant d'acier au visage avec perte de vision complète de l'œil droit. Il persiste une section du canal lacrymal avec larmoiement modéré.

Pourriez-vous déterminer l'efficacité visuelle des deux yeux et de l'appareil visuel dans son ensemble ?

Direction de l'évaluation médicale et des services de santé

CNESST

41

	% conservé de l'acuité visuelle	% conservé du champ visuel	% conservé de la motilité oculaire	% d'efficacité d'un œil
Oeil droit	100 %	x 100 %	x 100 %	= 100 %
Oeil gauche	0 %	x 0 %	x 0 %	= 0 %
	% d'efficacité du meilleur œil (100 % x 3)		% d'efficacité de l'autre œil + 0 %	% d'efficacité visuelle binoculaire = 75 %
215528	100	- 75 %	=	25 %

Direction de l'évaluation médicale et des services de santé

CNESST

42

APPAREIL VISUEL :**2. POURCENTAGE MAXIMAL DU DÉFICIT**

215500	Perte de la vision d'un œil	25
215519	Perte de la vision des deux yeux	100

Page 161

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

43

CNESST

43

6. FONCTIONS ACCROISSÉES (ANNEXE)		NO. D'AP.
1. Système lacrymal		
section du canal lacrymal avec tarissement complet		
110000	■	2
110001	■	2
2. Système protecteur des pupilles		
absence de la pupille par cicatrice rétinienne, chloasma, mydriase, atrophie, anévrisme ou le cas échéant d'agente le pourcentage pour absence de la fonction visuelle		
110074	■	3
pour le développement, le développement ou l'absence pupillaire, se référer au chapitre II sur le système oculaire facial		
le cas échéant d'agente le pourcentage pour absence de la fonction visuelle		
110083	■	3
3. Rétinelle		
perte de fonction		
110092	■	3
4. Cils		
perte de fonction		
110099	■	3

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

44

CNESST

44

M. O. D.**Séquelles actuelles :**

215500	Perte de vision totale œil droit	25 %
115547	Section canal lacrymal droit avec larmolement modéré	2 %

Séquelles antérieures :

Aucune

Autres déficits liés à la bilatéralité :

Aucun

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

45

CNESST

45

M. G. B.

T qui a subi un traumatisme crânien avec hémorragie intra-cérébrale occipitale gauche. Il demeure avec une hémianopsie homonyme droite.

Quel est le bilan des séquelles à retenir ?

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

46

CNESST

46

M. G. B.

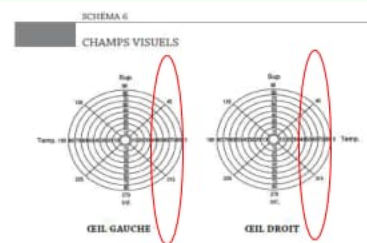
- Pour l'œil droit, la perte de vision du côté temporal représente une perte de 280°, soit 56 % du champ visuel
- Pour l'œil gauche, la perte de vision du côté nasal représente une perte de 220°, soit 44 % du champ visuel
- Le reste de l'examen visuel est normal

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

47

CNESST

47

M. G. B.Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

48

CNESST

48

Annexe 10

DÉFICIT DU CHAMP VISUEL

Angle	Angle	Angle	Angle	Angle	Angle	Angle	Angle
gauche	supérieur	gauche	supérieur	gauche	supérieur	gauche	supérieur
0	0	0	0	0	0	0	0
15	15	15	15	15	15	15	15
30	30	30	30	30	30	30	30
45	45	45	45	45	45	45	45
60	60	60	60	60	60	60	60
75	75	75	75	75	75	75	75
90	90	90	90	90	90	90	90
105	105	105	105	105	105	105	105
120	120	120	120	120	120	120	120
135	135	135	135	135	135	135	135
150	150	150	150	150	150	150	150
165	165	165	165	165	165	165	165
180	180	180	180	180	180	180	180
195	195	195	195	195	195	195	195
210	210	210	210	210	210	210	210
225	225	225	225	225	225	225	225
240	240	240	240	240	240	240	240
255	255	255	255	255	255	255	255
270	270	270	270	270	270	270	270
285	285	285	285	285	285	285	285
300	300	300	300	300	300	300	300
315	315	315	315	315	315	315	315
330	330	330	330	330	330	330	330
345	345	345	345	345	345	345	345
360	360	360	360	360	360	360	360

0.s. (O.S.)

0.d. (O.D.)

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

49

	% conservé de l'acuité visuelle	x	% conservé du champ visuel	x	% conservé de la motilité oculaire	=	% d'efficacité d'un oeil
Oeil droit	100 %		44 %		100 %		44 %
Oeil gauche	100 %		56 %		100 %		56 %
		%		%		%	
		du meilleur oeil (56 % x 3)		+		44 %	
				/		53 %	
						%	
						d'efficacité visuelle binoculaire	
						%	
						du DAP de l'appareil visuel dans son ensemble	
215528	100	-	53 %	=	47 %		

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

50

MME A. B.

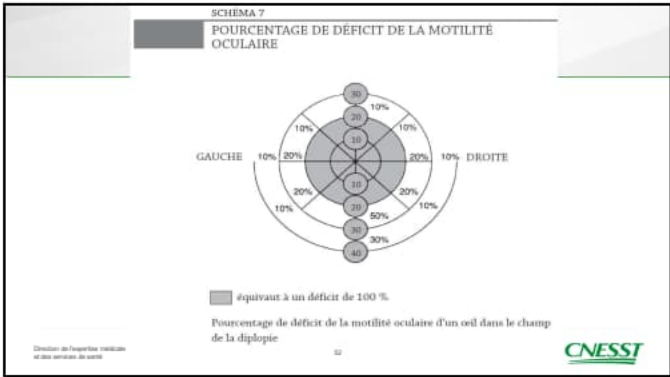
Cette T a subi une fracture de la base du crâne avec lésion du IVe nerf crânien gauche. Elle présente une paralysie du muscle grand oblique gauche avec diplopie qui apparaît à 35° vers le bas.

Quel est le bilan des séquelles à retenir ?

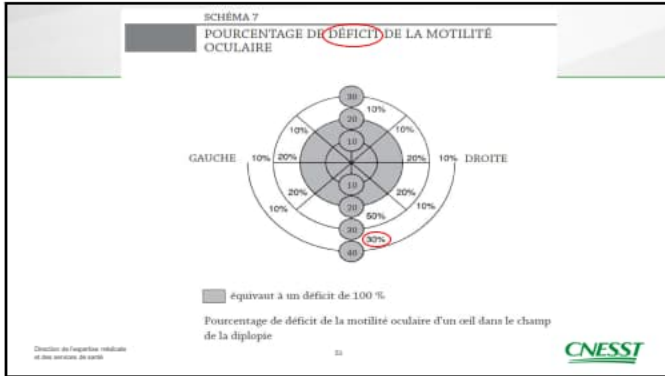
Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

51



52



53

	% conservé de l'acuité visuelle	x	% conservé du champ visuel	x	% conservé de la motilité oculaire	=	% d'efficacité d'un oeil
Oeil droit	100 %		100 %		100 %		100 %
Oeil gauche	100 %		100 %		70 %		70 %
		%		%		%	
		du meilleur oeil (100 % x 3)		+		70 %	
				/		92.5 %	
						%	
						d'efficacité visuelle binoculaire	
						%	
						du DAP de l'appareil visuel dans son ensemble	
215528	100	-	92.5 %	=	7.5 %		

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

54

BILATÉRALITÉ

Direction des inspections médicales
et des services de santé

CNEST

55

PRINCIPE DE LA BILATÉRALITÉ

- Le barème détermine un % additionnel lorsqu'un T a subi, en raison d'une lésion professionnelle, des DAP à des **organes symétriques** ou un DAP à un **organe symétrique** à celui qui est déjà atteint
- Les **déficits permanents de toute origine, personnelle ou professionnelle, sont considérés dans le calcul de la bilatéralité** en autant que ces déficits soient antérieurs à la lésion professionnelle (**pré-lésionnels**) ou survenant lors d'un même accident de travail ou maladie professionnelle (**contemporains à l'évènement**, que ce soit l'É.O ou une RRA), mais ne doivent pas être post-lésionnels

Direction des inspections médicales
et des services de santé

CNEST

56

PRINCIPE DE LA BILATÉRALITÉ

- La bilatéralité correspond à la somme des % de DAP fixés pour **l'organe le moins atteint**
- Ce principe ne s'applique pas aux % prévus pour le PE et le DPJV
- Des règles particulières sont fixées pour chaque système et indiquées dans les règles particulières en début de chaque chapitre

Direction des inspections médicales
et des services de santé

CNEST

57

COMMENT ÉTABLIR LE BILAN DES SÉQUELLES : TROIS PARTIES À CONSIDÉRER (OUTIL)

Dresser le bilan des séquelles et commenter, s'il y a lieu
Pour chaque séquelle, inscrire le code, la nature et le pourcentage que vous avez fixés. Pour ce faire, veuillez vous référer au Règlement annoté sur le barème des dommages corporels.
Regrouper, sous le titre approprié, les séquelles qui appartiennent à l'un ou à l'autre des trois groupes suivants :

- Séquelles actuelles** (ensemble des séquelles aux sièges de la lésion professionnelle)
code nature %
- Séquelles antérieures** (de toute origine) aux sièges de la lésion professionnelle avant son aggravation
code nature %
- Autres déficits reliés à la bilatéralité** (autres déficits permanents de toute origine, non identifiés en 1 et en 2 mais devant être considérés dans le calcul de la bilatéralité)
code nature %

Pages 329 ou 331

Direction des inspections médicales
et des services de santé

CNEST

58

M. O. U.

- Monsieur O.U. a reçu un montant d'acier au visage.
- L'examen visuel des deux yeux est normal.
- Ce travailleur présente également une section du canal lacrymal droit avec larmolement modéré.
- Il rapporte aussi larmolement léger gauche en lien avec une section du canal lacrymal survenu à la suite d'un traumatisme personnel il y a 5 ans.

Est-ce que la bilatéralité s'applique ?

Pourriez-vous déterminer le bilan des séquelles à retenir ?

Direction des inspections médicales
et des services de santé

CNEST

59

M. O. U.

Séquelles actuelles :

115547	Section canal lacrymal droit avec larmolement modéré	2 %
--------	--	-----

Séquelles antérieures :

Aucune

Autres déficits reliés à la bilatéralité :

115538	Section canal lacrymal gauche avec larmolement léger	1 %
--------	--	-----

Direction des inspections médicales
et des services de santé

CNEST

60

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE (PE)

Direction des hospitalisations
et des services de santé

CNESST

61

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE (PE)

- Le PE doit être **apparent**, c'est-à-dire qu'il n'est pas nécessaire de porter attention particulière pour le remarquer
- La **déformation et l'atteinte cicatricielle** constituent les deux aspects quantifiables dans l'évaluation
- L'atteinte cicatricielle se mesure en **cm² de surface**
- Le **temps minimum** précédant l'évaluation d'une atteinte cicatricielle résultant d'une lésion professionnelle est de **six mois**
- Les calculs relatifs à la fixation des pourcentages des dommages corporels sont effectués en tenant compte des **deux premières décimales**

Direction des hospitalisations
et des services de santé

CNESST

62

ATTEINTE CICATRICIELLE : DÉFINITIONS

Cicatrice non vicieuse (belle)
Cicatrice presque linéaire, au même niveau que le tissu adjacent et presque de la même couleur, ne causant ni contracture, ni distorsion des structures avoisinantes

Cicatrice vicieuse
Cicatrice qui peut être mal alignée, irrégulière, déprimée, adhérente au plan profond, pigmentée, en plaque ou rétractile. Inclut la cicatrice chéloïdienne ou hypertrophique

Pages 272 et 273

Direction des hospitalisations
et des services de santé

CNESST

63

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE (PE)

- Les règles d'évaluation de la **face** sont différentes (p 275) de celles des **autres parties du corps** (p 278) :

Face : Même les cicatrices non vicieuses sont compensables. S'il y a à la fois modification de la forme et de la symétrie et atteinte cicatricielle, **on additionne le % des deux** jusqu'à concurrence du maximum prévu pour la classe déterminée

Autres parties du corps : les cicatrices vicieuses seulement compensables. On retient le % le plus élevé, soit de la déformation, soit l'atteinte cicatricielle en n'excédant pas le % maximum prévu pour la partie du corps qui correspond à une atteinte sévère

Direction des hospitalisations
et des services de santé

CNESST

64

TABLEAU 24		PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE		Année	% DCP
CCSP	Classe d'évaluation et de compensation	Description de la classe et de la lésion	Année	Année	Année
210100	Classe 1 Aucune	Aucune lésion	Non apparente	0	0
210200	Classe 2 Très légère	Très légère	Non apparente (0,01 cm ² de 1 à 1,9 cm ²)	0	0
210300	Classe 3 Légère	Apparences Atteintes non cicatricielles compensables (déformation du contour de 10 mm de 1 à 1,9 cm) Atteintes cicatricielles compensables (exemple : lésion en forme d'anneau ou lésion en son plan) de 10 mm de 1 à 1,9 cm de 1 à 1,9 cm de 1 à 1,9 cm Atteintes plus de deux cicatrices compensables de 10 mm de 1 à 1,9 cm	Non apparente (0,01 cm ² de 1 à 1,9 cm ²) Visible (0,02 cm ² de 1 à 1,9 cm ²)	0	0
* Pour une lésion de 1,5 cm ou plus					
TABLEAU 25		PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE		Année	% DCP
CCSP	Classe d'évaluation et de compensation	Description de la classe et de la lésion	Année	Année	Année
210400	Classe 4 Moyenne et sévère (contracture)	Apparences et cicatrices compensables de 10 mm de 1 à 1,9 cm Atteintes non cicatricielles compensables (exemple : lésion en forme d'anneau ou lésion en son plan) de 10 mm de 1 à 1,9 cm de 1 à 1,9 cm Atteintes plus de deux cicatrices compensables de 10 mm de 1 à 1,9 cm	Non apparente (0,01 cm ² de 1 à 1,9 cm ²) Visible (0,02 cm ² de 1 à 1,9 cm ²)	0	0
210500	Classe 5 Sévère	Atteintes non cicatricielles compensables	Non apparente (0,01 cm ² de 1 à 1,9 cm ²)	0	0
210600	Classe 6 Très sévère	Atteintes non cicatricielles compensables	Non apparente (0,01 cm ² de 1 à 1,9 cm ²)	0	0

Pages 276 et 277

Direction des hospitalisations
et des services de santé

CNESST

65

TABLEAU 24		PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE		Année	% DCP
CCSP	Classe d'évaluation et de compensation	Description de la classe et de la lésion	Année	Année	Année
210100	Classe 1 Aucune	Aucune lésion	Non apparente	0	0
210200	Classe 2 Très légère	Très légère	Non apparente (0,01 cm ² de 1 à 1,9 cm ²)	0	0
210300	Classe 3 Légère	Apparences Atteintes non cicatricielles compensables (déformation du contour de 10 mm de 1 à 1,9 cm) Atteintes cicatricielles compensables (exemple : lésion en forme d'anneau ou lésion en son plan) de 10 mm de 1 à 1,9 cm de 1 à 1,9 cm Atteintes plus de deux cicatrices compensables de 10 mm de 1 à 1,9 cm	Non apparente (0,01 cm ² de 1 à 1,9 cm ²) Visible (0,02 cm ² de 1 à 1,9 cm ²)	0	0
* Pour une lésion de 1,5 cm ou plus					
TABLEAU 25		PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE		Année	% DCP
CCSP	Classe d'évaluation et de compensation	Description de la classe et de la lésion	Année	Année	Année
210400	Classe 4 Moyenne et sévère (contracture)	Apparences et cicatrices compensables de 10 mm de 1 à 1,9 cm Atteintes non cicatricielles compensables (exemple : lésion en forme d'anneau ou lésion en son plan) de 10 mm de 1 à 1,9 cm de 1 à 1,9 cm Atteintes plus de deux cicatrices compensables de 10 mm de 1 à 1,9 cm	Non apparente (0,01 cm ² de 1 à 1,9 cm ²) Visible (0,02 cm ² de 1 à 1,9 cm ²)	0	0
210500	Classe 5 Sévère	Atteintes non cicatricielles compensables	Non apparente (0,01 cm ² de 1 à 1,9 cm ²)	0	0
210600	Classe 6 Très sévère	Atteintes non cicatricielles compensables	Non apparente (0,01 cm ² de 1 à 1,9 cm ²)	0	0

Pages 276 et 277

Direction des hospitalisations
et des services de santé

CNESST

66

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE

Règles d'évaluation :
 La face est divisée en éléments anatomiques (page 275) :

- Front
- Orbite (chaque orbite constitue un élément)
- Paupière (chaque paupière constitue un élément)
- Œil, partie visible du globe oculaire (chaque œil constitue un élément)
- Joue (chaque joue constitue un élément)
- Nez (inclut les narines et la base)
- Lèvre (chaque lèvre constitue un élément)
- Oreille (chaque oreille constitue un élément)
- Menton

Direction des Inspections médicales et des services de santé CNEST

67

Étape 3

TABLEAU 34 - PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE				
Code	Classe d'éléments à évaluer	Description de la forme et du caractère	Atteinte cicatricielle	% de la face
22000	Classe 1 Aucune	Non atteinte	Non atteinte	0
22010	Classe 2 Très légère	Très légère	Non atteinte (0,05 au de 1,5 cm²)	0
22020	Classe 3 Légère	Atteinte en éléments anatomiques limités - Modification de la forme de 1% Atteinte des éléments anatomiques limités - Atteinte cicatricielle au tout et au tout 1% au de 1% Atteinte plus de deux éléments anatomiques de 1% au de 1%	Non atteinte (0,05 au de 1%)* Atteinte (0,10 au de 1%)*	1
* au de 1% signifie 1% au de la surface de la face				
TABLEAU 34 bis - PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE				
Code	Classe d'éléments à évaluer	Description de la forme et du caractère	Atteinte cicatricielle	% de la face
22040	Classe 4 Moyenne	Atteinte en éléments anatomiques limités - Modification de la forme de 1% au de 1% Atteinte des éléments anatomiques limités - Atteinte cicatricielle au tout et au tout 1% au de 1% Atteinte plus de deux éléments anatomiques de 1% au de 1%	Non atteinte (0,05 au de 1%)* Atteinte (0,10 au de 1%)*	10
22050	Classe 5 Légère	Atteinte en éléments anatomiques limités - Modification de la forme de 1% au de 1% Atteinte des éléments anatomiques limités - Atteinte cicatricielle au tout et au tout 1% au de 1% Atteinte plus de deux éléments anatomiques de 1% au de 1%	Non atteinte (0,05 au de 1%)* Atteinte (0,10 au de 1%)*	20
22060	Classe 6 Moyenne	Atteinte en éléments anatomiques limités - Modification de la forme de 1% au de 1% Atteinte des éléments anatomiques limités - Atteinte cicatricielle au tout et au tout 1% au de 1% Atteinte plus de deux éléments anatomiques de 1% au de 1%	Non atteinte (0,05 au de 1%)* Atteinte (0,10 au de 1%)*	30

Direction des Inspections médicales et des services de santé CNEST

68

Étape 4

TABLEAU 34 - PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE				
Code	Classe d'éléments à évaluer	Description de la forme et du caractère	Atteinte cicatricielle	% de la face
22000	Classe 1 Aucune	Non atteinte	Non atteinte	0
22010	Classe 2 Très légère	Très légère	Non atteinte (0,05 au de 1,5 cm²)	0
22020	Classe 3 Légère	Atteinte en éléments anatomiques limités - Modification de la forme de 1% au de 1% Atteinte des éléments anatomiques limités - Atteinte cicatricielle au tout et au tout 1% au de 1% Atteinte plus de deux éléments anatomiques de 1% au de 1%	Non atteinte (0,05 au de 1%)* Atteinte (0,10 au de 1%)*	1
* au de 1% signifie 1% au de la surface de la face				
TABLEAU 34 bis - PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE				
Code	Classe d'éléments à évaluer	Description de la forme et du caractère	Atteinte cicatricielle	% de la face
22040	Classe 4 Moyenne	Atteinte en éléments anatomiques limités - Modification de la forme de 1% au de 1% Atteinte des éléments anatomiques limités - Atteinte cicatricielle au tout et au tout 1% au de 1% Atteinte plus de deux éléments anatomiques de 1% au de 1%	Non atteinte (0,05 au de 1%)* Atteinte (0,10 au de 1%)*	10
22050	Classe 5 Légère	Atteinte en éléments anatomiques limités - Modification de la forme de 1% au de 1% Atteinte des éléments anatomiques limités - Atteinte cicatricielle au tout et au tout 1% au de 1% Atteinte plus de deux éléments anatomiques de 1% au de 1%	Non atteinte (0,05 au de 1%)* Atteinte (0,10 au de 1%)*	20
22060	Classe 6 Moyenne	Atteinte en éléments anatomiques limités - Modification de la forme de 1% au de 1% Atteinte des éléments anatomiques limités - Atteinte cicatricielle au tout et au tout 1% au de 1% Atteinte plus de deux éléments anatomiques de 1% au de 1%	Non atteinte (0,05 au de 1%)* Atteinte (0,10 au de 1%)*	30

Direction des Inspections médicales et des services de santé CNEST

69

Étape 5

TABLEAU 34 - PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE				
Code	Classe d'éléments à évaluer	Description de la forme et du caractère	Atteinte cicatricielle	% de la face
22000	Classe 1 Aucune	Non atteinte	Non atteinte	0
22010	Classe 2 Très légère	Très légère	Non atteinte (0,05 au de 1,5 cm²)	0
22020	Classe 3 Légère	Atteinte en éléments anatomiques limités - Modification de la forme de 1% au de 1% Atteinte des éléments anatomiques limités - Atteinte cicatricielle au tout et au tout 1% au de 1% Atteinte plus de deux éléments anatomiques de 1% au de 1%	Non atteinte (0,05 au de 1%)* Atteinte (0,10 au de 1%)*	1
* au de 1% signifie 1% au de la surface de la face				
TABLEAU 34 bis - PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE				
Code	Classe d'éléments à évaluer	Description de la forme et du caractère	Atteinte cicatricielle	% de la face
22040	Classe 4 Moyenne	Atteinte en éléments anatomiques limités - Modification de la forme de 1% au de 1% Atteinte des éléments anatomiques limités - Atteinte cicatricielle au tout et au tout 1% au de 1% Atteinte plus de deux éléments anatomiques de 1% au de 1%	Non atteinte (0,05 au de 1%)* Atteinte (0,10 au de 1%)*	10
22050	Classe 5 Légère	Atteinte en éléments anatomiques limités - Modification de la forme de 1% au de 1% Atteinte des éléments anatomiques limités - Atteinte cicatricielle au tout et au tout 1% au de 1% Atteinte plus de deux éléments anatomiques de 1% au de 1%	Non atteinte (0,05 au de 1%)* Atteinte (0,10 au de 1%)*	20
22060	Classe 6 Moyenne	Atteinte en éléments anatomiques limités - Modification de la forme de 1% au de 1% Atteinte des éléments anatomiques limités - Atteinte cicatricielle au tout et au tout 1% au de 1% Atteinte plus de deux éléments anatomiques de 1% au de 1%	Non atteinte (0,05 au de 1%)* Atteinte (0,10 au de 1%)*	30

Direction des Inspections médicales et des services de santé CNEST

70

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE

Procédure d'évaluation :

- 1) L'importance du PE affectant la face doit d'abord être appréciée globalement en fonction de la physionomie, afin de déterminer la classe d'atteinte
- 2) Déterminer le nombre d'éléments déformés
- 3) Évaluation de l'atteinte cicatricielle (même les cicatrices non vicieuses sont compensables au niveau de la face)
- 4) L'addition du pourcentage obtenu en 2 et 3 ne doit pas excéder le pourcentage maximum prévu pour la classe déterminée de 1 à 4
- 5) Pour les classes 5 et 6, la modification de la forme et de la symétrie et l'atteinte cicatricielle sont considérées comme un tout

Direction des Inspections médicales et des services de santé CNEST

71

MME C.-L.

- Cette conductrice de train a chuté en montant dans la locomotive.
- Elle présente une déformation apparente de la paupière supérieure droite associée à une cicatrice apparente, non vicieuse de 1.2 cm².
- Vous devez donner votre avis sur le point 4.

Comment établissez-vous le bilan des séquelles pour cette atteinte esthétique ?

Direction des Inspections médicales et des services de santé CNEST

72

MME C.-L.

Séquelles actuelles :

PE		
224028	Déformation paupière supérieure droite	3 %
224028	Cicatrice de 1.2 cm ² paupière supérieur droite	1.2 %

Séquelles antérieures :
Aucune

Autres déficits reliés à la bilatéralité :
Aucun


Direction de l'expertise médicale et des services de santé 73 

73

M. L.

- Camionneur qui a fait un accident de la route en terminant sa course dans un fossé. Il présente une **atteinte de la physionomie de la face apparente et qui retient l'attention.**
- Un **enfoncement de la partie inférieure de l'orbite gauche** ainsi que de l'os malaire gauche sont présents. Le nez est **légèrement dévié vers la droite.**
- Il y a une légère **déformation** (par perte de substance) à la **lèvre supérieure gauche.**
- Il persiste les 3 cicatrices suivantes :
 - lèvre supérieure gauche, apparente et non vicieuse de 3,5 cm de longueur par 0,2 cm de largeur
 - joue gauche, vicieuse, de 6,3 cm de longueur par 0,2 cm de largeur
 - front, vicieuse, de 5,2 cm de longueur par 0,15 cm de largeur

Quelle est l'atteinte esthétique qui s'applique à cette condition ?

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 74 

74

M. L.

1) Atteinte globale de la physionomie : classe 4

2) 224037 Modification de la forme et de la symétrie affectant plus de 2 éléments anatomiques PE 20 %


224037 Cicatrice non vicieuse lèvre 3,5cm x 0,2cm x 1 %/cm² PE 0,7 %

Cicatrice vicieuse joue 8,3cm x 0,2cm x 3 %/cm² PE 3,78 %

Cicatrice vicieuse front 5,2cm x 0,15cm x 3 %/cm² PE 2,34 %

3) Additionne Total PE 28,82 %

Cependant, le maximum prévu à cette classe est de 20 % et ne peut être dépassé. Le travailleur aura donc droit à un **PE maximum de 20 %**

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 75 


75

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE : ÉNUCLÉATION

ŒIL

224457 Énucléation avec ou sans remplacement par prothèse 5

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

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 76 

Page 282

76

SÉQUELLES ANTÉRIEURES


Direction de l'expertise médicale et des services de santé 77 

77

COMMENT ÉTABLIR LE BILAN DES SÉQUELLES : TROIS PARTIES À CONSIDÉRER (OUTIL)

Dresser le bilan des séquelles et commenter, s'il y a lieu
Pour chaque séquelle, inscrire le code, la nature et le pourcentage que vous avez fixés. Pour ce faire, veuillez vous référer au Règlement annoté sur le barème des dommages corporels.
Regrouper, sous le titre approprié, les séquelles qui appartiennent à l'un ou à l'autre des trois groupes suivants :

- Séquelles actuelles** (ensemble des séquelles aux sièges de la lésion professionnelle)
code nature %
- Séquelles antérieures** (de toute origine aux sièges de la lésion professionnelle avant son approbation)
code nature %
- Autres déficits reliés à la bilatéralité** (autres déficits permanents de toute origine, non identifiés en 1 et en 2 mais devant être considérés dans le calcul de la bilatéralité)
code nature %

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 78 

Pages 329 ou 331

78

MME O. D.

- Madame O.D. a subi un **traumatisme à l'œil droit en 2024** et demeure avec une vision de loin à 20/80 et une vision de près à 14/18 avec correction. Le reste de l'examen est normal.
- Elle présentait **avant son accident** une vision de l'œil gauche à 20/80 de loin et à 14/45 de près, avec correction alors que l'examen de l'œil droit était normal.

Pourriez-vous déterminer l'efficacité visuelle des deux yeux et de l'appareil visuel dans son ensemble ?

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 79

79

TABLÉAU 229
DÉFICIT DE LA VISION CENTRALE*
(ÉCHELLE DE SNELLEN)

Vision à distance	Vision de près										
	20'	18"	16"	14"	12"	10"	9"	8"	7"	6"	5"
20/20	40	36	32	28	25	22	20	18	16	14	12
20/25	50	45	40	36	32	28	25	22	20	18	16
20/30	60	54	48	42	38	34	30	27	24	22	20
20/40	80	72	64	56	50	45	40	36	32	28	25
20/50	100	90	80	72	64	56	50	45	40	36	32
20/60	120	108	96	84	76	68	60	54	48	42	38
20/70	140	126	112	100	90	80	72	64	56	50	45
20/80	160	144	128	116	104	92	82	74	66	58	52
20/90	180	162	144	132	120	108	96	86	78	70	62
20/100	200	180	160	144	130	116	104	94	84	76	68
20/110	220	198	176	156	140	126	114	102	92	82	74
20/120	240	216	192	172	154	138	126	114	104	94	84
20/140	280	252	224	200	180	162	148	136	124	112	100
20/160	320	288	256	228	204	184	168	154	140	126	114
20/180	360	324	288	256	228	204	184	168	154	140	126
20/200	400	360	320	288	256	228	204	184	168	154	140
20/250	500	450	400	360	320	288	256	228	204	184	168
20/300	600	540	480	432	384	342	304	272	240	216	192
20/400	800	720	640	576	512	456	408	364	320	288	256
20/500	1000	900	800	720	640	576	512	456	408	364	320

* Nombre agrégé : pourcentage du déficit de la vision centrale sans allocation pour agglomémentation.
** Nombre définitif : pourcentage du déficit de la vision centrale sans allocation pour agglomémentation.

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 80

80

État actuel :

	% conservé de l'acuité visuelle	x	% conservé du champ visuel	x	% conservé de la motilité oculaire	=	% d'efficacité d'un œil
Oeil droit	80 %		100 %		100 %		80 %
Oeil gauche	50 %		100 %		100 %		50 %
	% d'efficacité du meilleur œil (80 % x 3)		+ 50 %		=		% d'efficacité visuelle binoculaire 72,5 %
			4				
			%		%		%
			d'efficacité visuelle binoculaire		%		du DAP de l'appareil visuel dans son ensemble
215528			100		-		72,5 %
					=		27,5 %

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 81

81

État antérieur :

	% conservé de l'acuité visuelle	x	% conservé du champ visuel	x	% conservé de la motilité oculaire	=	% d'efficacité d'un œil
Oeil droit	100 %		100 %		100 %		100 %
Oeil gauche	50 %		100 %		100 %		50 %
	% d'efficacité du meilleur œil (100 % x 3)		+ 50 %		=		% d'efficacité visuelle binoculaire 87,5 %
			4				
			%		%		%
			d'efficacité visuelle binoculaire		%		du DAP de l'appareil visuel dans son ensemble
215528			100		-		87,5 %
					=		12,5 %

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 82

82

MME O. D.

Séquelles actuelles

215528 Perte de vision 2 yeux 27,5 %

Séquelles antérieures

215528 Perte de vision œil gauche 12,5 %

Toujours évaluer l'appareil visuel dans son ensemble (2 yeux) en tenant compte de l'état antérieur

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 83

83

SÉQUELLES ANTÉRIEURES

- Les séquelles antérieures sont celles **de toute origine** aux **sièges de la lésion professionnelle** avant son aggravation (barème page 329 ou 331)
- De plus, ces séquelles antérieures **doivent être reconduites aux séquelles actuelles** (principe de la stabilité des décisions de la CNEST)
 - à moins d'être remplacées par une **séquelle plus importante** ou
 - à moins d'être **moindre et incluse par rapport à une autre séquelle**

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 84

84

MME O. D. (2)

- Madame O.D. a subi un **traumatisme à l'œil droit en 2024** et demeure avec une vision de loin à 20/80 et une vision de près à 14/18 avec correction. Le reste de l'examen est normal.
- Elle présente également un **larmolement modéré** faisant suite à une section du **canal lacrymal droit** survenu avant le présent événement de 2024.
- Elle présentait **avant son accident** une vision de l'œil gauche à 20/80 de loin et à 14/45 de près, avec correction alors que l'examen de l'œil droit était normal.

Pourriez-vous déterminer l'efficacité visuelle des deux yeux et de l'appareil visuel dans son ensemble ?

Direction de l'expertise médicale et des services de santé CNESST

85

MME O. D.

Séquelles actuelles

215528	Perte de vision 2 yeux	27,5 %
115547	Section canal lacrymal droit avec larmolement modéré	2 %

Séquelles antérieures

215528	Perte de vision œil gauche	12,5 %
115547	Section canal lacrymal droit avec larmolement modéré	2 %

Toujours évaluer l'appareil visuel dans son ensemble (2 yeux) en tenant compte de l'état antérieur

Direction de l'expertise médicale et des services de santé CNESST

86

SÉQUELLES ANTÉRIEURES

- Les séquelles antérieures sont celles de **toute origine** aux **sièges de la lésion professionnelle avant son aggravation** (barème page 329 ou 331)
- De plus, ces séquelles antérieures **doivent être reconduites aux séquelles actuelles** (principe de la stabilité des décisions de la CNESST)
 - à moins d'être remplacées par une **séquelle plus importante**
 - ou
 - à moins d'être **moindre et incluse par rapport à une autre séquelle**

Direction de l'expertise médicale et des services de santé CNESST

87

DOULEUR ET PERTE DE JOUISSANCE DE LA VIE (DPJV)

Direction de l'expertise médicale et des services de santé CNESST

88

Douleurs et perte de jouissance de la vie (DPJV)

- Le barème des DPJV se présente sous forme d'une table d'équivalence mathématique
- Le pourcentage de DPJV débute à 0,01 % de la somme des DAP **ou** des PE avec un maximum de 50 % de la somme lorsque celle-ci excède 70 %
- Le DPJV s'applique au DAP et au PE de façon distincte
- Le DPJV est calculé informatiquement par la Commission.

Vous n'avez donc pas à l'évaluer

Direction de l'expertise médicale et des services de santé CNESST

89

TABLE DE DPJV		DPJV
Somme des pourcentages de DAP ou de PE		%
225000	0,01 à 0,09	0,01
225010	1 à 1,99	0,1
225020	2 à 2,99	0,2
225030	3 à 3,99	0,3
225040	4 à 4,99	0,4
225050	5 à 5,99	0,75
225060	6 à 6,99	0,9
225070	7 à 7,99	1,05
225080	8 à 8,99	1,2
225090	9 à 9,99	1,35
225100	10	1,5
Somme des pourcentages de DAP ou de PE		DPJV
		%
225680	87,01 à 88	30,6
225690	88,01 à 89	31,05
225700	89,01 à 90	31,5
225710	90,01 et plus	50 % du pourcentage de DAP ou de PE

arithmétique entre 0,01 et 10
exponentielle entre 10 et 70
arithmétique > 70

Direction de l'expertise médicale et des services de santé CNESST

90


EXPERTISE 204

13. Conclusions

5. Limitations fonctionnelles

- Une limitation fonctionnelle (LF) correspond à toute réduction ou à toute restriction de la capacité physique ou psychique d'accomplir certaines activités ou d'en subir les effets.
- Une LF se traduit donc par l'incapacité d'exécuter certains mouvements, mais aussi de prendre ou de garder certaines positions ou encore de subir certaines contraintes dans des conditions ou situations déterminées.
- Doivent être précises, réalistes, objectivées, quantifiées et permanentes
- Les LF doivent être **décrites en fonction de la lésion** en tenant compte des activités de vie domestique et quotidienne et **non pas uniquement en fonction des tâches de travail.**

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 21



91

EXPERTISE 204

13. Conclusions


5a. Existence de limitations fonctionnelles

- Considérant les diagnostics retenus
- Considérant l'absence d'antécédents au site de la lésion
- Considérant les traitements reçus à ce jour
- Considérant que les lésions sont consolidées
- Considérant les plaintes subjectives
- Considérant l'examen objectif ce jour, corrélation avec les limitations

✓ **Avis concernant l'existence ou non de limitations fonctionnelles permanentes** et, s'il y a lieu, l'évaluation des limitations pour chacun des diagnostics considérés consolidés

✓ **Pour les diagnostics retenus non consolidés, préciser qu'il est trop tôt pour évaluer les limitations fonctionnelles permanentes**

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 22




92

LIMITATIONS FONCTIONNELLES

- L'examen objectif = le plus important
- Corrélation directe anomalies vs restrictions établies
- Motivées par des signes objectifs en lien avec les lésions évaluées
- Le jugement clinique
- Les rapports des différents professionnels

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 23




93

LIMITATIONS FONCTIONNELLES

Limitations ou **restrictions dans l'exécution de certaines fonctions physiologiques** qui doivent être diminuées ou évitées en permanence

- **Incapacité (ne peut, ne doit pas...)** :
 - D'exécuter certains mouvements
 - De prendre ou garder certaines positions
 - De subir certains effets dans des conditions quantifiables
- **Les limitations doivent être** :
 - Réalistes, en lien avec la lésion
 - Liées à des activités de la vie quotidienne (AVQ) et domestique (AVD)
- Les **symptômes** ne sont pas des limitations fonctionnelles

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 24



94

LIMITATIONS FONCTIONNELLES

En donner trop
=
conséquences

**Danger de perte
d'emploi ?**



En donner trop peu
=
conséquences

**Risque de
RRA ?**

Il appartient à la CNESST de déterminer la capacité de travail

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 25




95

LIMITATIONS FONCTIONNELLES

Exemples :

- Il ne peut effectuer un travail demandant de la précision
- Il ne peut effectuer un travail demandant une vision stéréoscopique
- Il ne peut manipuler des outils tranchants, motorisés
- Il ne peut travailler sur un échafaud
- Il ne peut être exposé aux lumières vives

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 26



96

POUR NOUS JOINDRE

- Adresse courriel pour les professionnels désignés :

➤ soutienprofessionnellesigne@cnesst.gouv.qc.ca

- Coordonnatrice médicale de la Direction de l'expertise médicale et des services de santé :

➤ [REDACTED]
(514) 906-3003, [REDACTED]

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

27



97



Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

28



98

**L'EXPERTISE MÉDICALE
À LA CNESST**

**ET LES LÉSIONS
DU SYSTÈME NERVEUX
ET DE LA COLONNE**

Direction de l'expertise médicale et des services de santé
Mars 2026

Direction des services de santé,
du travail et de la sécurité du travail
cnesst.gouv.qc.ca

CNESST

1

REPRODUCTION INTERDITE

Toute reproduction ou diffusion de cette formation
est interdite sans l'autorisation de la
Direction de l'expertise médicale et des services de santé
de la CNESST.

Elle seule peut permettre à un tiers d'en utiliser le contenu.

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

CNESST

2

**DÉCLARATION DE CONFLITS
D'INTÉRÊTS POTENTIELS**

Affiliations : Médecin-conseil de la CNESST
Direction de l'expertise médicale et des services de santé

Société commerciale / non commerciale : Aucune

Support financier : Aucun

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

CNESST

3

OBJECTIFS

À la fin de cette présentation, vous serez en mesure de mieux :

- Déterminer l'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique (APIPP) en lien avec le système nerveux et les lésions de la colonne
- Reconnaître les éléments à considérer pour l'évaluation des limitations fonctionnelles permanentes

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

CNESST

4

PLAN DE LA PRÉSENTATION

- Détermination de l'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique (APIPP)
- Évaluation des limitations fonctionnelles permanentes
- Post-test

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

CNESST

5

EXPERTISE 204

12. Conclusions

4a. Existence d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique

- Avis concernant l'existence ou non et, s'il y a lieu le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique pour chacun des diagnostics retenus considérés consolidés pour lesquels votre opinion était sollicitée sur ce point
- Pour les diagnostics retenus non consolidés, préciser qu'il est trop tôt pour évaluer l'atteinte permanente en lien avec ceux-ci
- APIPP acceptable en fonction du barème
- APIPP en lien avec les lésions professionnelles évaluées

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé


CNESST

6

EXPERTISE 204

12. Conclusions

4b. Évaluation de l'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique (APIPP)



https://www.cnesst.gouv.qc.ca/les/les/default/files/1_critications/reglement-annote-barème-dommages-corporels.pdf

Directeur de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

7

ATTEINTE PERMANENTE À L'INTÉGRITÉ PHYSIQUE OU PSYCHIQUE (APIPP)

- 1) **Déficit anatomo-physiologique (DAP, chapitre I à XVII du Barème) aux séquelles actuelles et antérieures**
- 2) **Préjudice esthétique (PE, chapitre XVIII) aux séquelles actuelles et antérieures**
- 3) **Bilatéralité (la bilatéralité sera calculée par la CNESST mais vous devez décrire les atteintes nécessaires à ce calcul, s'il y a lieu) DAP seulement**
- 4) **Pourcentage pour douleur et perte de jouissance de la vie (DPJV, chapitre XIX)**

Vous n'avez pas à évaluer le DPJV (Bonne nouvelle !)

Directeur de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

8

EXPERTISE 204

13. Conclusions

4b. Évaluation de l'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique (APIPP)

Pour déterminer l'indemnité pour préjudice corporel (IPC) :

- Montant forfaitaire unique
- Versée au travailleur ayant des atteintes permanentes
- Dépend de l'âge du travailleur

Directeur de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

9

RÈGLEMENT ANNOTÉ SUR LE BARÈME DES DOMMAGES CORPORELS

CODE PARTICULIER POUR CHAQUE SÉQUELLE

Code	Description	Montant
01 0000	1) Déficit 1	0%
01 0001	2) Déficit 2	10%
01 0002	3) Déficit 3	20%
01 0003	4) Déficit 4	30%
01 0004	5) Déficit 5	40%
01 0005	6) Déficit 6	50%
01 0006	7) Déficit 7	60%
01 0007	8) Déficit 8	70%
01 0008	9) Déficit 9	80%
01 0009	10) Déficit 10	90%
01 0010	11) Déficit 11	100%

Page 177

Directeur de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

10

COMMENT ÉTABLIR LE BILAN DES SÉQUELLES : TROIS PARTIES À CONSIDÉRER (OUTIL)

Dresser le bilan des séquelles et commenter, s'il y a lieu
 Pour chaque séquelle, inscris le code, la nature et le pourcentage que vous avez fixés. Pour ce faire, veuillez vous référer au Règlement annoté sur le barème des dommages corporels.
 Regrouper, sous le titre approprié, les séquelles qui appartiennent à l'un ou à l'autre des trois groupes suivants :

1. **Séquelles actuelles** (ensemble des séquelles aux sièges de la lésion professionnelle)
 code nature %
2. **Séquelles antérieures** (de toute origine aux sièges de la lésion professionnelle avant son aggravation)
 code nature %
3. **Autres déficits reliés à la bilatéralité** (autres déficits permanents, de toute origine, non identifiés en 1 et en 2) mais devant être considérés dans le calcul de la bilatéralité)
 code nature %

Page 329 ou 331

Directeur de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

11

DÉFICIT ANATOMO-PHYSIOLOGIQUE (DAP)

Directeur de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

12

DÉFICIT ANATOMO-PHYSIOLOGIQUE (DAP)

- Les % inscrits sous le titre DAP correspondent à un déficit précis
- Ils **ne peuvent être modifiés** ni à la hausse, ni à la baisse, en fonction de ce déficit
- Il s'agit donc d'un barème **non-discrétionnaire**

Directeur des inspections médicales et des services de santé CNESST

13

CHAPITRE III

SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

Page 133 CNESST

14

A. CERVEAU

A. CERVEAU
(Déficit des fonctions cérébrales)

4) SYNDROME CÉRÉBRAL ORGANISÉ : COGNITIF ET ÉMOTIF
Les déficits qui découlent d'une atteinte cérébrale peuvent se manifester par des troubles de l'orientation, de la compréhension, de la mémoire (épave et processus), du jugement, de l'auto-évaluation, de l'ordre que par l'incapacité de prendre des décisions, des troubles de l'attention (sécurité et déplacement) du site et des plans anatomiques, de l'insouciance à la sécurité, des troubles du comportement et autres.

21.0005	Classe 0 Il n'y a aucune des fonctions cérébrales atteintes, mais le trouble est capable de remplir la plupart des activités de la vie quotidienne.	0%
21.0114	Classe 1 L'ampleur du déficit est telle que le travailleur nécessite une surveillance constante ou des interventions de la part de son médecin, pour l'exécution de plusieurs activités de la vie quotidienne.	15%
21.0129	Classe 2 L'ampleur du déficit est telle que le travailleur nécessite une surveillance constante et le médecin a dû intervenir en son absence.	40%
21.0302	Classe 3 L'ampleur du déficit est telle que le travailleur ne peut prendre soin de sa propre personne.	100%

Directeur des inspections médicales et des services de santé Page 134 CNESST

15

B. NERFS CRÂNIENS

B. NERFS CRÂNIENS

	a) NERF OLFACTIF (I) Se référer au chapitre II sur le système maxillo-facial.	dap
	b) NERF OPTIQUE (II) Se référer au chapitre V sur l'appareil visuel.	dap
	c) NERF OCULOMOTEUR OU MOTEUR OCULAIRE COMMUN (III) NERF PATHÉTIQUE OU TROCHÉAIRE (IV) NERF MOTEUR OCULAIRE EXTERNE (VI) Se référer au chapitre V sur l'appareil visuel.	dap
	d) NERF TRIGÈME (V) Se référer au chapitre II sur le système maxillo-facial, et au chapitre V sur l'appareil visuel.	dap
	e) NERF FACIAL (VII) Se référer au chapitre II sur le système maxillo-facial.	dap

Directeur des inspections médicales et des services de santé Page 135 CNESST

16

B. NERFS CRÂNIENS

B. NERFS CRÂNIENS

	f) NERF AUDITIF OU VESTIBULO-OCULAIRE (VIII) Se référer au chapitre VI sur l'audition.	dap
	g) NERF GLOSSOPHARYNGIEN (IX) Se référer au chapitre II sur le système maxillo-facial.	dap
	h) NERF VAGUE OU PHARYNGOLARYNGIEN (X) Se référer au chapitre II sur le système maxillo-facial.	dap
	i) NERF SPINAL (XI) Pour les atteintes des nerfs crâniens : <ul style="list-style-type: none"> ■ Vestibulaire 0 ■ Auditif 0 ■ Nerf glosso-pharyngien des nerfs 0 ■ Nerf vague 0 ■ Nerf spinal 0 	0%
	j) NERF HYPOGLOSSAIRE (XII) Se référer au chapitre II sur le système maxillo-facial.	dap

Directeur des inspections médicales et des services de santé Page 137 CNESST

17

NERFS CRÂNIENS (OUTIL)

NERFS CRÂNIENS

Nerf crânien	Chapitre	Page
I Olfactif	II Nerf maxillo-facial	135
II Optique	V Appareil visuel	140
III Moteur oculaire commun	V Appareil visuel	140
IV Trochléaire	V Appareil visuel	140
V Trigème	II Nerf maxillo-facial	134
VI Moteur oculaire externe	V Appareil visuel	140
VII Facial	II Nerf maxillo-facial	134
VIII Auditif	VI Audition	144
IX Glosso-pharyngien	II Nerf maxillo-facial	134
X Vague	II Nerf maxillo-facial	134
XI Spinal	II Nerf maxillo-facial	134
XII Hypoglossaire	II Nerf maxillo-facial	134

Directeur des inspections médicales et des services de santé Page 138 CNESST

18

C. ATTEINTE CÉRÉBRO-SPINALE

CODE	% DAP
C. ATTEINTE CÉRÉBRO-SPINALE	
a) STATION DEBOUT ET DÉMARCHÉ	
Cette classification s'applique uniquement aux séquelles d'une atteinte cérébro-spinale.	
211167	5
Classe 1 Peut se lever debout et marcher, mais présente certaines difficultés à négocier les dénivellations, les escaliers, les terrains accidentés ou les longues distances	
211176	20
Classe 2 Peut se lever debout et marcher, mais ne peut négocier les dénivellations, les escaliers, les terrains accidentés ou les longues distances, sans requérir une aide mécanique ou autre	
211185	50
Classe 3 Peut se lever debout et garder cette position, mais ne peut marcher que quelques pas et avec aide	
211194	70
Classe 4 Ne peut se tenir debout sans aide mécanique ou autre	

Page 138

19

C. ATTEINTE CÉRÉBRO-SPINALE

CODE	% DAP
b) USAGE DES MEMBRES SUPÉRIEURS	
Cette classification s'applique uniquement aux séquelles d'une atteinte cérébro-spinale.	
Classe 1 Peut utiliser le membre atteint pour saisir et tenir sans difficulté, pour les soins personnels, mais présente une certaine inadresse	
311200	30
411218	25
Classe 2 Peut utiliser le membre atteint pour saisir et tenir sans difficulté, pour ses soins personnels, mais avec difficulté à manipuler	
311228	20
411236	40
Classe 3 Peut utiliser le membre atteint, mais avec difficulté même pour ses soins personnels	
311246	40
411254	80
Classe 4 Ne peut utiliser le membre atteint, même pour ses soins personnels	
311264	60
411272	100

Pages 138 et 139

20

C. ATTEINTE CÉRÉBRO-SPINALE

c) FONCTION VÉSICALE	
Se référer au chapitre VII sur l'appareil urinaire	dap
d) FONCTION ANO-RECTALE	
Se référer au chapitre XII sur le système digestif	dap
e) FONCTION SEXUELLE	
Se référer au chapitre VIII sur l'appareil génital femelle ou au chapitre IX sur l'appareil génital mâle	dap

Page 139

21

D. TRAUMATISME CRÂNIO-CÉRÉBRAL

a) COMMOTION	
Il s'agit d'une altération transitoire de l'état de vigilance secondaire à un traumatisme crânien, avec ou sans perte de conscience, mais quantifiable, sans déficit permanent.	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Mineure l'amnésie ou perte de conscience est de 60 minutes et moins 	
211283	1
<ul style="list-style-type: none"> ■ Modérée l'amnésie ou perte de conscience est de plus de 60 minutes et de moins de 24 heures 	
211292	2
<ul style="list-style-type: none"> ■ Grave l'amnésie ou perte de conscience est de 24 heures et plus 	
211309	5

Page 140

22

D. TRAUMATISME CRÂNIO-CÉRÉBRAL

b) CONTUSION OU LACÉRATION CÉRÉBRALE DÉMONTRÉE DE VISU OU PAR TEST SPÉCIFIQUE (incluant les manifestations commotionnelles)	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Mineure sans séquelle fonctionnelle 	
211318	4
<ul style="list-style-type: none"> ■ Majeure sans séquelle fonctionnelle 	
211327	10
En présence de séquelles fonctionnelles, se référer aux chapitres concernés et ajouter le pourcentage prévu pour ces séquelles.	
	dap

Page 140

23

D. TRAUMATISME CRÂNIO-CÉRÉBRAL

c) FRACTURE DU CRÂNE	
Simple (linéaire)	
211336	1
Complexe	
<ul style="list-style-type: none"> ■ enfoncée (plus que l'épaisseur de l'os), nécessitant ou non une évacuation par trépanation 	
211345	3
211354	3
<ul style="list-style-type: none"> ■ enfoncée (plus que l'épaisseur de l'os), nécessitant l'évacuation par craniotomie ou craniotomie, avec ou sans plaçage de l'os ou de la dure-mère ou cranioplastie 	
211363	7
de plus, s'ajoute le pourcentage prévu pour la commotion ou contusion ou la lacération, ou pour toute autre séquelle neurologique	
	dap
d) HÉMATOME OU HYDROME INTRACRÂNIEN	
Extracérébral (épi-dural ou sous-dural), nécessitant évacuation par craniotomie ou trépanation(s)	
211372	3
Extracérébral (épi-dural ou sous-dural), nécessitant évacuation par craniotomie	
211381	7
Intracérébral (dépassant ou non)	
211390	7
de plus, s'ajoute le pourcentage prévu pour la commotion ou contusion ou la lacération, ou pour toute autre séquelle neurologique	
	dap

Page 141

24

D. TRAUMATISME CRÂNIO-CÉRÉBRAL


a) COMMOTION

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

211283	■ Mineure l'amnésie ou perte de conscience est de 60 minutes et moins	1
211292	■ Modérée l'amnésie ou perte de conscience est de plus de 60 minutes et de moins de 24 heures	2
211309	■ Grave l'amnésie ou perte de conscience est de 24 heures et plus	5

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

Page 140



Direction de l'expertise médicale et des services de santé

31

D. TRAUMATISME CRÂNIO-CÉRÉBRAL


b) CONTUSION OU LACÉRATION CÉRÉBRALE DÉMONTREE DE VISU OU PAR TEST SPÉCIFIQUE
(incluant les manifestations commotionnelles)

211318	■ Mineure sans séquelle fonctionnelle	4
211327	■ Majeure sans séquelle fonctionnelle	10

En présence de séquelles fonctionnelles, se référer aux chapitres concernés et ajouter le pourcentage prévu pour ces séquelles.

dap

Page 140



Direction de l'expertise médicale et des services de santé

32

MME TCC

Séquelles actuelles :


211005	syndrome cérébral organique classe 1	15%
211283	commotion mineure	1%
211327	contusion cérébrale majeure	10%

Séquelles antérieures :
Aucune

Autres déficits reliés à la bilatéralité :
Aucun

Bilan des séquelles conforme ?

Page 140



Direction de l'expertise médicale et des services de santé

33

MME TCC

Séquelles actuelles :


211005	syndrome cérébral organique classe 1	15%
211283	commotion mineure	1%
211327	contusion cérébrale majeure	10%

Séquelles antérieures :
Aucune

Autres déficits reliés à la bilatéralité :
Aucun

Bilan des séquelles conforme

Page 140




Direction de l'expertise médicale et des services de santé

34

CHAPITRE I

SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE

Page 5




Direction de l'expertise médicale et des services de santé

35

M. L V

- Ce travailleur de 36 ans a subi une **entorse lombaire** en soulevant une caisse de 25 kilos le 31 août 2022.
- **Aucun antécédent à la région lombaire.**
- Lésion consolidée le 15 décembre 2022.
- Il présente une douleur lombaire en barre résiduelle sans irradiation qui est augmentée par les mouvements du tronc et en position assise ou debout prolongée.

Page 5



Direction de l'expertise médicale et des services de santé

36

M. L V

- La flexion antérieure du tronc se fait à 70° avec douleur lombaire en fin de mouvement et au moment de se redresser. L'extension du tronc est limitée à 20° avec douleurs. Les flexions latérales et les rotations vers la droite et la gauche sont normales à 30° avec de légères douleurs.
- L'élévation de la jambe tendue (SLR) cause uniquement des douleurs lombaires à 80° à gauche et à droite. Le Tripode est négatif tout comme le Lasègue inversé (Ely) des deux côtés.
- Le reste de l'examen est sans particularité.

Quel bilan des séquelles retenir-vous ?

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

37

ENTORSE DORSO-LOMBAIRE

b) COLONNE DORSO-LOMBAIRE

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

203997	■ sans séquelle fonctionnelle objectivée	0
204004	■ avec séquelles fonctionnelles objectivées, avec ou sans changement radiologique	2

Page 53

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

38

M. LALIGNE-VERTE

Séquelles actuelles :

204004 entorse lombaire avec séquelles fonctionnelles 2%

Séquelles antérieures :

aucune

Autres déficits reliés à la bilatéralité :

aucun

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

39

ENTORSE LOMBAIRE

Page 53 du barème des dommages corporels, l'entorse lombaire peut être :

- sans séquelle fonctionnelle objectivée (0 %)
- ou
- avec séquelles fonctionnelles objectivées (2 %)

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

40

HERNIE DISCALE DORSO-LOMBAIRE

3. Autres pathologies dorsales, lombaires ou sacrées

204148 I. Hernie discale non opérée prouvée cliniquement et par tests spécifiques 2

de plus, s'ajoutent les pourcentages prévus pour les ankyloses et les séquelles neurologiques. Se référer au tableau 12 des ankyloses de la colonne dorso-lombaire et au chap. IV dap

Page 56

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

41

ANKYLOSES PERMANENTES DE LA COLONNE DORSO-LOMBAIRE

TABEAU 12
ANKYLOSES PERMANENTES DE LA COLONNE DORSO-LOMBAIRE

207564	A. ANKYLOSE COMPLÈTE PERMANENTE	30	
B. ANKYLOSE INCOMPLÈTE			
■ Flexion antérieure (normale 0 à 90°)			
	Degrés perdus	Degrés retenus	
207573	90	0	9
207582	60	30	7
207591	40	50	5
207608	20	70	3
207617	0	90 (normal)	0

Page 99 et suivantes

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

42

ATTEINTES RADICULAIRES SYSTÈME NERVEUX PÉRIPHÉRIQUE

TABLEAU 8	SYSTÈME NERVEUX PÉRIPHÉRIQUE									
	MÉTIER (Léonard)					SÉQUELLE (Léonard)				
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
207573	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207582	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207591	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207608	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207617	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Page 152

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

43

RÈGLES PARTICULIÈRES DU SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE

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

Page 5

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

44

MME L F

- Cette travailleuse est tombée en traversant une voie ferrée.
- Diagnostic reconnu : fracture parcellaire L2.
- Lésion consolidée.
- La flexion lombaire est mesurée à 60°. L'examen clinique est normal par ailleurs.

Pourriez-vous établir le bilan des séquelles actuelles ?

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

45

FRACTURE PARCELLAIRE DORSO-LOMBAIRE

204013

- Fracture parcellaire, consolidée sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique 0
- avec séquelles fonctionnelles se référer au tableau 12 des ankyloses de la colonne dorso-lombaire dap

Pages 53 et 54

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

46

ANKYLOSES PERMANENTES DE LA COLONNE DORSO-LOMBAIRE

TABLEAU 12
ANKYLOSES PERMANENTES DE LA COLONNE DORSO-LOMBAIRE

	A. ANKYLOSE COMPLÈTE PERMANENTE		
	Degrés perdus	Degrés retenus	
207564	90	0	9
207573	60	30	7
207582	40	50	5
207591	20	70	3
207608	0	90 (normal)	0

Page 99 et suivantes

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

47

MME L F

Séquelles actuelles :

Fracture parcellaire L2
207591 flexion antérieure lombaire à 60° 5 %

Séquelles antérieures :

Aucune

Autres déficits reliés à la bilatéralité :

Aucun

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

48

FRACTURES D'UN CORPS VERTÉBRAL LOMBAIRE

204022	■ Fracture par écrasement d'un corps vertébral, consolidée, sans séquelle fonctionnelle, ni instabilité	2
204031	■ moins de 25 % du corps vertébral	4
204040	■ 25 % et plus du corps vertébral	6
	III. Fracture(s) d'un ou plusieurs corps vertébral(aux), consolidée(s)	
	■ avec instabilité prouvée radiologiquement, mais sans séquelle neurologique, et non stabilisée par greffe après un an	6
	■ avec séquelles fonctionnelles, sans séquelle neurologique	dap
	se référer au tableau 12 des ankyloses de la colonne dorso-lombaire	dap
	■ avec séquelles neurologiques	dap
	évaluer en additionnant les pourcentages prévus pour la ou les fractures, les ankyloses (tableau 12) et les séquelles neurologiques, chap. IV	dap

Page 53

49

FRACTURES D'UN CORPS VERTÉBRAL SANS SÉQUELLE FONCTIONNELLE

Fracture seulement →

204022	■ Fracture par écrasement d'un corps vertébral, consolidée, sans séquelle fonctionnelle, ni instabilité	2
204031	■ moins de 25 % du corps vertébral	4
204040	■ 25 % et plus du corps vertébral	6
	III. Fracture(s) d'un ou plusieurs corps vertébral(aux), consolidée(s)	
	■ avec instabilité prouvée radiologiquement, mais sans séquelle neurologique, et non stabilisée par greffe après un an	6
	■ avec séquelles fonctionnelles, sans séquelle neurologique	dap
	se référer au tableau 12 des ankyloses de la colonne dorso-lombaire	dap
	■ avec séquelles neurologiques	dap
	évaluer en additionnant les pourcentages prévus pour la ou les fractures, les ankyloses (tableau 12) et les séquelles neurologiques, chap. IV	dap

Page 53

50

FRACTURES AVEC SÉQUELLES FONCTIONNELLES SANS SÉQUELLE NEUROLOGIQUE

204022	■ Fracture par écrasement d'un corps vertébral, consolidée, sans séquelle fonctionnelle, ni instabilité	2
204031	■ moins de 25 % du corps vertébral	4
204040	■ 25 % et plus du corps vertébral	6
	III. Fracture(s) d'un ou plusieurs corps vertébral(aux), consolidée(s)	
	■ avec instabilité prouvée radiologiquement, mais sans séquelle neurologique, et non stabilisée par greffe après un an	6
	■ avec séquelles fonctionnelles, sans séquelle neurologique	dap
	se référer au tableau 12 des ankyloses de la colonne dorso-lombaire	dap
	■ avec séquelles neurologiques	dap
	évaluer en additionnant les pourcentages prévus pour la ou les fractures, les ankyloses (tableau 12) et les séquelles neurologiques, chap. IV	dap

Ankyloses seulement →

Page 53

51

FRACTURES D'UN CORPS VERTÉBRAL AVEC SÉQUELLES NEUROLOGIQUES

204022	■ Fracture par écrasement d'un corps vertébral, consolidée, sans séquelle fonctionnelle, ni instabilité	2
204031	■ moins de 25 % du corps vertébral	4
204040	■ 25 % et plus du corps vertébral	6
	III. Fracture(s) d'un ou plusieurs corps vertébral(aux), consolidée(s)	
	■ avec instabilité prouvée radiologiquement, mais sans séquelle neurologique, et non stabilisée par greffe après un an	6
	■ avec séquelles fonctionnelles, sans séquelle neurologique	dap
	se référer au tableau 12 des ankyloses de la colonne dorso-lombaire	dap
	■ avec séquelles neurologiques	dap
	évaluer en additionnant les pourcentages prévus pour la ou les fractures, les ankyloses (tableau 12) et les séquelles neurologiques, chap. IV	dap

Fracture (écrasement) + ankyloses + séquelles neuro →

Page 53

52

M. M B

Signaleur routier qui présente des fractures par écrasement de D12, L1 et L2 traitées de façon conservatrice. Pas de séquelles neurologiques.

Les fractures sont consolidées avec une perte de hauteur de 20% du corps vertébral de D12, de 37% de L1 et de 17 % de L2.

Cliniquement, on retrouve une perte d'extension de 15°, une perte de 10° de flexion latérale droite et une perte de 10° de flexion latérale gauche. Les autres mouvements sont complets.

Vous produisez le bilan des séquelles suivant :

Page 53

53

M. M B

Séquelles actuelles

204022 Fx D12 avec écrasement de moins de 25%	2%
204031 Fx L1 avec écrasement de 25% et plus	4%
204022 Fx L2 avec écrasement de moins de 25%	2%
207635 Extension 15°	2%
207680 Flexion latérale droite 20°	1%
207724 Flexion latérale gauche 20°	1%

Séquelles antérieures
Nil

Autres déficits reliés à la bilatéralité
Nil

Ce bilan est-il conforme ?

Page 53

54

FRACTURES D'UN CORPS VERTÉBRAL SANS SÉQUELLE FONCTIONNELLE			
Fracture seulement	204022	■ H. Fracture par écrasement d'un corps vertébral, consolidée, sans séquelle fonctionnelle, ni instabilité	2
	204031	■ moins de 25 % du corps vertébral	4
		■ 25 % et plus du corps vertébral	4
	204040	■ III. Fracture(s) d'un ou plusieurs corps vertébral(aux), consolidée(s)	
		■ avec instabilité prouvée radiologiquement, mais sans séquelle neurologique, et non stabilisée par greffe après un an	6
		■ avec séquelles fonctionnelles, sans séquelle neurologique	dap
		■ se référer au tableau 12 des ankyloses de la colonne dorso-lombaire	dap
		■ avec séquelles neurologiques	dap
		■ évaluer en additionnant les pourcentages prévus pour la ou les fractures, les ankyloses (tableau 12) et les séquelles neurologiques, chap. IV	dap

Page 53

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

55

FRACTURES AVEC SÉQUELLES FONCTIONNELLES SANS SÉQUELLE NEUROLOGIQUE			
Fracture seulement	204022	■ H. Fracture par écrasement d'un corps vertébral, consolidée, sans séquelle fonctionnelle, ni instabilité	2
	204031	■ moins de 25 % du corps vertébral	4
		■ 25 % et plus du corps vertébral	4
	204040	■ III. Fracture(s) d'un ou plusieurs corps vertébral(aux), consolidée(s)	
		■ avec instabilité prouvée radiologiquement, mais sans séquelle neurologique, et non stabilisée par greffe après un an	6
		■ avec séquelles fonctionnelles, sans séquelle neurologique	dap
		■ se référer au tableau 12 des ankyloses de la colonne dorso-lombaire	dap
		■ avec séquelles neurologiques	dap
		■ évaluer en additionnant les pourcentages prévus pour la ou les fractures, les ankyloses (tableau 12) et les séquelles neurologiques, chap. IV	dap

Page 53

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

56

M. M B	
Séquelles actuelles	
204022 - Fx D12 avec écrasement de moins de 25%	2%
204031 - Fx L1 avec écrasement de 25% et plus	4%
204022 - Fx L2 avec écrasement de moins de 25%	2%
207635 - Extension 15°	2%
207680 - Flexion latérale droite 20°	1%
207724 - Flexion latérale gauche 20°	1%
Séquelles antérieures	
Nil	
Autres déficits liés à la bilatéralité	
Nil	

Page 53

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

57

BILATÉRALITÉ	
Direction de l'expertise médicale et des services de santé	

Page 53

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

58

PRINCIPE DE LA BILATÉRALITÉ	
<ul style="list-style-type: none"> Le barème détermine un % additionnel lorsqu'un T a subi, en raison d'une lésion professionnelle, des DAP à des organes symétriques ou un DAP à un organe symétrique à celui qui est déjà atteint Les déficits permanents de toute origine, personnelle ou professionnelle, sont considérés dans le calcul de la bilatéralité en autant que ces déficits soient antérieurs à la lésion professionnelle (pré-lésionnels) ou survenant lors d'un même accident de travail ou maladie professionnelle (contemporains à l'événement, que ce soit l'É.O ou une RRA), mais ne doivent pas être post-lésionnels 	

Page 53

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

59

PRINCIPE DE LA BILATÉRALITÉ	
<ul style="list-style-type: none"> Atteintes permanentes aux 2 membres supérieurs ou aux 2 membres inférieurs : <ul style="list-style-type: none"> ➢ droit à un déficit anatomo-physiologique (DAP) supplémentaire pour bilatéralité L'atteinte au deuxième membre peut être de toute nature, personnelle ou professionnelle, mais doit avoir été présente avant la date de l'événement. Pour calculer la bilatéralité, on doit évaluer les DAP pour chaque membre au complet (pas seulement une articulation et pas seulement la lésion). 	

Page 53

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

60

PRINCIPE DE LA BILATÉRALITÉ

- Le pourcentage supplémentaire accordé par la CNESST correspond à la somme des DAP du **membre le moins atteint**
- Ce principe **ne s'applique pas** aux pourcentages prévus pour le PE et le DPJV

Direction des inspections médicales
et des services de santé

61

61

PRINCIPE DE LA BILATÉRALITÉ

- Nécessite l'**examen des organes symétriques (toujours)**
- La bilatéralité s'établit :
 - de **membre à membre**, soit membre supérieur droit avec membre supérieur gauche et membre inférieur droit avec membre inférieur gauche
 - ou **pour le thorax**, hémi-thorax gauche avec hémi-thorax droit
- Le membre supérieur inclut l'omoplate et la clavicule
- Le membre inférieur inclut la hanche et l'hémi-bassin
- La cage thoracique se divise en droite et gauche à partir de la ligne médiane de la cage

Direction des inspections médicales
et des services de santé

62

62

PRINCIPE DE LA BILATÉRALITÉ

Que faire si l'on soupçonne une bilatéralité :

- Examiner le **membre controlatéral au complet**, en faisant une description objective des atteintes
- Indiquer dans le bilan des séquelles, à la section « **autres déficits reliés à la bilatéralité** », les DAP, évalués aux deux membres, qui ne sont pas inclus dans les « séquelles actuelles » de la lésion professionnelle et les « séquelles antérieures »
- La bilatéralité pourra alors être calculée par la CNESST

Direction des inspections médicales
et des services de santé

63

63

COMMENT ÉTABLIR LE BILAN DES SÉQUELLES : TROIS PARTIES À CONSIDÉRER (OUTIL)

Dresser le bilan des séquelles et commenter, s'il y a lieu
Pour chaque séquelle, inscrire le code, la nature et le pourcentage que vous avez fixés. Pour ce faire, veuillez vous référer au Règlement annoté sur le barème des dommages corporels.
Regrouper, sous le titre approprié, les séquelles qui appartiennent à l'un ou à l'autre des trois groupes suivants :

- Séquelles actuelles** (ensemble des séquelles aux sièges de la lésion professionnelle)
code nature %
- Séquelles antérieures** (de toute origine aux sièges de la lésion professionnelle avant son aggravation)
code nature %
- Autres déficits reliés à la bilatéralité** (autres déficits permanents de toute origine, non identifiés en 1 et en 2 mais devant être considérés dans le calcul de la bilatéralité)
code nature %

Pages 329 ou 331

Direction des inspections médicales
et des services de santé

64

64

UTILITÉ DES CODES (OUTIL)

PRÉFIXE : APPLICATION DU PRINCIPE DE BILATÉRALITÉ

• PRÉFIXE :

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

- Préfixe 1 : **bilatéralité peut s'appliquer** (ex. : SNP)
- Préfixe 2 : **bilatéralité ne s'applique pas** (ex. : colonne, TCC)
- Préfixe 3 : **un seul des deux organes symétriques est atteint** (ex. : nerfs crâniens)
- Préfixe 4 : **les deux organes symétriques sont atteints et la bilatéralité est déjà appliquée** (ex. : nerfs crâniens)

Direction des inspections médicales
et des services de santé

65

65

M. P C

- Un diagnostic de radiculopathie L4 droite a été reconnu en 2023 par la CNESST chez ce travailleur.
 - Vous l'examinez dans le cadre d'une expertise visant à évaluer l'atteinte permanente. Vous objectez une hypoesthésie dans le dermatome L4 droit.
 - Le patient vous apprend avoir déjà présenté une radiculopathie L5 gauche sur une base personnelle en 2021. Vous mettez aussi en évidence une hypoesthésie dans le territoire du dermatome L5 gauche.
- Est-ce que la bilatéralité s'applique ?
- Pouvez-vous établir le bilan des séquelles à retenir ?

Direction des inspections médicales
et des services de santé

66

66

ATTEINTES RADICULAIRES SYSTÈME NERVEUX PÉRIPHÉRIQUE

TABLEAU N	SYSTÈME NERVEUX PÉRIPHÉRIQUE					
	MOTRICITÉ (Lésion)			SÉQUELLES (Lésion)		
	1	2	3	4	5	6
	%	%	%	%	%	%
ATTEINTES RADICULAIRES						
L2300	112416	112417	112418	112419	112420	112421
L2301	112422	112423	112424	112425	112426	112427
L2302	112428	112429	112430	112431	112432	112433
L2303	112434	112435	112436	112437	112438	112439
L2304	112440	112441	112442	112443	112444	112445
L2305	112446	112447	112448	112449	112450	112451
L2306	112452	112453	112454	112455	112456	112457
L2307	112458	112459	112460	112461	112462	112463
L2308	112464	112465	112466	112467	112468	112469
L2309	112470	112471	112472	112473	112474	112475
L2310	112476	112477	112478	112479	112480	112481
L2311	112482	112483	112484	112485	112486	112487
L2312	112488	112489	112490	112491	112492	112493
L2313	112494	112495	112496	112497	112498	112499
L2314	112500	112501	112502	112503	112504	112505
L2315	112506	112507	112508	112509	112510	112511
L2316	112512	112513	112514	112515	112516	112517
L2317	112518	112519	112520	112521	112522	112523
L2318	112524	112525	112526	112527	112528	112529
L2319	112530	112531	112532	112533	112534	112535
L2320	112536	112537	112538	112539	112540	112541
L2321	112542	112543	112544	112545	112546	112547
L2322	112548	112549	112550	112551	112552	112553
L2323	112554	112555	112556	112557	112558	112559
L2324	112560	112561	112562	112563	112564	112565
L2325	112566	112567	112568	112569	112570	112571
L2326	112572	112573	112574	112575	112576	112577
L2327	112578	112579	112580	112581	112582	112583
L2328	112584	112585	112586	112587	112588	112589
L2329	112590	112591	112592	112593	112594	112595
L2330	112596	112597	112598	112599	112600	112601
L2331	112602	112603	112604	112605	112606	112607
L2332	112608	112609	112610	112611	112612	112613
L2333	112614	112615	112616	112617	112618	112619
L2334	112620	112621	112622	112623	112624	112625
L2335	112626	112627	112628	112629	112630	112631
L2336	112632	112633	112634	112635	112636	112637
L2337	112638	112639	112640	112641	112642	112643
L2338	112644	112645	112646	112647	112648	112649
L2339	112650	112651	112652	112653	112654	112655
L2340	112656	112657	112658	112659	112660	112661
L2341	112662	112663	112664	112665	112666	112667
L2342	112668	112669	112670	112671	112672	112673
L2343	112674	112675	112676	112677	112678	112679
L2344	112680	112681	112682	112683	112684	112685
L2345	112686	112687	112688	112689	112690	112691
L2346	112692	112693	112694	112695	112696	112697
L2347	112698	112699	112700	112701	112702	112703
L2348	112704	112705	112706	112707	112708	112709
L2349	112710	112711	112712	112713	112714	112715
L2350	112716	112717	112718	112719	112720	112721
L2351	112722	112723	112724	112725	112726	112727
L2352	112728	112729	112730	112731	112732	112733
L2353	112734	112735	112736	112737	112738	112739
L2354	112740	112741	112742	112743	112744	112745
L2355	112746	112747	112748	112749	112750	112751
L2356	112752	112753	112754	112755	112756	112757
L2357	112758	112759	112760	112761	112762	112763
L2358	112764	112765	112766	112767	112768	112769
L2359	112770	112771	112772	112773	112774	112775
L2360	112776	112777	112778	112779	112780	112781
L2361	112782	112783	112784	112785	112786	112787
L2362	112788	112789	112790	112791	112792	112793
L2363	112794	112795	112796	112797	112798	112799
L2364	112800	112801	112802	112803	112804	112805
L2365	112806	112807	112808	112809	112810	112811
L2366	112812	112813	112814	112815	112816	112817
L2367	112818	112819	112820	112821	112822	112823
L2368	112824	112825	112826	112827	112828	112829
L2369	112830	112831	112832	112833	112834	112835
L2370	112836	112837	112838	112839	112840	112841
L2371	112842	112843	112844	112845	112846	112847
L2372	112848	112849	112850	112851	112852	112853
L2373	112854	112855	112856	112857	112858	112859
L2374	112860	112861	112862	112863	112864	112865
L2375	112866	112867	112868	112869	112870	112871
L2376	112872	112873	112874	112875	112876	112877
L2377	112878	112879	112880	112881	112882	112883
L2378	112884	112885	112886	112887	112888	112889
L2379	112890	112891	112892	112893	112894	112895
L2380	112896	112897	112898	112899	112900	112901
L2381	112902	112903	112904	112905	112906	112907
L2382	112908	112909	112910	112911	112912	112913
L2383	112914	112915	112916	112917	112918	112919
L2384	112920	112921	112922	112923	112924	112925
L2385	112926	112927	112928	112929	112930	112931
L2386	112932	112933	112934	112935	112936	112937
L2387	112938	112939	112940	112941	112942	112943
L2388	112944	112945	112946	112947	112948	112949
L2389	112950	112951	112952	112953	112954	112955
L2390	112956	112957	112958	112959	112960	112961
L2391	112962	112963	112964	112965	112966	112967
L2392	112968	112969	112970	112971	112972	112973
L2393	112974	112975	112976	112977	112978	112979
L2394	112980	112981	112982	112983	112984	112985
L2395	112986	112987	112988	112989	112990	112991
L2396	112992	112993	112994	112995	112996	112997
L2397	112998	112999	113000			

Page 152

Direction des hospitalisations médicales et des services de soins

CNESST

67

M. P C

Séquelles actuelles :
112416 hypoesthésie L4 droite 1 %

Séquelles antérieures :
Aucune

Autres déficits reliés à la bilatéralité :
112425 hypoesthésie L5 gauche 1 %

Direction des hospitalisations médicales et des services de soins

CNESST

68

COMMENT ÉTABLIR LE BILAN DES SÉQUELLES : TROIS PARTIES À CONSIDÉRER (OUTIL)

Dresser le bilan des séquelles et commenter, s'il y a lieu Pour chaque séquelle, inscrire le code, la nature et le pourcentage que vous avez fixés. Pour ce faire, veuillez vous référer au Règlement annoté sur le barème des dommages corporels". Regrouper, sous le titre approprié, les séquelles qui appartiennent à l'un ou à l'autre des trois groupes suivants :

- Séquelles actuelles** (ensemble des séquelles aux sièges de la lésion professionnelle). nature %
code
- Séquelles antérieures** de toute origine aux sièges de la lésion professionnelle avant son aggravation. nature %
code
- Autres déficits reliés à la bilatéralité** (autres déficits permanents de toute origine, non identifiés en 1 et en 2 mais devant être considérés dans le calcul de la bilatéralité). nature %
code

Page 331

Direction des hospitalisations médicales et des services de soins

CNESST

69

SYSTÈME NERVEUX PÉRIPHÉRIQUE : BILATÉRALITÉ

Doit-on appliquer la bilatéralité dans les cas suivants :

- 1) Nerf médian droit et nerf cubital gauche ?
- 2) Racine L5 droite et racine L4 gauche ?
- 3) Nerf médian droit et amputation pouce gauche ?
- 4) Nerf médian droit et racine L5 gauche ?

Direction des hospitalisations médicales et des services de soins

CNESST

70

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE (PE)

Direction des hospitalisations médicales et des services de soins

CNESST

71

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE (PE)

- Le PE doit être **apparent**, c'est-à-dire qu'il n'est pas nécessaire de porter attention particulière pour le remarquer
- La **déformation** et l'**atteinte cicatricielle** constituent les deux aspects quantifiables dans l'évaluation
- L'atteinte cicatricielle se mesure en **cm² de surface**
- Le **temps minimum** précédant l'évaluation d'une atteinte cicatricielle résultant d'une lésion professionnelle est de **six mois**
- Les calculs relatifs à la fixation des pourcentages des dommages corporels sont effectués en tenant compte des **deux premières décimales**

Direction des hospitalisations médicales et des services de soins

CNESST

72

ATTEINTE CICATRICIELLE : DÉFINITIONS

Cicatrice non vicieuse (belle)
Cicatrice presque linéaire, au même niveau que le tissu adjacent et presque de la même couleur, ne causant ni contracture, ni distorsion des structures avoisinantes

Cicatrice vicieuse
Cicatrice qui peut être mal alignée, irrégulière, déprimée, adhérente au plan profond, pigmentée, en plaque ou rétractile. Inclut la cicatrice chéloïdienne ou hypertrophique

Pages 272 et 273

73

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE (PE)

Les règles d'évaluation de la face sont différentes (p 275) de celles des autres parties du corps (p 278) :

Face : Même les cicatrices non vicieuses sont compensables. S'il y a à la fois modification de la forme et de la symétrie et atteinte cicatricielle, on additionne le % des deux jusqu'à concurrence du maximum prévu pour la classe déterminée

Autres parties du corps : les cicatrices vicieuses seulement compensables. On retient le % le plus élevé, soit de la déformation, soit l'atteinte cicatricielle en n'excédant pas le % maximum prévu pour la partie du corps qui correspond à une atteinte sévère

Pages 272 et 273

74

Étape 1

TABLEAU 34		PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE	
CCSP	Classe d'examen et de planification	Multiplication de la classe de la cicatrice	Annexe applicable
220000	Classe 1 Aucune	Non applicable	Non applicable
220010	Classe 2 Très légère	Non applicable (0,25 sur de 1, 5 sur 5)	0
220020	Classe 3 Légère	Apparences Adhérence ou déformations anormales (dépression ou saut) de 75 sur de 1 % Méduse sur 75 sur de 1 % Adhérence ou déformations anormales (dépression ou saut) de 50 sur de 2 % Adhérence plus ou moins déformations anormales de 75 sur de 1 %	Non applicable (0,25 sur de 1 %) Méduse sur 75 sur de 1 % Non applicable (0,25 sur de 1 %) Non applicable (0,25 sur de 1 %)
* sur une 1 ^{re} règle de 15, en plus de la règle 220020			
TABLEAU 35		PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE	
CCSP	Classe d'examen et de planification	Multiplication de la classe de la cicatrice	Annexe applicable
220030	Classe 4 Moyenne	Apparences ou déformations anormales de 75 sur de 10 % Adhérence ou déformations anormales de 50 sur de 5 % Adhérence plus ou moins déformations anormales de 75 sur de 10 %	Non applicable (0,25 sur de 1 %) Méduse sur 75 sur de 1 % Non applicable (0,25 sur de 1 %)
220040	Classe 5 Sévère	Adhérence plus ou moins déformations anormales	100
220050	Classe 6 Compensable	Adhérence plus ou moins déformations anormales	100

Pages 276 et 277

75

Étape 2

TABLEAU 34		PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE	
CCSP	Classe d'examen et de planification	Multiplication de la classe de la cicatrice	Annexe applicable
220000	Classe 1 Aucune	Non applicable	Non applicable
220010	Classe 2 Très légère	Non applicable (0,25 sur de 1, 5 sur 5)	0
220020	Classe 3 Légère	Apparences Adhérence ou déformations anormales (dépression ou saut) de 75 sur de 1 % Méduse sur 75 sur de 1 % Adhérence ou déformations anormales (dépression ou saut) de 50 sur de 2 % Adhérence plus ou moins déformations anormales de 75 sur de 1 %	Non applicable (0,25 sur de 1 %) Méduse sur 75 sur de 1 % Non applicable (0,25 sur de 1 %) Non applicable (0,25 sur de 1 %)
* sur une 1 ^{re} règle de 15, en plus de la règle 220020			
TABLEAU 35		PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE	
CCSP	Classe d'examen et de planification	Multiplication de la classe de la cicatrice	Annexe applicable
220030	Classe 4 Moyenne	Apparences ou déformations anormales de 75 sur de 10 % Adhérence ou déformations anormales de 50 sur de 5 % Adhérence plus ou moins déformations anormales de 75 sur de 10 %	Non applicable (0,25 sur de 1 %) Méduse sur 75 sur de 1 % Non applicable (0,25 sur de 1 %)
220040	Classe 5 Sévère	Adhérence plus ou moins déformations anormales	100
220050	Classe 6 Compensable	Adhérence plus ou moins déformations anormales	100

Pages 276 et 277

76

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE

Règles d'évaluation :
La face est divisée en éléments anatomiques (page 275) :

- Front
- Orbite (chaque orbite constitue un élément)
- Paupière (chaque paupière constitue un élément)
- Œil, partie visible du globe oculaire (chaque œil constitue un élément)
- Joue (chaque joue constitue un élément)
- Nez (inclut les narines et la base)
- Lèvre (chaque lèvre constitue un élément)
- Oreille (chaque oreille constitue un élément)
- Menton

Pages 275 et 276

77

Étape 3

TABLEAU 34		PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE	
CCSP	Classe d'examen et de planification	Multiplication de la classe de la cicatrice	Annexe applicable
220000	Classe 1 Aucune	Non applicable	Non applicable
220010	Classe 2 Très légère	Non applicable (0,25 sur de 1, 5 sur 5)	0
220020	Classe 3 Légère	Apparences Adhérence ou déformations anormales (dépression ou saut) de 75 sur de 1 % Méduse sur 75 sur de 1 % Adhérence ou déformations anormales (dépression ou saut) de 50 sur de 2 % Adhérence plus ou moins déformations anormales de 75 sur de 1 %	Non applicable (0,25 sur de 1 %) Méduse sur 75 sur de 1 % Non applicable (0,25 sur de 1 %) Non applicable (0,25 sur de 1 %)
* sur une 1 ^{re} règle de 15, en plus de la règle 220020			
TABLEAU 35		PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE	
CCSP	Classe d'examen et de planification	Multiplication de la classe de la cicatrice	Annexe applicable
220030	Classe 4 Moyenne	Apparences ou déformations anormales de 75 sur de 10 % Adhérence ou déformations anormales de 50 sur de 5 % Adhérence plus ou moins déformations anormales de 75 sur de 10 %	Non applicable (0,25 sur de 1 %) Méduse sur 75 sur de 1 % Non applicable (0,25 sur de 1 %)
220040	Classe 5 Sévère	Adhérence plus ou moins déformations anormales	100
220050	Classe 6 Compensable	Adhérence plus ou moins déformations anormales	100

Pages 275 et 276

78

Étape 4

TABLEAU 04		PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE		
Code	Classe d'atteinte à la physionomie	Multiplicité de la forme et du caractère	Atteinte caractéristique	% PE max
024000	Classe 1 Aucune	Non atteinte	Non atteinte	0
024010	Classe 2 Très légère	Non atteinte	Non atteinte	0
024020	Classe 3 Légère	Atteinte en défaut anatomique (multiplicité - déformation de contour de PE au 1/3)	Non atteinte	0
024030	Classe 4 Moyenne	Atteinte en défaut anatomique (multiplicité - déformation de contour de PE au 2/3) et/ou atteinte en défaut cicatriciel (au total et par défaut) de PE au 4/5	Non atteinte	0
024040	Classe 5 Lourde	Atteinte en défaut anatomique (multiplicité - déformation de contour de PE au 2/3) et/ou atteinte en défaut cicatriciel (au total et par défaut) de PE au 5/5	Non atteinte	0
024050	Classe 6 Très lourde	Atteinte en défaut anatomique (multiplicité - déformation de contour de PE au 2/3) et/ou atteinte en défaut cicatriciel (au total et par défaut) de PE au 5/5	Non atteinte	0

et

TABLEAU 04		PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE		
Code	Classe d'atteinte à la physionomie	Multiplicité de la forme et du caractère	Atteinte caractéristique	% PE max
024040	Classe 4 Moyenne	Atteinte en défaut anatomique (multiplicité - déformation de contour de PE au 2/3) et/ou atteinte en défaut cicatriciel (au total et par défaut) de PE au 4/5	Non atteinte	0
024050	Classe 5 Lourde	Atteinte en défaut anatomique (multiplicité - déformation de contour de PE au 2/3) et/ou atteinte en défaut cicatriciel (au total et par défaut) de PE au 5/5	Non atteinte	0
024060	Classe 6 Très lourde	Atteinte en défaut anatomique (multiplicité - déformation de contour de PE au 2/3) et/ou atteinte en défaut cicatriciel (au total et par défaut) de PE au 5/5	Non atteinte	0

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

79

Étape 5

TABLEAU 04		PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE		
Code	Classe d'atteinte à la physionomie	Multiplicité de la forme et du caractère	Atteinte caractéristique	% PE max
024000	Classe 1 Aucune	Non atteinte	Non atteinte	0
024010	Classe 2 Très légère	Non atteinte	Non atteinte	0
024020	Classe 3 Légère	Atteinte en défaut anatomique (multiplicité - déformation de contour de PE au 1/3)	Non atteinte	0
024030	Classe 4 Moyenne	Atteinte en défaut anatomique (multiplicité - déformation de contour de PE au 2/3) et/ou atteinte en défaut cicatriciel (au total et par défaut) de PE au 4/5	Non atteinte	0
024040	Classe 5 Lourde	Atteinte en défaut anatomique (multiplicité - déformation de contour de PE au 2/3) et/ou atteinte en défaut cicatriciel (au total et par défaut) de PE au 5/5	Non atteinte	0
024050	Classe 6 Très lourde	Atteinte en défaut anatomique (multiplicité - déformation de contour de PE au 2/3) et/ou atteinte en défaut cicatriciel (au total et par défaut) de PE au 5/5	Non atteinte	0

et

TABLEAU 04		PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE		
Code	Classe d'atteinte à la physionomie	Multiplicité de la forme et du caractère	Atteinte caractéristique	% PE max
024040	Classe 4 Moyenne	Atteinte en défaut anatomique (multiplicité - déformation de contour de PE au 2/3) et/ou atteinte en défaut cicatriciel (au total et par défaut) de PE au 4/5	Non atteinte	0
024050	Classe 5 Lourde	Atteinte en défaut anatomique (multiplicité - déformation de contour de PE au 2/3) et/ou atteinte en défaut cicatriciel (au total et par défaut) de PE au 5/5	Non atteinte	0
024060	Classe 6 Très lourde	Atteinte en défaut anatomique (multiplicité - déformation de contour de PE au 2/3) et/ou atteinte en défaut cicatriciel (au total et par défaut) de PE au 5/5	Non atteinte	0

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

80

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE

Procédure d'évaluation :

- 1) L'importance du PE affectant la face doit d'abord être appréciée globalement en fonction de la physionomie, afin de déterminer la classe d'atteinte
- 2) Déterminer le nombre d'éléments déformés
- 3) Évaluation de l'atteinte cicatricielle (même les cicatrices non vicieuses sont compensables au niveau de la face)
- 4) L'addition du pourcentage obtenu en 2 et 3 ne doit pas excéder le pourcentage maximum prévu pour la classe déterminée de 1 à 4
- 5) Pour les classes 5 et 6, la modification de la forme et de la symétrie et l'atteinte cicatricielle sont considérées comme un tout

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

81

M. M A

- Travailleur qui a chuté dans une rampe d'accès.
- Il a subi un léger enfoncement avec déformation de la paroi orbitaire droite et cicatrice apparente, non vicieuse de 3.4 cm².

Comment établissez-vous le bilan des séquelles ?

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

82

TABLEAU 04		PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE		
Code	Classe d'atteinte à la physionomie	Multiplicité de la forme et du caractère	Atteinte caractéristique	% PE max
024000	Classe 1 Aucune	Non atteinte	Non atteinte	0
024010	Classe 2 Très légère	Non atteinte	Non atteinte	0
024020	Classe 3 Légère	Atteinte en défaut anatomique (multiplicité - déformation de contour de PE au 1/3)	Non atteinte	0
024030	Classe 4 Moyenne	Atteinte en défaut anatomique (multiplicité - déformation de contour de PE au 2/3) et/ou atteinte en défaut cicatriciel (au total et par défaut) de PE au 4/5	Non atteinte	0
024040	Classe 5 Lourde	Atteinte en défaut anatomique (multiplicité - déformation de contour de PE au 2/3) et/ou atteinte en défaut cicatriciel (au total et par défaut) de PE au 5/5	Non atteinte	0
024050	Classe 6 Très lourde	Atteinte en défaut anatomique (multiplicité - déformation de contour de PE au 2/3) et/ou atteinte en défaut cicatriciel (au total et par défaut) de PE au 5/5	Non atteinte	0

et

TABLEAU 04		PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DE LA FACE		
Code	Classe d'atteinte à la physionomie	Multiplicité de la forme et du caractère	Atteinte caractéristique	% PE max
024040	Classe 4 Moyenne	Atteinte en défaut anatomique (multiplicité - déformation de contour de PE au 2/3) et/ou atteinte en défaut cicatriciel (au total et par défaut) de PE au 4/5	Non atteinte	0
024050	Classe 5 Lourde	Atteinte en défaut anatomique (multiplicité - déformation de contour de PE au 2/3) et/ou atteinte en défaut cicatriciel (au total et par défaut) de PE au 5/5	Non atteinte	0
024060	Classe 6 Très lourde	Atteinte en défaut anatomique (multiplicité - déformation de contour de PE au 2/3) et/ou atteinte en défaut cicatriciel (au total et par défaut) de PE au 5/5	Non atteinte	0

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

83

M. M A

Séquelles actuelles

PE
224028 Déformation de l'orbite droit 3 %
224028 Cicatrice de 3.4 cm² 3.4 %

Séquelles antérieures
Nil

Autres déficits liés à la bilatéralité
Nil

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

84

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS

TABEAU 25 (suite) PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS

Multiplicateur de la forme et de la couleur du membre affecté	% PE	CCSR	Atteintes courantes
Mains			
234300 Non atteintes ou légères	0	234300	Non atteintes ou non atteintes, à PE de 0 à 5 %
234370 Modérées	4	234300	Modérées à PE de 6 à 15 %
234380 Sévères	8		
Le pourcentage maximum de PE pour les deux mains est de 35 %.			
Doigts			
234377 Non atteintes ou légères	0	234377	Non atteintes ou non atteintes, à PE de 0 à 5 %
234394 Modérées	3	234394	Modérées à PE de 6 à 15 %
234313 Sévères	6		
Le pourcentage maximum de PE pour les deux mains (doigts et poignets) est de 12 %.			
Membres inférieurs			
234322 Non atteintes ou légères	0	234322	Non atteintes ou non atteintes, à PE de 0 à 5 %
234331 Modérées	5	234331	Modérées à PE de 6 à 15 %
234360 Sévères	10		
Le pourcentage maximum de PE pour les deux membres inférieurs est de 25 %.			

Page 281

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

85

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS

TABEAU 25 (suite) PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS

Multiplicateur de la forme et de la couleur du membre affecté	% PE	CCSR	Atteintes courantes
Mains			
234300 Non atteintes ou légères	0	234300	Non atteintes ou non atteintes, à PE de 0 à 5 %
234370 Modérées	4	234300	Modérées à PE de 6 à 15 %
234380 Sévères	8		
Le pourcentage maximum de PE pour les deux mains est de 35 %.			
Doigts			
234377 Non atteintes ou légères	0	234377	Non atteintes ou non atteintes, à PE de 0 à 5 %
234394 Modérées	3	234394	Modérées à PE de 6 à 15 %
234313 Sévères	6		
Le pourcentage maximum de PE pour les deux mains (doigts et poignets) est de 12 %.			
Membres inférieurs			
234322 Non atteintes ou légères	0	234322	Non atteintes ou non atteintes, à PE de 0 à 5 %
234331 Modérées	5	234331	Modérées à PE de 6 à 15 %
234360 Sévères	10		
Le pourcentage maximum de PE pour les deux membres inférieurs est de 25 %.			

Page 281

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

86

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS

TABEAU 25 (suite) PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS

Multiplicateur de la forme et de la couleur du membre affecté	% PE	CCSR	Atteintes courantes
Mains			
234300 Non atteintes ou légères	0	234300	Non atteintes ou non atteintes, à PE de 0 à 5 %
234370 Modérées	4	234300	Modérées à PE de 6 à 15 %
234380 Sévères	8		
Le pourcentage maximum de PE pour les deux mains est de 35 %.			
Doigts			
234377 Non atteintes ou légères	0	234377	Non atteintes ou non atteintes, à PE de 0 à 5 %
234394 Modérées	3	234394	Modérées à PE de 6 à 15 %
234313 Sévères	6		
Le pourcentage maximum de PE pour les deux mains (doigts et poignets) est de 12 %.			
Membres inférieurs			
234322 Non atteintes ou légères	0	234322	Non atteintes ou non atteintes, à PE de 0 à 5 %
234331 Modérées	5	234331	Modérées à PE de 6 à 15 %
234360 Sévères	10		
Le pourcentage maximum de PE pour les deux membres inférieurs est de 25 %.			

Page 281

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

87

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS

TABEAU 25 (suite) PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS

Attention :

Codes différents pour la modification de la forme et de la symétrie et pour les atteintes cicatricielles

Multiplicateur de la forme et de la couleur du membre affecté	% PE	OU	CCSR	Atteintes courantes
Mains				
234300 Non atteintes ou légères	0		234300	Non atteintes ou non atteintes, à PE de 0 à 5 %
234370 Modérées	4		234300	Modérées à PE de 6 à 15 %
234380 Sévères	8			
Le pourcentage maximum de PE pour les deux mains est de 35 %.				
Doigts				
234377 Non atteintes ou légères	0		234377	Non atteintes ou non atteintes, à PE de 0 à 5 %
234394 Modérées	3		234394	Modérées à PE de 6 à 15 %
234313 Sévères	6			
Le pourcentage maximum de PE pour les deux mains (doigts et poignets) est de 12 %.				
Membres inférieurs				
234322 Non atteintes ou légères	0		234322	Non atteintes ou non atteintes, à PE de 0 à 5 %
234331 Modérées	5		234331	Modérées à PE de 6 à 15 %
234360 Sévères	10			
Le pourcentage maximum de PE pour les deux membres inférieurs est de 25 %.				

Page 281

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

88

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS

Procédure d'évaluation :

- Déterminer le siège du PE
- Évaluer s'il y a déformation (légère, modérée, sévère)
- Mesurer les atteintes cicatricielles (seules les cicatrices vicieuses sont compensables)
- Retenir le pourcentage le plus élevé, soit de la déformation ou de l'atteinte cicatricielle

(le pourcentage retenu ne doit pas excéder le pourcentage maximum prévu pour cette partie du corps)

Page 281

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

89

M. D R

- Ce travailleur a chuté d'un wagon il y a 4 mois.
- Diagnostic reconnu : fracture du 3^e et 4^e métacarpes gauches.
- À l'examen lors du REM : **déformation modérée** de la main gauche avec présence d'une **cicatrice vicieuse de 18 cm²**.

Quel préjudice esthétique appliquerez-vous ?

Page 281

Direction de l'expertise médicale et des services de santé

CNESST

90

PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS

Attention :

Codes différents pour la modification de la forme et de la symétrie et pour les atteintes cicatricielles

TABLEAU 25 (suite) PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE DES AUTRES PARTIES DU CORPS		OU		Atteinte couronnée	
Code	Nature	% PE	Code	Nature	% PE
224368	Non apparue ou légère	0	224368	Non apparue ou non sévère, le PE est de 0 à 5 %	0
224376	Moyenne	10	224368	Non apparue ou non sévère, le PE est de 6 à 10 %	10
224386	Sévère	6			
Le pourcentage maximum de PE pour les deux nature est de 12 %					
Torse					
224377	Non apparue ou légère	0	224377	Non apparue ou non sévère, le PE est de 0 à 5 %	0
224384	Moyenne	3	224384	Non apparue ou non sévère, le PE est de 6 à 10 %	3
224313	Sévère	6			
Le pourcentage maximum de PE pour les deux natures (bilatéral et unilatéral) est de 12 %					
Membres inférieurs					
224372	Non apparue ou légère	0	224372	Non apparue ou non sévère, le PE est de 0 à 5 %	0
224333	Moyenne	5	224333	Non apparue ou non sévère, le PE est de 6 à 10 %	5
224360	Sévère	10			
Le pourcentage maximum de PE pour les deux membres inférieurs est de 20 %					

Page 281

Direction des hospitalisations et des services de santé

91

M. D R

Séquelles actuelles :

224368 cicatrice vicieuse de 18 cm² à la main gauche 16 %

Conforme ?

Direction des hospitalisations et des services de santé

92

M. D R

Séquelles actuelles :

224368 cicatrice vicieuse de 18 cm² à la main gauche 16 %

Non conforme car évaluation avant 6 mois

Direction des hospitalisations et des services de santé

93

M. D R

Si évaluation après 6 mois :

Séquelles actuelles :

224368 cicatrice vicieuse de 18 cm² à la main gauche 16 %

Car le maximum de PE est atteint pour cette région anatomique en conformité avec le barème

Direction des hospitalisations et des services de santé

94

SÉQUELLES ANTÉRIEURES

Direction des hospitalisations et des services de santé

95

COMMENT ÉTABLIR LE BILAN DES SÉQUELLES : TROIS PARTIES À CONSIDÉRER (OUTIL)

Dresser le bilan des séquelles et commenter, s'il y a lieu
 Pour chaque séquelle, inscrire le code, la nature et le pourcentage que vous avez fixés. Pour ce faire, veuillez vous référer au Règlement annoté sur le barème des dommages corporels.
 Regrouper, sous le titre approprié, les séquelles qui appartiennent à l'un ou à l'autre des trois groupes suivants :

- Séquelles actuelles** (ensemble des séquelles aux sièges de la lésion professionnelle)
 code nature %
- Séquelles antérieures** (de toute origine) aux sièges de la lésion professionnelle avant son aggravation
 code nature %
- Autres déficits reliés à la bilatéralité** (autres déficits permanents de toute origine, non identifiés en 1 et en 2) mais devant être considérés dans le calcul de la bilatéralité)
 code nature %

Pages 329 ou 331

Direction des hospitalisations et des services de santé

96

M. D F

- Cet agriculteur a présenté une **hernie discale L4-L5 gauche en 2018 à la suite d'un événement survenu au travail en 2018**. Une **discoïdectomie L4-L5** a été réalisée. À l'examen lors de la consolidation, la **flexion antérieure lombaire était à 70° et l'extension à 20°**. L'examen clinique était normal par ailleurs.
- Une réclamation a été acceptée pour une rechute, récidive ou aggravation en 2024 en lien avec une **hernie discale L4-L5 droite**. Une **nouvelle discoïdectomie L4-L5** a été réalisée.
- Vous l'examinez au début 2025 dans le cadre d'une demande d'expertise sur le point 4.
- Vous notez une **flexion antérieure lombaire à 50°** et une **extension à 30°**. Il y a une **faiblesse objective contre résistance forte dans le territoire L5 droit**. L'examen clinique est normal par ailleurs.

Quel bilan des séquelles retenir-vous ?

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 27

97

H. Discoïdectomie dorsale, lombaire ou lombo-sacrée

- sans séquelle fonctionnelle objective: par espace 3

Pour faciliter la fixation des pourcentages de DAF le tableau ci-dessous indique les pourcentages de DAF pour un ou plusieurs espaces à la suite d'une discoïdectomie dorsale, lombaire ou lombo-sacrée, ainsi que le code correspondant.

204157	un espace	3
204166	deux espaces	6
204175	trois espaces	9
204184	quatre espaces	12
204193	cinq espaces	15
204200	six espaces	18

- avec séquelles fonctionnelles: par espace 3

Pour faciliter la fixation des pourcentages de DAF le tableau ci-dessous indique les pourcentages de DAF pour un ou plusieurs espaces à la suite d'une discoïdectomie dorsale, lombaire ou lombo-sacrée, ainsi que le code correspondant.

204219	un espace	3
204228	deux espaces	6
204237	trois espaces	9
204246	quatre espaces	12
204255	cinq espaces	15
204264	six espaces	18

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 28

98

ANKYLOSES PERMANENTES DE LA COLONNE DORSO-LOMBAIRE

TABLEAU 12
ANKYLOSES PERMANENTES DE LA COLONNE DORSO-LOMBAIRE

207564 **A. ANKYLOSE COMPLÈTE PERMANENTE** 30

■ Extension (normale 0 à 30°)

Degrés perdus	Degrés retenus	207626	207635	207644	207653
30	0	30	20	10	0
20	10	20	10	20	10
10	20	10	0	30 (normal)	0
0	30	0	0	0	0

207573 Flexion antérieure (normale 0 à 90°)

Degrés perdus	Degrés retenus	207573	207582	207591	207600	207617
90	0	90	60	40	20	0
80	10	80	70	50	30	0
70	20	70	80	60	40	0
60	30	60	90	70	50	0
50	40	50	0	0	0	0
40	50	40	0	0	0	0
30	60	30	0	0	0	0
20	70	20	0	0	0	0
10	80	10	0	0	0	0
0	90 (normal)	0	0	0	0	0

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 29

99

SYSTÈME NERVEUX PÉRIPHÉRIQUE : CLASSES D'ATTEINTES

TABLEAU 13
CLASSES DE LATÉNTÉ MOTRICE ET SENSITIVE

■ FAIBLESSE DES FONCTIONS

A) ATTEINTE MOTRICE

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

B) ATTEINTE SENSITIVE

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

Classe	Description	% FAIBLESSE DES FONCTIONS
Classe I	aucune atteinte sensitive	0
Classe II	hyposensibilité touchant dyesthésie et douleur	25
Classe III	anesthésie (touchant la douleur)	100

Direction de l'expertise médicale et des services de santé 30

100

ATTEINTES RADICAIRES

TABLEAU 14
SYSTÈME NERVEUX PÉRIPHÉRIQUE

SYSTÈME NERVEUX PÉRIPHÉRIQUE	MOTRICE (classe)						SENSITIVE (classe)					
	I	II	III	IV	V	VI	I	II	III	IV	V	VI
207660	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207661	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207662	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207663	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207664	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207665	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207666	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207667	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207668	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207669	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207670	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207671	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207672	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207673	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207674	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207675	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207676	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207677	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207678	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207679	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207680	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207681	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207682	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207683	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207684	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207685	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207686	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207687	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207688	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207689	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207690	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207691	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207692	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207693	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207694	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207695	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207696	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207697	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207698	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207699	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207700	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207701	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207702	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207703	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207704	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207705	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207706	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207707	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207708	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207709	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207710	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207711	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207712	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207713	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207714	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207715	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207716	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207717	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207718	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207719	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207720	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207721	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207722	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207723	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207724	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207725	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207726	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207727	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207728	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207729	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207730	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207731	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207732	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207733	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207734	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207735	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207736	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207737	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207738	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207739	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207740	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207741	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207742	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207743	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207744	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207745	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207746	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
207747	0	0	0									

SÉQUELLES ANTÉRIEURES (OUTIL)

- Ne pas oublier que les séquelles antérieures sont celles **de toute origine** aux **sièges de la lésion professionnelle avant son aggravation** (barème page 329 ou 331)
- De plus, ces séquelles antérieures **doivent être reconduites aux séquelles actuelles** (stabilité des décisions de la CNESST)
 - à moins d'être remplacées par une séquelle plus importante
 - ou
 - à moins d'être moindre et incluse par rapport à une autre séquelle

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

103

103

DOULEUR ET PERTE DE JOUISSANCE DE LA VIE (DPJV)

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

104

104

Douleurs et perte de jouissance de la vie (DPJV)

- Le barème des DPJV se présente sous forme d'une table d'équivalence mathématique
- Le pourcentage de DPJV débute à 0,01 % de la somme des DAP **ou** des PE avec un maximum de 50 % de la somme lorsque celle-ci excède 70 %
- Le DPJV s'applique au DAP et au PE de façon distincte
- Le DPJV est calculé informatiquement par la Commission.

Vous n'avez donc pas à l'évaluer

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

105

105

TABLE DE DPJV

Somme des pourcentages de DAP ou de PE		DPJV %
225009	0,01 à 0,99	0,01
225018	1 à 1,99	0,1
225027	2 à 2,99	0,2
225036	3 à 3,99	0,3
225045	4 à 4,99	0,4
225054	5 à 5,99	0,75
225063	6 à 6,99	0,9
225072	7 à 7,99	1,05
225081	8 à 8,99	1,2
225090	9 à 9,99	1,35
225107	10	1,5
Somme des pourcentages de DAP ou de PE		DPJV %
225088	67,01 à 69	30,6
225097	69,01 à 69	31,05
225106	69,01 à 70	31,5
225113	70,01 et plus	50 % du pourcentage du DAP ou du PE

arithmétique
entre 0,01 et 10

exponentielle
entre 10 et 70

arithmétique
> 70

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

106

106

EXPERTISE 204

13. Conclusions

5. Limitations fonctionnelles

- Une limitation fonctionnelle (LF) correspond à toute réduction ou à toute restriction de la capacité physique ou psychique d'accomplir certaines activités ou d'en subir les effets.
- Une LF se traduit donc par l'incapacité d'exécuter certains mouvements, mais aussi de prendre ou de garder certaines positions ou encore de subir certaines contraintes dans des conditions ou situations déterminées.
- Doivent être précises, réalistes, objectivées, quantifiées et permanentes
- Les LF doivent être **décrites en fonction de la lésion** en tenant compte des activités de vie domestique et quotidienne et **non pas uniquement en fonction des tâches de travail.**

Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

107

107

EXPERTISE 204

12. Conclusions

5a. Existence de limitations fonctionnelles

- Avis concernant l'existence ou non de limitations fonctionnelles permanentes (LF)** et, s'il y a lieu, l'évaluation de celles-ci pour chacun des diagnostics considérés consolidés faisant l'objet du mandat
- Pour les diagnostics retenus non consolidés, préciser qu'il est trop tôt pour évaluer les limitations fonctionnelles permanentes**


Direction de l'expertise médicale
et des services de santé

108

108

POUR NOUS JOINDRE

- Vous adresser au **centre de convocation** à convocation@cnesst.gouv.qc.ca pour les sujets suivants:
 - Transmission de vos disponibilités ou modification de celles-ci
 - Modification de vos coordonnées
 - Questions au sujet des copies de dossier, d'un document manquant
 - Absence d'un travailleur à son rendez-vous ou impossibilité de réaliser l'expertise à cause d'un retard
- Vous adresser au **soutien** à soutienprofessionnel@designe@cnesst.gouv.qc.ca pour les sujets suivants:
 - Questions sur la facturation
 - Questions sur code de complexité
 - Demande de communication avec un médecin-conseil de la CNESST
 - Toutes autres questions

Direction des expertises médicales et des services de santé 115 

115

TRANSMISSION DES RAPPORTS D'EXPERTISE

- Privilégier l'envoi de vos rapports en utilisant la **plateforme de transmission de documents** sur le site WEB de la CNESST (lien cliquable ci-dessous), simple, rapide et sécuritaire :

[Transmission électronique \(Santé et sécurité au travail\) - Envoi de documents - CNESST \(santé.qc.ca\)](#)



Direction des expertises médicales et des services de santé 

116

TRANSMISSION DES RAPPORTS D'EXPERTISE



Direction des expertises médicales et des services de santé 117 

117

TRANSMISSION DES RAPPORTS D'EXPERTISE

- Par **télécopieur** au 1-855-722-8081
- Par la **poste**:

Direction régionale de la CNESST
Réparation – SST
CNESST
CP2026 Succ Terminus
Québec (Qc) G1K 0H9


Direction des expertises médicales et des services de santé 118 

118


MÉDECINS-CONSEILS RESPONSABLES DE L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES EXPERTISES


██████████, **médecin-conseil, psychiatre**
1600, ave D'Estimauville
Québec (Québec) G1J 0H7
418-266-4670 poste ██████████

██████████, **médecin-conseil, orthopédiste**
1600, ave D'Estimauville
Québec (Québec) G1J 0H7
418-266-4670 poste ██████████

Direction des expertises médicales et des services de santé 119 

119



Direction des expertises médicales et des services de santé 120 

120

Situations particulières lors de l'utilisation du barème

CORRECTIONS DE L'ANNEXE AU BARÈME

Février 2011

- 1- Suite à la réimpression du barème 2010, l'annexe A est « Formulaires d'évaluation médicale et guide d'utilisation, l'annexe B est « Schémas ». Cette annexe, anciennement l'annexe A ne sera plus une annexe au barème mais sera introduite dans le Site médical dans la banque de connaissances à la Section Barème sous le nom de « **Situations particulières lors de l'utilisation du barème** ».
- 2- Nous avons apporté des corrections en barrant (~~biffer~~) ce qui est modifié et en ajoutant en **bleu** ce qui est nouveau.

Vous retrouverez des **corrections significatives** aux pages suivantes :

11.1	Luxation récidivante de l'épaule et séquelles antérieures
19.2	Les hernies, cas n° 5
20	Les séquelles antérieures et la bilatéralité
20.3	Les séquelles antérieures et la bilatéralité, cas n° 5
20.4	Les séquelles antérieures et la bilatéralité, cas n° 5
22	PE d'amputation
24	PE maximum pour les autres parties du corps

- 3- Les références aux pages du barème ont été retirées.

AJOUT

Février 2014

**ACROMIOLASTIE ET AUTRES INTERVENTIONS DANS LE TRAITEMENT CHIRURGICAL
DU SYNDROME D'ACCROCHAGE DE L'ÉPAULE 27**

TABLE DES MATIÈRES

UTILISATION DES MOUVEMENTS ACTIFS OU PASSIFS	1
ARTICULATION SAINÉ	2
ANKYLOSES	3
SÉQUELLES D'ATTEINTE DES TISSUS MOUS	4
ÉPICONDYLITE ET ÉPITROCHLÉITE OPÉRÉE OU NON OPÉRÉE ET % DAP POUR ATTEINTE DES TISSUS MOUS	5
LESYNDROME DU CANAL CARPIEN	6
AMPUTATION DES EXTRÉMITÉS DES DOIGTS	7
LA MAIN : LÉSIONS NON OSSEUSES AUX DOIGTS ET ANKYLOSES	8
LA MAIN : AMPUTATIONS	9
LA MAIN : SÉQUELLES D'ATTEINTE DES NERFS DIGITAUX	10
LUXATION RÉCIDIVANTE DE L' ÉPAULE ET SÉQUELLES ANTÉRIEURES	11
LE SYNDROME FÉMORO-PATELLAIRE, GENOU	12
LÉSIONS LIGAMENTAIRES DU GENOU	13
ENTORSE DE LA HANCHE AVEC SÉQUELLES	14
GENOU : SUTURE MÉNISCALE	15
ENTORSE CERVICALE ET DORSO-LOMBAIRE, COLONNE	16
CHÉMONUCLÉOLYSE ET LAMINECTOMIE :	
COLONNE CERVICALE ET DORSO-LOMBAIRE	17
LAMINECTOMIES, COLONNE	18
LES HERNIES (SYSTÈME DIGESTIF)	19
LES SÉQUELLES ANTÉRIEURES ET LA BILATÉRALITÉ	20
POURCENTAGE MAXIMUM DE DAP POUR UNE ARTICULATION	21
PE D'AMPUTATION	22
PE ET DERMATOSES	23
PE MAXIMUM POUR « AUTRES PARTIES DU CORPS »	24
PE DES DOIGTS ET ANKYLOSES	25
PEAU ET SENSIBILISATION	26
ACROMIOLASTIE ET AUTRES INTERVENTIONS DANS LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DU SYNDROME D'ACCROCHAGE DE L' ÉPAULE	27

UTILISATION DES MOUVEMENTS ACTIFS OU PASSIFS

Le médecin qui fait l'évaluation médicale des séquelles devrait examiner tant les mouvements actifs que passifs et tenir compte de l'étiologie de la perte de mouvements s'il y a lieu.

Lorsqu'il y a ANKYLOSE VÉRITABLE, en principe les mouvements actifs sont superposables aux mouvements PASSIFS. La mesure des mouvements passifs ou actifs assistés sans manœuvre intempestive devrait servir à déterminer le % de DAP.

Lorsqu'il y a un ÉCART NON EXPLIQUÉ par une ankylose véritable, les mouvements PASSIFS devraient être retenus pour déterminer le % de DAP¹.

Exceptionnellement, dans le cas d'une rupture importante de la COIFFE DES ROTATEURS avec atrophie ou d'un « MALLETT FINGER » (ou doigt en maillet), c'est la mesure du mouvement ACTIF qui devrait être utilisée.

Si la perte de mouvement résulte d'une PARALYSIE, (ex. perte d'abduction à l'épaule par paralysie du circonflexe), la perte de mouvement est compensée par le % de DAP prévu pour la paralysie.

¹ * La CLP semble aller dans ce sens

ARTICULATION SAINES

Règle particulière n° 1

En l'absence d'un tableau clinique significatif permettant de considérer une articulation comme non saine comparativement à la moyenne des individus du même âge, cette articulation devait être considérée comme saine.

EXEMPLES:

Cas n° 1

Un travailleur de 49 ans a subi une blessure au coude G. qui aurait laissé des séquelles. Le REM indique une extension à 0° et une flexion à 120° pour le coude G. Ces mesures sont identiques au coude D. Il n'y a aucune histoire positive pour le coude D.

Le coude D. devrait être considéré comme sain et le DAP est de 0 %.

Cas n° 2

Un travailleur de 31 ans a subi une blessure au genou D. qui aurait laissé des séquelles. Le REM indique une flexion à 130° pour le genou D. alors qu'elle est de 140° pour le genou G.

Le genou G. devrait être considéré comme sain et il y a une perte de 10° en flexion pour le genou D. qui est indemnifiable.

Cas n° 3

Un travailleur de 40 ans a subi une blessure (Fx de Colles) au poignet G. qui aurait laissé des séquelles. Les ATCD rapportent une Fx de Colles au poignet D. il y a 10 ans. Le REM indique qu'il persiste une ankylose partielle des deux poignets.

En l'absence d'articulation saine pour comparaison, on devrait référer aux données conventionnelles pour l'évaluation des pertes d'amplitudes pour chaque poignet.

Cas n° 4

Un travailleur de 60 ans a subi une blessure à l'épaule G. qui aurait laissé des séquelles. Le REM ne mentionne pas d'histoire particulièrement significative pour l'épaule D., bien qu'on note une diminution de certaines amplitudes. Dans ce cas, l'épaule D. peut avoir été ou non considérée saine par le médecin évaluateur.

Si l'avis du médecin évaluateur n'est pas satisfaisant, il faut clarifier la situation avec lui à la lumière de la ligne directrice, discuter s'il y a lieu avec les intervenants au dossier et faire le suivi approprié.

ANKYLOSES

Note explicative n° 1

Les pourcentages de DAP pour une atteinte permanente à la fonction (mouvements) d'une articulation sont fixés d'après le tableau des ankyloses propres à l'articulation atteinte.

Ce principe s'applique à toutes les articulations atteintes lorsque le barème indique de se référer aux tableaux des ankyloses (avec l'indicatif « dap »). Dans les autres cas, où le barème n'indique pas spécifiquement de se référer à ces tableaux, ce principe s'applique alors par analogie, sauf pour l'entorse cervicale, l'entorse dorso-lombaire et le syndrome fémoro-patellaire (voir les pages 12 et 16 du présent document pour plus de détails).

EXEMPLES:

Cas n° 1

Suite à une fracture du tibia et du péroné (réduction ouverte avec plaque et vis) il persiste un vice de rotation interne de 10 degrés et une diminution de flexion du genou de 15 degrés comparativement au côté opposé.

Dans ce cas, l'ankylose est indemnisable en plus du vice de rotation.

Cas n° 2

Fracture du péroné gauche qui s'est compliquée d'une algodystrophie sympathique réflexe (syndrome douloureux régional complexe ou SDRC) laissant comme séquelles une atrophie de la jambe de 2 cm, une faiblesse de la jambe, une légère ankylose de la cheville et de légers troubles trophiques résiduels.

Dans ce cas:

L'ankylose est indemnisable.

L'atrophie est indemnisable.

De plus, un % de DAP pour l'atteinte des tissus mous peut être fixé dépendant de la qualité des tissus et de l'importance de la faiblesse.

Enfin, un % de PE pourrait être considéré s'il persiste une atteinte apparente à la forme et à la symétrie.

Cas n° 3

Il s'agit d'une quatrième entorse cervicale qui a entraîné une limitation significative des mouvements d'extension et de rotation gauche.

Dans ce cas, les séquelles fonctionnelles sont incluses dans le DAP de 2 %, code 203513.

SÉQUELLES D'ATTEINTE DES TISSUS MOUS

Le pourcentage de DAP prévu pour une atteinte des tissus mous avec séquelles fonctionnelles peut être attribué lorsqu'il persiste des modifications objectives comme un gonflement, un spasme, une atrophie, une rétraction des tissus, une ankylose, une instabilité ou une faiblesse. De même, la reproduction d'une douleur bien localisée par des manœuvres spécifiques peut témoigner d'une atteinte des tissus mous avec séquelles fonctionnelles.

Par ailleurs, le pourcentage pour une atteinte permanente des tissus mous ne peut être accordé qu'**une seule fois pour chacun des membres**, peu importe le nombre de structures anatomiques atteintes, de lésions différentes ou d'événements différents.

EXEMPLES :

Cas n° 1

L'événement a causé des plaies contuses à l'avant-bras gauche avec perte de substance musculaire. À la consolidation, il persiste de la douleur, une perte de force à la main, vérifiée par dynamométrie et une atrophie de 1.5 cm à l'avant-bras. Les mouvements du coude, du poignet et de la main sont complets et normaux.

Bilan :	% DAP
102383 lésion musculaire avant-bras gauche avec séquelles fonctionnelles (tissus mous)	2

Cas n° 2

Tendinite post-traumatique (chute sur l'épaule). À la consolidation, le travailleur se plaint toujours de douleur et de faiblesse au niveau de l'épaule droite, ce qui l'a amené à changer de travail. Le médecin évaluateur note des mouvements normaux de l'épaule, une atrophie du sus et du sous-épineux et une faiblesse de l'abduction active surtout à partir de 90 degrés.

Bilan :	% DAP
102383 tendinite épaule droite avec séquelles fonctionnelles (tissus mous)	2

Cas n° 3

Une tendinite de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite est consolidée sans laisser d'ankylose, de faiblesse ou d'atrophie. Le médecin évaluateur note cependant que les manœuvres spécifiques pour l'accrochage sous-acromial (Neer, Hawkins et Jobe Yocum) reproduisent toutes une douleur typique.

Dans ce cas, le DAP de 2% pour une atteinte des tissus mous du membre supérieur avec séquelles fonctionnelles, code 102383, serait justifié.

Cas n° 4

Un travailleur s'est infligé une lacération au poignet gauche, sectionnant 5 tendons extenseurs qui furent réparés. Il persiste une ankylose du poignet.

Dans ce cas, le code 102383 pour l'atteinte des tissus mous du membre supérieur avec séquelles fonctionnelles (DAP 2%) est attribuable une seule fois, en plus des pourcentages pour les ankyloses du poignet.

Cas n° 5

Un travailleur a subi une contusion importante au coude gauche et une tendinite à l'épaule gauche lors d'une chute au travail. Les lésions sont consolidées avec persistance d'ankyloses au coude et à l'épaule.

Dans ce cas, le code 102383 pour l'atteinte des tissus mous du membre supérieur avec séquelles fonctionnelles (DAP 2%) est attribuable une seule fois, en plus des pourcentages pour les ankyloses du coude et de l'épaule.

Cas n° 6

Un travailleur conserve des ankyloses au poignet droit à la suite d'une lacération à ce niveau. On note qu'il a déjà reçu un DAP de 2% pour une atteinte des tissus mous du membre supérieur avec séquelles fonctionnelles (code 102383) pour une tendinite à l'épaule droite subie il y a quelques années.

Dans ce cas, le code 102383 et les ankyloses au poignet droit doivent apparaître au bilan des séquelles actuelles. Toutefois, il faudrait inscrire également le code 102383 au bilan des séquelles antérieures, puisqu'il ne peut être accordé qu'une seule fois pour l'ensemble d'un membre supérieur.

ÉPICONDYLITE ET ÉPITROCHLÉITE OPÉRÉE OU NON OPÉRÉE ET % DE DAP POUR ATTEINTE DES TISSUS MOUS

Pour les épicondylites et épitrochléites opérées, avec séquelles fonctionnelles, le barème nous indique de nous référer au tableau 3 des ankyloses du coude. Seules les ankyloses sont donc indemnifiables dans ce cas. On ne peut pas utiliser le code 102383 pour l'atteinte des tissus mous du membre supérieur avec séquelles fonctionnelles (DAP 2 %), puisque ce code ne s'applique que lorsque les séquelles ne sont pas déjà prévues au barème.

Par contre, dans le cas d'une épicondylite ou épitrochléite non opérée, le code 102383 pourrait être considéré si cette lésion laisse des séquelles fonctionnelles, y compris la reproduction d'une douleur spécifique par les mouvements contre résistance de flexion ou d'extension du poignet ou des doigts. Il s'agit en effet d'une lésion dont les séquelles ne sont pas prévues au barème. Les ankyloses seraient également indemnifiables, le cas échéant.

EXEMPLES:

Cas n° 1

Un travailleur présente une épicondylite externe non opérée et huit mois plus tard, la lésion est considérée consolidée avec séquelles. Le travailleur se plaint de douleur et de faiblesse.

Le REM mentionne que les mouvements sont normaux, aucune faiblesse démontrée cliniquement et aucune atrophie, très légère sensibilité à la palpation de l'épicondyle, aucun % de DAP n'est fixé. **Dans ce cas, il n'y a pas lieu d'intervenir auprès du médecin évaluateur et son rapport est accepté tel que présenté.**

Cas n° 2

Un travailleur présente une récurrence d'épicondylite 2 ans après son retour au même emploi. Après un an d'évolution, la lésion est considérée stable. Le travailleur se plaint toujours de douleur et de faiblesse. Le REM mentionne que les mouvements sont normaux, pas de faiblesse, douleur à la palpation de l'épicondyle et l'extension du poignet avec résistance provoque une douleur au niveau de l'épicondyle. Aucun % de DAP n'est fixé.

Dans ce cas, il y a lieu d'informer le médecin évaluateur que s'il considère que la lésion, en raison de la manœuvre positive, a laissé des séquelles fonctionnelles indemnifiables au niveau des tissus mous, il peut fixer un DAP de 2 % pour atteinte des tissus mous. Selon la réponse obtenue, discuter le dossier avec l'intervenant au besoin et faire le suivi approprié (En principe, on accepte la réponse du médecin évaluateur).

LE SYNDROME DU CANAL CARPIEN

La condition émise par le barème pour que le code 100526 DAP 1 % soit accordé, est que le diagnostic de syndrome du canal carpien, opéré ou non, ait été confirmé par un EMG positif. S'il y a eu chirurgie, l'EMG peut avoir été fait avant ou après la chirurgie. Ce DAP de 1 % peut être accordé même dans le cas où l'EMG se normaliserait en post-opératoire. Le syndrome du canal carpien ne peut donc pas être indemnisé, selon le barème, en l'absence d'un EMG positif.

Cas particulier : syndrome du canal carpien bilatéral CSST

Un canal carpien (côté D.) avec EMG positif a été opéré avec une excellente récupération. Après un certain temps les mêmes symptômes se sont présentés du côté opposé (côté G.) et on l'a opéré sans refaire un EMG considérant que la clinique était suffisante; d'ailleurs les résultats de la chirurgie ont aussi été excellents. **Dans ces rares cas, par analogie avec le côté opposé, on pourrait accepter un % de DAP pour le côté G.**

AMPUTATION DES EXTRÉMITÉS DES DOIGTS

Pour déterminer un % de DAP pour amputation d'une phalange, il faut, en principe, qu'il y ait une perte de tissu osseux.

La perte de substance au niveau de l'extrémité d'un doigt sans perte de substance osseuse peut, selon l'importance de l'atteinte, être indemnisable par analogie en référant à l'amputation de moins de 50 % de la phalange du doigt atteint.

LA MAIN : LÉSIONS NON OSSEUSES AUX DOIGTS ET ANKYLOSES

Lorsqu'une lésion aux doigts entraîne une ankylose, cette ankylose est évaluée d'après le tableau des ankyloses des doigts. L'atteinte des tissus mous est considérée au mérite.

EXEMPLES :

Cas n° 1

Plaie contuse au pouce droit avec section du tendon long fléchisseur qui a nécessité une greffe. Il persiste une faiblesse, de l'atrophie et une diminution de la flexion de l'IP à 50 % et de moins de 50 % à la MP.

Dans ce cas il y a :

Un % de DAP pour les ankyloses.

Un % de DAP pour atteinte des tissus mous peut être considéré selon l'importance de leur atteinte et de la faiblesse résiduelle.

Un % de PE peut être accordé, soit pour la cicatrice si elle est vicieuse, soit pour atteinte à la forme et à la symétrie selon l'importance de l'un par rapport à l'autre.

Cas n°2

Amputation de la phalange distale de l'annulaire droit avec une petite perte osseuse, ankylose de l'IPP, zone d'hypoesthésie et cicatrice vicieuse.

Dans ce cas, il y a :

Un % de DAP pour amputation.

Un % de DAP pour ankylose.

Un % de DAP pour hypoesthésie (voir les pages 10 et 10.1 du présent document) pourrait être accordé selon l'importance de la zone d'hypoesthésie.

Un % de PE pour amputation.

Un % de PE pour cicatrice vicieuse.

Cas n° 3

Perte de substance à la partie distale de l'index gauche avec déformation de l'ongle, cicatrice non vicieuse et petite zone d'hypoesthésie au niveau de la cicatrice.

Dans ce cas, il y a :

Un % de DAP pour l'hypoesthésie (voir les pages 10 et 10.1 du présent document) pourrait être acceptable.

Un % de PE pour déformation de la partie distale du doigt par analogie à une amputation, ~~considérée comme atteinte cicatricielle~~, serait acceptable.

LA MAIN : AMPUTATIONS

Règle relative à l'évaluation de la main n° 5

Lorsqu'à la suite d'un événement, il y a amputation d'un doigt à une main déjà amputée d'un ou de plus d'un doigt, on réfère au tableau correspondant au nombre de doigts amputés pour fixer le % de DAP.

EXEMPLES:

Cas n° 1

En 1997, le travailleur a subi une amputation à plus de 50 % des phalanges distales du majeur, de l'annulaire et de l'auriculaire droit (peu importe que ce soit CSST ou non). En 2008, ce même travailleur subit une amputation à plus de 50 % de la phalange moyenne de l'auriculaire droit (CSST).

Dans ce cas, pour évaluer les séquelles actuelles à l'auriculaire droit, on réfère au tableau D (annexe 1, chapitre 1 du barème) pour l'amputation de 3 doigts. Pour évaluer les séquelles antérieures à l'auriculaire droit, on réfère au même tableau.

Bilan	% DAP
-------	-------

Séquelles actuelles

101400	amputation >50% de la phalange moyenne de l'auriculaire droit	1,6
101393	amputation >50% de la phalange distale de l'auriculaire droit	1,6

Séquelles antérieures

101393	amputation >50% de la phalange distale de l'auriculaire droit	1,6
--------	---	-----

Cas n° 2

En 1980, le travailleur a subi une amputation à plus de 50 % des phalanges distales de l'annulaire et de l'auriculaire droits (peu importe que ce soit CSST ou non). En 2008, ce même travailleur subit une amputation à plus de 50 % de la phalange distal du majeur droit (CSST).

Dans ce cas, pour évaluer les séquelles actuelles au majeur droit, on réfère au tableau D (annexe 1, chapitre 1 du barème) pour l'amputation de 3 doigts. Il n'y a pas de séquelles antérieures au majeur droit.

LA MAIN : SÉQUELLES D'ATTEINTE DES NERFS DIGITAUX

Lorsqu'il y a atteinte des nerfs digitaux : HYPOESTHÉSIE, incluant la DYSESTHÉSIE, ou ANESTHÉSIE, les % de DAP sont déterminés par analogie en utilisant le tableau F (annexe 1, chapitre 1 du barème) pour les ankyloses des doigts, de la façon suivante. Pour chaque phalange (distale ou moyenne ou proximale) atteinte :

- Pour une hypoesthésie incluant la dysesthésie à une phalange d'un doigt, côté radial et/ou côté cubital, on réfère à l'ankylose incomplète en position de fonction de l'articulation en amont de cette phalange.
- Pour une anesthésie d'un nerf digital, à une phalange d'un doigt, on réfère à l'ankylose complète en position de fonction de l'articulation en amont de cette phalange.
- Pour une anesthésie des 2 nerfs digitaux, à une phalange d'un doigt, on réfère à l'ankylose complète en position vicieuse de l'articulation en amont de cette phalange.

Aucun facteur d'accroissement n'est ajouté si plus d'un doigt d'une même main sont atteints.

Le pourcentage fixé ne doit pas excéder celui d'une amputation du segment atteint.

EXEMPLE :

Cas n° 1

Le travailleur a eu la main gauche écrasée avec fracture ouverte des phalanges distales de l'index et du majeur. Les mouvements des doigts sont complets mais il persiste une hypoesthésie légère à l'index et modérée au majeur au niveau de la phalange distale.

Bilan		% DAP
101963	Hypoesthésie légère P3 index G (par analogie)	0.5
101990	Hypoesthésie modérée P3 majeur G (par analogie)	0.4

Cas n° 2

Le travailleur a eu la main droite écrasée avec lacérations importantes et rupture tendineuse à l'index et au majeur. Les mouvements des doigts sont complets mais il persiste une hypoesthésie à la phalange moyenne de l'index avec une anesthésie d'un nerf digital au niveau de la phalange distale. Au majeur, il persiste une hypoesthésie à la phalange distale.

Bilan :		% DAP
102114	Anesthésie d'un nerf digital P3 index D (par analogie)	1
101954	Hypoesthésie P2 index D (par analogie)	0.5
101990	Hypoesthésie P3 majeur D (par analogie)	0.4

À cela s'ajoutent, le cas échéant, les % de DAP pour ankyloses et les % de PE pour atteintes cicatricielles.

LUXATION RÉCIDIVANTE DE L'ÉPAULE ET SÉQUELLES ANTÉRIEURES

S'il persiste des séquelles suite à la lésion professionnelle, il est important de vérifier si l'instabilité existait avant l'événement (renseignements du médecin traitant, consultant, physiothérapeute, histoire de luxations antérieures), et d'analyser l'impact de celle-ci sur la lésion actuelle et ses conséquences.

Les éléments cliniques en faveur de l'existence d'une instabilité sont notamment :

- Appréhension si rotation;
- Bras mort si longtemps élevé, bras qui luxe durant le sommeil;
- Modification des activités suite à luxations antérieures.

Si les renseignements au dossier révèlent l'existence d'une instabilité antérieure à la lésion, il y a lieu d'intervenir auprès du médecin évaluateur pour clarifier la situation, discuter le cas s'il y a lieu avec les intervenants au dossier et faire le suivi approprié.

EXEMPLE :

Luxation de l'épaule G. qui a nécessité une réparation chirurgicale et laisse des séquelles d'ankylose seulement, l'épaule ayant été stabilisée par la chirurgie. Les antécédents révèlent une histoire personnelle de luxation récidivante de cette épaule (5 fois au cours des 6 dernières années).

Bilan : % DAP

Séquelles actuelles

104906 ↓ élévation antérieure 1

105004 ↓ rotation externe 1

Séquelles antérieures

100269 instabilité 3

Trois ans plus tard, il présente une détérioration de son épaule [au travail suite à un faux mouvement avec réapparition de l'avec](#) instabilité, aucune autre chirurgie n'est envisagée.

Bilan : % DAP

Séquelles actuelles

104906 ↓ élévation antérieure 1

105004 ↓ rotation externe 1

100269 instabilité 3

Séquelles antérieures

104906 ↓ élévation antérieure 1

105004 ↓ rotation externe 1

~~100269 instabilité 3~~

LE SYNDROME FÉMORO-PATELLAIRE

Lorsqu'un syndrome fémoro-patellaire s'accompagne d'une ankylose du genou, cette ankylose n'est pas indemnifiable en plus du syndrome fémoro-patellaire. Le code 103131 prévoit un DAP de 2 % sans indiquer de se référer au tableau des ankyloses du genou. Les ankyloses sont donc incluses dans le DAP accordé pour ce syndrome. Par contre, si d'autres lésions existent au niveau de ce genou, de façon concomitante, elles pourraient donner droit à l'indemnisation des ankyloses présentes.

EXEMPLE:

Cas n° 1

Le travailleur a présenté une chondromalacie rotulienne pour laquelle il a été opéré à 2 reprises (rasage et section de l'aileron rotulien), il persiste une diminution de la flexion de 10°.

Dans ce cas, seul le code 103131 pour syndrome fémoro-patellaire (DAP de 2%) est accordé.

Cas n° 2

Une travailleuse a subi une déchirure du ménisque interne du genou droit qui a nécessité une ménisectomie partielle par arthroscopie. Il persiste des douleurs à la mobilisation de la rotule, avec des crépitations lors de l'extension du genou, et une perte de 15° de flexion du genou.

Dans le cas d'une ménisectomie avec séquelles fonctionnelles, le barème nous indique de nous référer au tableau 8 des ankyloses du genou. Le syndrome fémoro-patellaire serait indemnifiable en plus de l'ankylose.

LÉSIONS LIGAMENTAIRES DU GENOU

Les lésions ligamentaires du genou sont prévues au barème. Il n'y a donc pas lieu d'ajouter un % de DAP pour atteinte des tissus mous pour la lésion ligamentaire. Lorsqu'un ligament est reconstruit en utilisant un tendon du patient (tiers du tendon rotulien ou autre structure saine), le code 103499 pour atteinte des tissus mous peut être accordé pour ce prélèvement.

Un travailleur opéré qui ne présente pas d'instabilité ligamentaire suite à la chirurgie mais qui porte une orthèse pour certaines activités sportives à risque ne répond pas aux conditions d'application du code 107066 (Instabilité simple ou complexe nécessitant le port d'une orthèse pour certaines activités de travail ou de loisir). L'utilisation d'une orthèse dans un but préventif ne justifie pas l'attribution d'un DAP.

EXEMPLES:

Cas n° 1

Suite à un traumatisme au genou droit, le travailleur présente une instabilité du ligament interne symptomatique et une perte de flexion de 10 degrés, aucune orthèse n'est nécessaire.

Dans ce cas, l'instabilité et l'ankylose seulement sont indemnifiables.

Cas n° 2

Suite à un traumatisme au genou droit, il y a eu réparation du ligament croisé antérieur. Le genou est stable mais il persiste une diminution de flexion de 15 degrés.

Dans ce cas, seulement l'ankylose est indemnifiable.

La chirurgie vise à réparer la lésion professionnelle et le barème à indemniser les séquelles permanentes qui persistent après consolidation de la lésion. Le barème indique que les séquelles d'atteinte des ligaments du genou sont indemnifiées via les problèmes fonctionnels qui demeurent tels que l'instabilité et l'ankylose.

ENTORSE DE LA HANCHE AVEC SÉQUELLES

Comme le barème ne prévoit pas de code spécifique pour les entorses des articulations des membres (sauf pour la cheville), une entorse avec séquelles fonctionnelles justifie l'attribution d'un DAP de 2 % pour une atteinte des tissus mous avec séquelles fonctionnelles.

Pour une luxation, on ne peut utiliser le code d'une atteinte des tissus mous avec séquelles fonctionnelles, lorsque le barème indique déjà quelles sont les séquelles indemnifiables.

EXEMPLE:

Cas n° 1

Lors d'une chute, le membre inférieur gauche est resté coincé. On a diagnostiqué une entorse de la hanche. À la consolidation, il persiste une ankylose résiduelle de la hanche en abduction et en rotation interne.

Dans ce cas, le code 103499 pour une atteinte des tissus mous avec séquelles fonctionnelles (DAP de 2 %) pourrait être accordé, en plus des DAP pour les ankyloses.

Cas n° 2

Un travailleur subit une entorse à la hanche gauche et une luxation à la hanche droite lors du même accident. La luxation est réduite. Lors de la consolidation, il persiste des ankyloses aux deux hanches.

Dans ce cas, le code 103499 pour une atteinte des tissus mous avec séquelles fonctionnelles (DAP de 2 %) pourrait être accordé, en plus des DAP pour les ankyloses, pour la hanche gauche.

Du côté droit, seules les ankyloses seraient indemnifiables.

GENOU : SUTURE MÉNISCALE

Les opérations en soi ne donnent droit à aucun % de DAP (ex. : ostéosynthèse du tibia) à moins qu'on enlève en partie ou en totalité un tissu (ex. : discoïdectomie, méniscectomie).

Donc, si à la suite d'une suture méniscale il ne persiste aucune séquelle fonctionnelle, on utilise le code 103471, DAP de 0 % pour atteinte des tissus mous sans séquelle fonctionnelle.

S'il persiste des séquelles fonctionnelles sous forme d'ankylose, celles-ci sont indemnisables

S'il persiste des séquelles sous forme d'instabilité, celles-ci sont indemnisables (tableau 9, annexe 1 du barème).

Si malgré la suture, il y a une persistance de la déchirure méniscale objectivée mais sans séquelle fonctionnelle identifiable, le DAP de 1 % pour atteinte des tissus mous est accordé selon le code 103480.

ENTORSE CERVICALE ET DORSO-LOMBAIRE

Pour l'entorse cervicale et dorso-lombaire avec séquelles fonctionnelles, les séquelles fonctionnelles sont comprises dans le DAP de 2 %, codes 203513 et 204004. On ne réfère donc pas au tableau des ankyloses.

La région dorso-lombaire doit être considérée comme une seule entité. En conséquence, on ne peut pas avoir un DAP pour une entorse dorsale et un autre pour une entorse lombaire. C'est une séquelle qui ne peut être indemnisée qu'une seule fois pour l'ensemble de cette région anatomique.

EXEMPLES:

Cas n° 1

(Dossier d'«entorse lombaire» qui évolue en hernie discale). Le dossier débute avec le Dx d'entorse lombaire, puis l'état du travailleur se détériore progressivement, le tableau clinique de hernie discale L₅ – S₁ droite se confirme avec une imagerie compatible. **Le Dx de hernie discale L₅ – S₁ est émis par le médecin traitant et accepté par la CSST.** Le médecin traitant opte, après consultation, pour un traitement médical plutôt que chirurgical, on fait de l'assignation temporaire et la lésion après 9 mois d'évolution est consolidée. Les signes cliniques de hernie discale ont complètement régressé. Il persiste des ankyloses évaluées au total à 5 % de DAP.

Dans ce cas, le bilan devrait se lire comme suit:

	% DAP
Hernie discale L ₅ – S ₁ droite non opérée	2
Ankyloses (au total)	5

Dans ce cas, le bilan est rédigé ainsi parce que le Dx de hernie discale a été émis, prouvé cliniquement et par test spécifique. Les bons résultats du traitement médical n'annulent pas le Dx qui a été émis avant le traitement et les séquelles permanentes sont celles consécutives à la hernie discale et non à une entorse lombaire.

Cas n° 2

(Dossier antérieur d'entorse lombaire et dossier actuel d'hernie discale)

En 1974, le travailleur a eu une entorse lombaire (non CSST) avec arrêt d'environ 1 semaine.

En 1980, il y a une deuxième entorse (CSST) avec arrêt d'environ 3 semaines.

En 1980 et 1987, il aurait eu 2 ou 3 fois des entorses lombaires (non CSST) mais de courte durée.

En 1996, il se fait une entorse lombaire (CSST) qui récupère relativement bien sur une période de 5 mois et demeure avec un DAP de 2 %.

En 1998, suite à une chute avec torsion du tronc, le médecin traitant dans les semaines qui suivent met en évidence une hernie discale L₄ – L₅ gauche qui est traitée par chirurgie. Le REM mentionne une flexion à 70°, une extension à 20°, une flexion latérale gauche à 20° et une rotation gauche à 20°.

Dans ce cas, le bilan devrait se lire comme suit :

Séquelles actuelles	% DAP
Discoïdectomie L ₄ – L ₅ gauche	3
Flexion antérieure à 70°	3
Extension à 20°	1
Flexion latérale gauche à 20°	1
Rotation gauche à 20°	1
Entorse lomboire	2
Séquelles antérieures	
Entorse lomboire	2

Le barème distingue les séquelles de l'entorse de celles de la hernie discale. Les séquelles de l'entorse lomboire au siège de la lésion professionnelle (lomboire) doivent être indiquées dans les séquelles actuelles aux fins du calcul de l'indemnité, selon l'équation :

$$\text{APIPP} = \text{APIPP actuelle} - \text{APIPP antérieure}$$

CHÉMONUCLÉOLYSE ET LAMINECTOMIE :
COLONNE CERVICALE ET DORSO-LOMBAIRE

Les ankyloses post laminectomie lombaire ou chémonucléolyse cervicale ou lombaire sont indemnisables par analogie.

LAMINECTOMIES

La laminectomie partielle avec discoïdectomie n'est pas indemnisable (cf. figures 1 et 2, p. 18.3 du présent document) selon le barème.

La laminectomie partielle sans discoïdectomie est indemnisable (cf. figures 1 et 2, p. 18.3 du présent document) selon le barème.

La laminectomie totale avec ou sans discoïdectomie est indemnisable (cf. figure 3, p. 18.3 du présent document) selon le barème.

EXEMPLES:

Cas n° 1

Le chirurgien a fait une discoïdectomie; parfois il appelle cette opération une laminectomie-discoïdectomie. Le chirurgien ne fait que ronger un peu les lames comme voie d'accès (cf. figure 1, p. 18.3 du présent document).

Dans ce cas, seule la discoïdectomie est indemnisable.

Cas n° 2

Le chirurgien a enlevé partiellement une lame, partie gauche ou partie droite, mais ne procède pas à une discoïdectomie (cf. figures 1 et 2, p. 18.3 du présent document).

Dans ce cas, la laminectomie partielle est indemnisable.

Cas n° 3

Le travailleur a subi une discoïdectomie L₅ – S₁ par voie d'abord gauche, les troubles continuent puis s'exacerbent quelques années plus tard, de sorte que le chirurgien doit enlever complètement le côté gauche de la lame L₅ pour décompresser et procède également à une nouvelle discoïdectomie L₅ – S₁ (cf. figure 2, p. 18.3 du présent document).

Dans ce cas, le bilan devrait se lire comme suit:

Séquelles actuelles		% DAP
204219	discoïdectomie L ₅ – S ₁	3
Séquelles antérieures		
204219	discoïdectomie L ₅ – S ₁	3

Cas n° 4

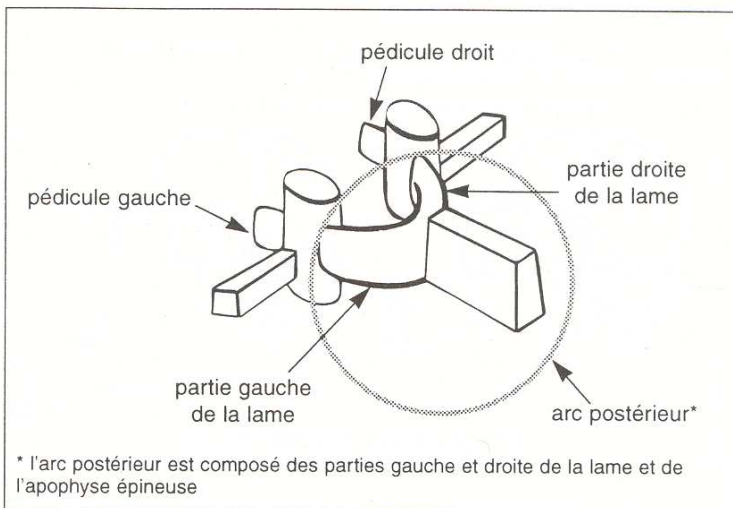
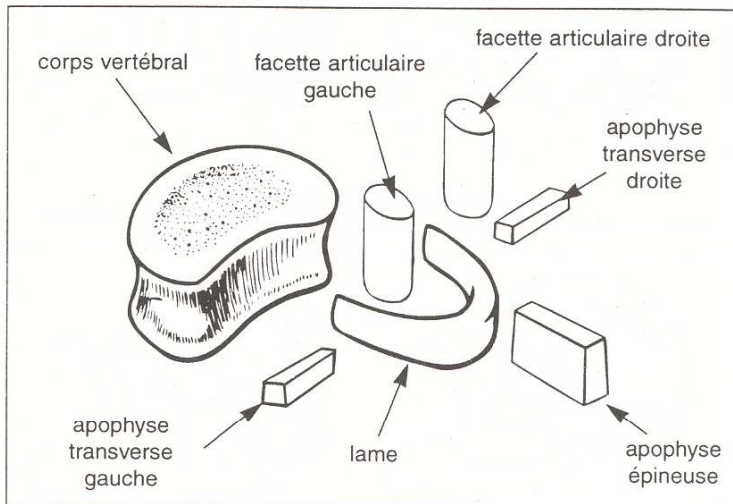
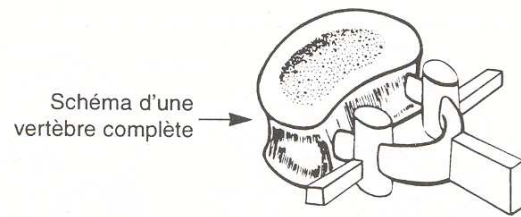
Le chirurgien a procédé à une laminectomie totale exploratrice ou décompressive comme dans le cas suivant:

Le travailleur a d'abord été opéré en 1995 pour discoïdectomie L₅ – S₁, il est réopéré quelques années plus tard et le chirurgien, pour décompresser, doit enlever tout l'arc postérieur de L₅ et procède concurremment à une nouvelle discoïdectomie L₅ – S₁ (cf. figure 3, p. 18.3 du présent document).

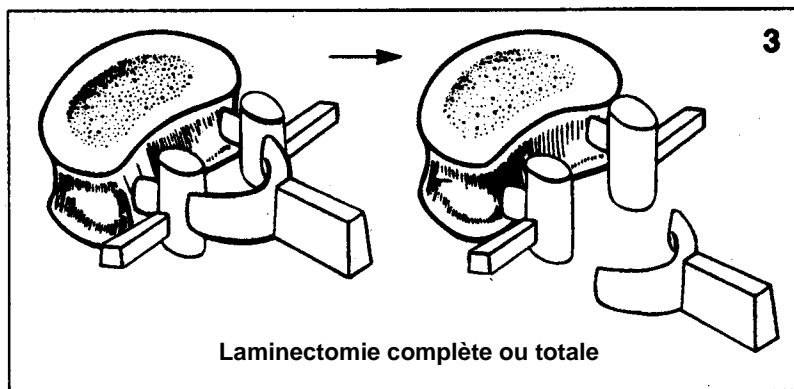
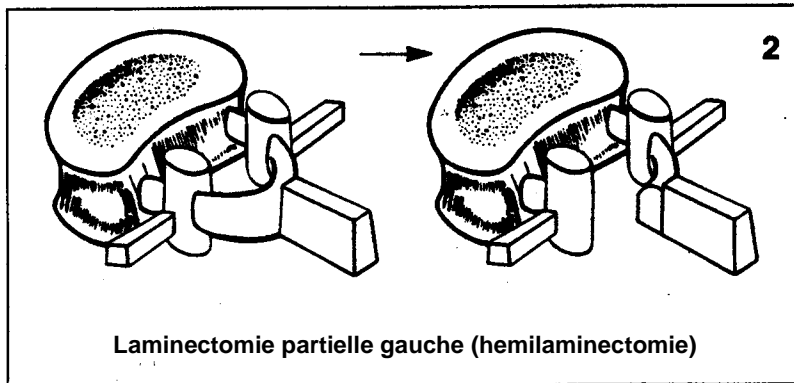
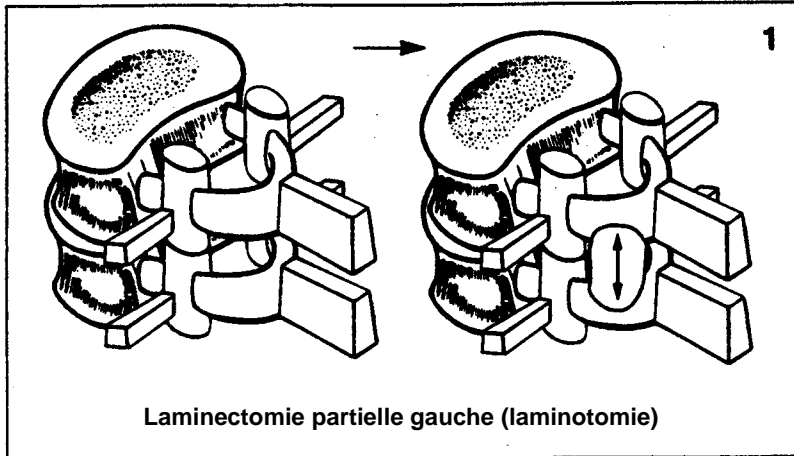
Dans ce cas, le bilan devrait se lire comme suit:

Séquelles actuelles		% DAP
204219	discoïdectomie L ₅ – S ₁	3
204451	laminectomie totale (lame et apophyse épineuse)	3
Séquelles antérieures		
204219	discoïdectomie L ₅ – S ₁	3

PARTIES DE LA VERTÈBRE



TYPES DE LAMINECTOMIE



LES HERNIES (SYSTÈME DIGESTIF)

Pour les hernies inguinales, le principe de la bilatéralité s'applique et il est déjà calculé pour les codes de séquelles débutant par le préfixe 3 ou 4.

Le principe de la bilatéralité ne s'applique pas pour les hernies épigastriques ou ombilicales et incisionnelles. Le barème fait une distinction entre hernie inguinale (directe, indirecte) ou fémorale **et** hernie inguinale **récidivante**. Cela signifie que la hernie inguinale **primitive** et la hernie inguinale **récidivante** sont considérées comme des entités différentes. Pour un même côté, seule la **première récidive** opérée est indemnisable, les récidives opérées ultérieures s'annulent via les séquelles antérieures. Pour les autres hernies (épigastriques, ombilicales ou incisionnelles), les récidives opérées ne sont pas indemnisables.

EXEMPLES :

Cas n° 1

Travailleur ayant une histoire de hernie inguinale droite opérée (personnelle ou CSST) en 1996, qui présente une **récidive** opérée en avril 1998.

Bilan: % DAP

Séquelles actuelles

320566 hernie inguinale droite récidivante opérée (1998) 1

320520 hernie inguinale droite opérée (1996) 1

Séquelles antérieures

320520 hernie inguinale droite opérée (1996) 1

Cas n° 2

Travailleur ayant une histoire de hernie inguinale droite opérée (personnelle ou CSST) en 1987, qui a présenté une **récidive** opérée (personnelle ou CSST) en 1996 et une **deuxième récidive** opérée en juillet 1998.

Bilan % DAP

Séquelles actuelles

--	hernie inguinale droite récidivante opérée (1998)	aucun % additionnel
320566	hernie inguinale droite récidivante opérée (1996)	1
320520	hernie inguinale droite opérée (1987)	1

Séquelles antérieures

320566	hernie inguinale droite récidivante opérée (1996)	1
320520	hernie inguinale droite opérée (1987)	1

Le bilan du cas n° 2 est réalisé pour la compréhension de l'application du barème dans les cas de hernies récidivantes. Dans ce cas, l'évaluation des séquelles n'était pas indiquée puisqu'il n'y avait pas d'aggravation des séquelles suite à la 2^e récidive.

Cas n° 3

Travailleur qui a présenté une hernie inguinale droite (personnelle ou CSST) pour laquelle il a été opéré en 1992. Il a présenté une **récidive** de sa hernie (personnelle ou CSST) pour laquelle il a été opéré en 1995. Il présente actuellement une **récidive** (CSST) de sa hernie qui est peu volumineuse et réductible. Il n'est pas question de chirurgie pour cette **deuxième récidive**.

Bilan : % DAP

Séquelles actuelles

320584	hernie inguinale droite non opérée	2
320566	hernie inguinale droite récidivante opérée (1995)	1
320520	hernie inguinale droite opérée (1992)	1

Séquelles antérieures

320566	hernie inguinale droite récidivante opérée (1995)	1
320520	hernie inguinale droite opérée (1992)	1

Cas n° 4

Travailleur qui a présenté une hernie inguinale bilatérale (CSST) opérée en juin 1998.

Bilan: % DAP

Séquelles actuelles

420538	hernie inguinale bilatérale opérée	3
--------	------------------------------------	---

Cas n° 5

Travailleur ayant une histoire de hernie inguinale bilatérale opérée en 1995 (personnelle), qui a présenté une **récidive** droite (CSST) opérée en janvier 1998.

Bilan: % DAP

Séquelles actuelles (au siège de la lésion)

320566	hernie inguinale droite récidivante opérée (1998)	1
320520	hernie inguinale droite opérée (1995)	1
420538	hernie inguinale bilatérale opérée (1995)	3

Séquelles antérieures (au siège de la lésion)

320520	hernie inguinale droite opérée (1995)	1
420538	hernie inguinale bilatérale opérée (1995)	3

Autres déficits reliés à la bilatéralité

320520	hernie inguinale gauche opérée (1995)	1
-------------------	--	--------------

Ne s'applique pas, déjà incluse.

À noter que la bilatéralité de 1 % existait ici avant l'accident de travail et n'a pas été augmentée par ce dernier. La CSST n'aura donc pas à verser une indemnité supplémentaire pour cette atteinte bilatérale. Seul le DAP de 1 % pour la hernie opérée en 1998 sera compensé.

Cas n° 6

Travailleur a eu une gastrectomie subtotale (CSST) en janvier 1990. Il a présenté une hernie incisionnelle lors d'un effort au travail le 15 décembre 1990. Une hernioplastie a été effectuée le 5 janvier 1991. Par la suite, il a présenté deux récurrences de sa hernie incisionnelle traitées par hernioplastie les 11 juin 1994 et 3 mars 1995. Il a repris le travail le 11 juillet 1995. Il présente une 3^e récurrence (CSST) de hernie incisionnelle, il n'est pas question d'une nouvelle chirurgie.

Bilan: % DAP

Séquelles actuelles

220647	hernie incisionnelle récidivante non opérée	2
—	hernie incisionnelle récidivante opérée (1995)	aucun % additionnel
—	hernie incisionnelle récidivante opérée (1994)	aucun % additionnel
220558	hernie incisionnelle opérée (1991)	2
220111	gastrectomie subtotale (1990)	20

Séquelles antérieures

—	hernie incisionnelle récidivante opérée (1995)	aucun % additionnel
—	hernie incisionnelle récidivante opérée (1994)	aucun % additionnel
220558	hernie incisionnelle opérée (1991)	2
220111	gastrectomie subtotale (1990)	20

LES SÉQUELLES ANTÉRIEURES ET LA BILATÉRALITÉ

- Les **séquelles actuelles** sont le portrait complet de toutes les séquelles actuelles et antérieures au siège de la lésion professionnelle à savoir les séquelles de la lésion professionnelle ainsi que les séquelles antérieures ~~encore présentes~~ de toute origine, au siège de cette lésion **tout en respectant le Principe de la stabilité des décisions.**
- **Principe de la stabilité des décisions :**
Toutes les séquelles déjà reconnues permanentes par la CSST doivent être considérées encore présentes lors d'une évaluation subséquente pour le même siège de lésion, à moins d'avoir été remplacées par une nouvelle séquelle plus importante (Principe du moindre et inclus). Pour un même siège de lésion, l'ensemble des % de DAP émis dans un premier REM est permanent. Il ne peut donc pas être modifié à la baisse suite à un REM subséquent. Si lors d'un deuxième REM l'ensemble des % de DAP est inférieur à celui déjà établi, on considère que l'ensemble des % de DAP émis dans le premier REM est celui qui servira à établir le bilan des séquelles antérieures lors d'un troisième REM.)
- Les **séquelles antérieures** sont le portrait complet des séquelles antérieures de toute origine, au siège de la lésion professionnelle.
- **Bilatéralité :**
Selon la règle particulière n° 4 du chapitre 1 de l'Annexe 1 du barème, la bilatéralité s'applique de membre à membre et non de siège de lésion à siège de lésion ou de partie de membre à partie de membre. Il est donc important que les deux organes symétriques aient été examinés pour savoir si **oui** ou **non** elle doit être appliquée.

EXEMPLES DE BILAN:

Cas n° 1		% DAP
Histoire:		
Accident de travail en 1998 :	Épaule D	2
	Poignet G	6
Accident de travail en 1990 :	Poignet G	2
Bilan:		% DAP
Séquelles actuelles:	Épaule D	2
	Poignet G	6
Séquelles antérieures:	Poignet G	2
Autres déficits reliés à la bilatéralité :		
c'est-à-dire ceux qui ne sont pas mentionnés dans les séquelles qui précèdent.		Aucun

Selon la règle particulière n° 4 du chapitre 1 de l'Annexe 1 du barème, la bilatéralité s'applique de membre à membre. Le membre supérieur inclut l'omoplate et la clavicule. Le membre inférieur inclut la hanche et l'hémi-bassin. Cette règle s'applique pour le DAP seulement.

Dans ce cas-ci, la bilatéralité applicable est 2 %, soit le DAP le moins élevé des 2 membres supérieurs.

Cas n° 2		% DAP
Histoire:		
Accident de travail en 1998 :	Index D	0.5
Accident personnel antérieur 1994 :	Majeur D	0.4
	Majeur G	0.2
Bilan:		% DAP
Séquelles actuelles:	Index D	0.5
Séquelles antérieures:		Aucune
Autres déficits reliés à la bilatéralité :	Majeur D	0.4
	Majeur G	0.2

Chaque doigt est considéré comme une entité (siège) distincte. Il n'y a donc pas lieu d'indiquer des séquelles antérieures à moins que celles-ci n'affectent le même doigt.

La bilatéralité suite à l'accident de travail de 1998 s'établit à 0.2 %. Elle était déjà présente avant cet accident de travail et n'a pas été aggravée par celui-ci. La CSST ne versera donc pas une indemnité supplémentaire pour cette atteinte bilatérale.

Cas n° 3		% DAP
Histoire:		
Accident de travail en 1998 :	IPP Index D	1
Accident SAAQ 1994 :	IPD Index D	0.5
Accident personnel 1990 :	Majeur G	0.4
 Bilan :		% DAP
Séquelles actuelles:	IPP Index D	1
	IPD Index D	0.5
Séquelles antérieures:	IPD Index D	0.5
Autres déficits reliés à la bilatéralité :	Majeur G	0.4

Dans le portrait global des séquelles au siège de la lésion professionnelle qui est l'index D, on retrouve toutes les séquelles, quelle que soit leur origine, au siège de la lésion.

La bilatéralité suite à l'accident de travail de 1998 s'établit à 0.4 %. Elle était déjà présente avant cet accident de travail et n'a pas été aggravée par celui-ci. La CSST ne versera donc pas une indemnité supplémentaire pour cette atteinte bilatérale.

Cas n° 4		% DAP
Histoire:		
Accident de travail 1998 :	Genou D	1
ATCD personnels :	Genou G	20
	Hanche G	10
	1 ^{er} orteil G	1
 Bilan:		% DAP
Séquelles actuelles:	Genou D	1
Séquelles antérieures:		Aucune
Autres déficits reliés à la bilatéralité :	Genou G	20
	Hanche G	10
	1 ^{er} orteil G	1

Aux fins de l'application du principe de la bilatéralité, le membre inférieur inclut la hanche et l'hémi-bassin.

La bilatéralité suite à l'accident de travail de 1998 s'établit à 1 %.

Cas n° 5

Accident de travail en juin 1994 :

On diagnostique d'abord une entorse lombaire puis rapidement des signes d'irritation radiculaire apparaissent et sont confirmés par l'IRM. Après un traitement médical de quelques mois, la condition est considérée stabilisée et le REM conclut :

Bilan		% DAP
Séquelles actuelles :	Hernie discale non opérée	2
	Flexion antérieure à 70°	3
	Extension à 10°	2
	Flexion latérale D. à 10°	2
	Flexion latérale G. à 20°	1
	Rotation G. à 20°	1
		— 11 %

Suite à une 1^{re} RRA, en novembre 1995, on décide de ne pas opérer et après quelques mois de physio et assignation temporaire, on considère la lésion stabilisée et le travailleur reprend son travail habituel. ~~Le REM conclut:~~

Lors du REM, les mouvements sont les suivants : flexion antérieure 80°, extension 20°, flexion latérale D 20°. Les autres amplitudes de la colonne lombaire sont normales. Le bilan des séquelles s'établit de la façon suivante :

Bilan		% DAP
Séquelles actuelles :	Hernie discale non opérée	2
	Flexion antérieure à 80° 70°	3
	Extension à 20° 10°	4 2
	Flexion latérale D. à 20° 10°	4 2
	Flexion latérale G à 20°	1
	Rotation G à 20°	1
		— 7% 11%
Séquelles antérieures :	Hernie discale non opérée	2
	Flexion antérieure à 70°	3
	Extension à 10°	2
	Flexion latérale D. à 10°	2
	Flexion latérale G. à 20°	1
	Rotation G. à 20°	1
		— 11%

Suite à la RRA de 1995, il n'y a pas eu d'aggravation des séquelles. Le travailleur demeure donc avec les % de DAP déjà établis suite à l'événement initial même s'il y a eu amélioration des séquelles (Principe de stabilité des décisions).

Suite à une 2^e RRA en mars 1997, le travailleur a eu une discoïdectomie droite L₅–S₁ et le bilan des séquelles devient le suivant :

Lors du REM, les mouvements sont les suivants : flexion antérieure 70°, extension 20°, flexion latérale D 20°, flexion latérale G 20°, rotation D 20°, rotation G 20°. Le bilan des séquelles s'établit de la façon suivante :

Bilan		% DAP	
Séquelles actuelles :	Discoïdectomie L ₅ –S ₁	3	} — 41% 13%
	Flexion antérieure à 70°	3	
	Extension à 20° 10°	4 2	
	Flexion latérale D. à 20° 10°	4 2	
	Flexion latérale G. à 20°	1	
	Rotation D. à 20°	1	
	Rotation G. à 20°	1	
Séquelles antérieures : (REM suite à l'événement initial)	Hernie discale non opérée	2	} — 11%
	Flexion antérieure à 70°	3	
	Extension à 10°	2	
	Flexion latérale D. à 10°	2	
	Flexion latérale G. à 20°	1	
	Rotation G. à 20°	1	

Suite à la 1^{re} RRA, il n'y a pas eu d'aggravation des séquelles et les % de DAP accordés lors du 1^{er} REM ne peuvent être diminués suite au 2^e REM, car ils sont permanents (Principe de stabilité des décisions). Advenant qu'un 3^e REM soit produit pour le même siège de lésion, ce qui est le cas ici, ce sont les séquelles évaluées lors du 1^{er} REM qui serviront pour le bilan des séquelles antérieures.

Suite à la 2^e RRA, il y a eu aggravation des séquelles. Les nouvelles séquelles doivent être ajoutées. Pour les anciennes séquelles qui se sont améliorées, les % de DAP accordés ne peuvent être diminués (Principe de stabilité des décisions).

~~En principe, on considère que les séquelles au siège d'une lésion doivent être considérées comme un tout et non pas comme partie d'un tout. Ainsi, suite à la discoïdectomie, on considère qu'il n'y a pas eu d'aggravation des séquelles bien qu'il y ait des différences sur la nature des séquelles actuelles et antérieures.~~

La hernie discale non opérée n'est pas incluse dans les séquelles actuelles parce que cette entité n'existe plus, ayant été remplacée par une discoïdectomie (Principe du moindre et inclus).

POURCENTAGE MAXIMUM DE DAP POUR UNE ARTICULATION

Le pourcentage de DAP maximum accordé pour une articulation ne peut dépasser le pourcentage maximum prévu pour une ankylose complète de cette articulation en position de fonction. La seule exception à cette règle serait une ankylose du genou avec une perte d'extension de 50 degrés ou plus. Le tableau 8 (~~page 89 du barème~~) nous indique un DAP de 30 % pour une perte de 50 degrés d'extension et de 45 % pour une perte de plus de 50 degrés. Ce sont les seuls endroits où le barème accorde, pour une lésion articulaire, un pourcentage plus élevé que pour une ankylose complète en position de fonction (20 % dans le cas du genou).

Par ailleurs, le barème précise que si à la suite d'une arthrodèse il persiste des séquelles : **épanchement, infection chronique, pseudarthrose**, un % de DAP additionnel de l'ordre de 10 %, 15 % ou 25 % du pourcentage prévu pour l'arthrodèse en position de fonction peut être fixé selon l'importance des séquelles.

EXEMPLES :

Cas n° 1

Arthrodèse avec patellectomie du genou en position de fonction consolidée avec un raccourcissement de 5.5 cm et une angulation de 15° (varus) ainsi qu'un épanchement chronique modéré.

Bilan		% DAP	
106708	Arthrodèse du genou (règle particulière 3 du chapitre 1 de l'annexe 1 du barème)	20	} — 31%
106726	Épanchement articulaire chronique modéré (20 x 15 % = 3 % (règle particulière 5 du chapitre 1 de l'annexe 1 du barème)	3	
106762	Raccourcissement de 5.5 cm	6	
106780	Varus	2	

Cas n° 2

Prothèse totale du genou consolidée avec perte de 15° au niveau de l'extension, perte de 30° au niveau de la flexion et instabilité simple nécessitant le port d'une orthèse pour certaines activités.

Bilan		% DAP
103006	Prothèse totale du genou incluant le raccourcissement ostéo-articulaire nécessaire pour la mise en place de la prothèse avec séquelles fonctionnelles	15
106842	Perte de 30° de flexion	4
106940	Perte de 15° d'extension	7
107066	Instabilité simple nécessitant le port d'une orthèse	10
		— 36

Bien que le DAP total soit de 36 %, selon la règle particulière 3, le DAP est : 106708, ankylose complète du genou : 20 %.

PE D'AMPUTATION

Un % de PE pour amputation ne peut être accordé en l'absence de % de DAP pour amputation.

AU PE d'amputation peut s'ajouter, le cas échéant, un PE pour modification de la forme et de la symétrie ou atteinte cicatricielle.

EXEMPLE :

Amputation au $\frac{1}{3}$ moyen de la cuisse droite avec cicatrice vicieuse de 20 cm² à la partie proximale de la cuisse droite.

DAP :	102668	→	50 % (pour l'amputation)
PE :	224643	→	12 % (PE d'amputation)
PE :	224402	→	20 % (pour l'atteinte cicatricielle)

PE ET DERMATOSES

Toute évaluation de préjudice esthétique doit tenir compte des règles particulières inscrites au début du chapitre XVIII de l'Annexe 1 du barème.

La règle 8 se lit comme suit :

- les pourcentages de préjudice esthétique sont fixés d'après l'état de l'atteinte, si elle est permanente au moment de l'évaluation ou **selon l'amélioration prévue** en tenant compte des possibilités médicales ou chirurgicales

La règle 12 précise que :

- **le temps minimum** précédant l'évaluation d'une atteinte cicatricielle résultant d'une lésion professionnelle est de **6 mois**.

Ces deux règles s'appliquent non seulement aux atteintes cicatricielles dues à des cicatrices traumatiques ou chirurgicales, mais aussi aux dermatoses.

Ainsi, lorsque le médecin fixe un pourcentage de PE lors de la première évaluation d'une dermatose, il doit le faire en tenant compte de l'amélioration prévisible et par conséquent, uniquement en fonction de la permanence du préjudice. Si le médecin ne peut le faire lors de la première évaluation, il devra reporter l'évaluation du préjudice à une date ultérieure où il sera en mesure de le faire.

De plus, cette évaluation doit être conforme à la règle 12 du chapitre XVIII.

PE MAXIMUM POUR «AUTRES PARTIES DU CORPS»

Sous chaque segment anatomique, le pourcentage maximum de PE pour l'atteinte des deux côtés est indiqué.

Pour chaque les bras, épaules et coudes :	8 %
Pour chaque les avant-bras et poignets :	10 %
Pour chaque les mains :	16 %
Pour chaque côté du le tronc :	12 %
Pour chaque les membres inférieurs :	20 %

Ce pourcentage représente un préjudice maximum pour les deux côtés. Par conséquent, un préjudice maximum d'un seul côté ne pourra pas excéder 50 % de la valeur maximum des deux côtés. Ainsi, le PE maximum par côté pour une modification de la forme et de la symétrie ou pour atteinte cicatricielle sera le suivant :

Une atteinte cicatricielle au niveau du tronc ou des membres peut donner droit à un pourcentage de PE allant jusqu'au maximum prévu pour les deux parties du tronc ou les deux membres, même si cette atteinte ne touche qu'un seul côté du tronc ou un seul membre.

Une fois ce maximum atteint, toute atteinte cicatricielle supplémentaire à la même région du corps (du même côté ou du côté opposé) ne pourra donner droit à un pourcentage supplémentaire.

PE DES DOIGTS ET ANKYLOSES

Règle particulière n° 4 du chapitre XVIII de l'Annexe 1 du barème

Un PE pour modification de la forme des doigts peut être accordé lorsqu'il y a une déformation d'une articulation ou d'une phalange. Le pourcentage de PE ne peut dépasser celui accordé pour une amputation de la phalange déformée ou de la phalange en aval de l'articulation atteinte (0,5 % par phalange pour les doigts et 1 % par phalange pour le pouce).

Dans les cas d'ankyloses en position vicieuse, le PE sera accordé pour chaque phalange en aval de l'articulation ankylosée, comme on le fait pour le DAP.

Voir les exemples relatifs à l'évaluation du PE pour déformation au niveau d'une articulation à la fin du chapitre XVIII de l'Annexe 1 du barème.

PEAU ET SENSIBILISATION

Règles particulières n^{os} 3 et 5 du chapitre XIV de l'Annexe 1 du barème

La règle particulière n^o 5 s'applique uniquement lorsque le diagnostic de dermite de contact par sensibilisation est confirmé par une évaluation médicale (il est important que les résultats soient consignés au dossier). Si c'est le cas, le pourcentage de 2 % doit être attribué pour la sensibilisation même en l'absence de manifestations cliniques.

Au point de vue médical et compte tenu du libellé du barème, nous croyons que deux sensibilisations à des agents spécifiques différents sont à juste titre considérées comme des entités distinctes et permettent d'accorder un DAP de 2 % pour chacune des sensibilisations (sauf s'il s'agit de sensibilisations croisées).

La règle particulière n^o 3 établit les principes relatifs à la fixation du pourcentage de DAP pour les séquelles cutanées uniquement.

Par conséquent, elle ne s'applique pas au PE, ni au pourcentage attribué pour la sensibilisation.

ACROMIOPLASTIE ET AUTRES INTERVENTIONS DANS LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DU SYNDROME D'ACCROCHAGE DE L'ÉPAULE

L'acromioplastie altère la morphologie anormale de l'acromion, éliminant l'accrochage extrinsèque de la coiffe des rotateurs. L'acromioplastie classique ouverte ou, plus récemment, par arthroscopie consiste à enlever la portion antérieure de l'acromion qui dépasse la clavicule et à amincir sa surface sous-jacente de 5 mm pour aplanir sa forme en crochet. Le chirurgien procède au détachement minimal du ligament coraco-acromial sur la surface inférieure de l'acromion et à une bursectomie sub-acromio-deltaïdienne, permettant de mieux visualiser l'anatomie acromiale et la coiffe des rotateurs. Si nécessaire, le chirurgien peut pratiquer un débridement de la coiffe des rotateurs, une réparation ou reconstruction, l'excision d'un ostéophyte claviculaire ou l'ablation du tiers latéral de la clavicule, une exérèse de calcifications intra tendineuses, le débridement ou la réparation d'une lésion du labrum supérieur (SLAP) ou une ténodèse de la longue portion du biceps brachial.

Référence : Pathologie de l'appareil locomoteur, 2^e édition, page 586

1- L'acromioplastie seule ou avec :

- débridement, réparation ou reconstruction de la coiffe
- excision d'un ostéophyte claviculaire ou exérèse de calcifications intra tendineuses
- réparation du labrum (SLAP)

Les séquelles de l'acromioplastie ne sont pas prévues au barème.
On peut alors utiliser l'atteinte des tissus mous.

102374 acromioplastie avec une ou plusieurs des situations décrites ci-haut sans séquelle fonctionnelle mais avec changements radiologiques OU si l'on démontre la persistance de modifications objectives : faiblesse musculaire, atrophie, manœuvre spécifique positive (Neer, Hawkins, Yocum), ankylose :	1%
102383 acromioplastie avec une ou plusieurs des situations décrites ci-haut avec séquelles fonctionnelles de plus s'ajoutent les ankyloses et l'atrophie s'il y a lieu	2%

2- Acromioplastie avec résection du tiers distal de la clavicule	
102374 acromioplastie sans séquelle fonctionnelle mais avec changements radiologiques	1%
100134 résection du tiers distal de la clavicule OU si l'on démontre la persistance de modifications objectives : faiblesse musculaire, atrophie, manœuvre spécifique positive (Neer, Hawkins, Yocum), ankylose :	3%
102383 acromioplastie avec séquelles fonctionnelles de plus s'ajoutent les ankyloses et l'atrophie s'il y a lieu	2%
100134 résection du tiers distal de la clavicule	3%
3- Acromioplastie avec ténodèse de la longue portion du biceps (LPB)	
102374 acromioplastie sans séquelle fonctionnelle mais avec changements radiologiques	1%
100303 ténodèse de la longue portion du biceps ou s'il y a ténotomie sans ténodèse :	2%
100296 ténotomie de la longue portion du biceps de plus, pour cette situation de ténotomie, pourrait s'ajouter un PE pour modification de la forme et de la symétrie du bras. OU si l'on démontre la persistance de modifications objectives : faiblesse musculaire, atrophie, manœuvre spécifique positive (Neer, Hawkins, Yocum), ankylose :	2%
102383 acromioplastie avec séquelles fonctionnelles de plus s'ajoutent les ankyloses et l'atrophie s'il y a lieu	2%
100303 ténodèse de la longue portion du biceps ou s'il y a ténotomie sans ténodèse :	2%
100296 ténotomie de la longue portion du biceps de plus, pour cette situation, pourrait s'ajouter un PE pour modification de la forme et de la symétrie du bras.	2%
	27.2



CORRECTION AU BILAN DES SÉQUELLES (REM - 204 et BEM) - Mise à jour novembre 2019

⚠ AVERTISSEMENT: Page migrée. Mise à jour en cours. ⚠

Sujets

Médico-administratif

Type page

Administratif

Sous-Type

Position services médicaux

Résumé

Correction au bilan des séquelles

Situations	MQAC	Annexe #	204 et BEM
Erreur de transcription du code et/ou %	Corriger et informer	1 code 2 <u>pourcentage</u> (%) 3 <u>code</u> et %	Corriger et informer
Séquelles actuelles et antérieures différentes à celles déjà accordées (stabilité des décisions)	Corriger et informer	4 S. actuelles 5 S. antérieures	Corriger et informer
Bilatéralité (information complète)	Corriger et informer	8 <u>grille</u> d'analyse 9	Corriger et informer
DAP ou PE non conforme à l'examen (% , code, descriptif)	Corriger et informer	11 max. articulation 12 DAP maximum 13 PE maximum	Demander correction
DAP ou PE acceptable selon l'examen	Corriger et informer	7 <u>ajout</u> DAP ou PE	Demander correction
Application du barème <u>et</u> Interprétation du barème	Corriger et informer Cf : SVMB	17 lettre générale 19 lettre générale	Donner explications et demander correction
Séquelles antérieures personnelles (information incomplète)	Demander précision et correction	6 S. antérieures <u>personnelles</u>	Demander précision et correction
Bilatéralité (information incomplète)	Demander précision et correction	10	Demander précision et correction
Contradiction, ambiguïté, interprétation entre le bilan et l'examen	Demander précision et correction	19 lettre générale	Demander précision et correction
Bilan des séquelles ne correspond pas à l'évaluation	Demander précision, correction et 204 le cas échéant	14 18 lettre générale	Demander précision et correction
DAP ou PE non acceptable selon la nature de la lésion ou description	Demander précision, correction et 204 le cas échéant	19	Demander précision et correction
DAP ou PE pourrait être acceptable	Demander précision et correction	15	Demander précision et correction
Nouveau diagnostic	Statuer sur le nouveau diagnostic et informer agent	17 lettre générale 19 lettre générale	204 : Informer que dx non retenu et demander correction BEM : Statuer sur le dx et informer l'agent
Nouveau diagnostic par médecin substitut demandé par MQAC	Demander au MQAC opinion sur nouveau dx et <u>copie</u> au md substitut	16	

CORRECTION AU BILAN DES SÉQUELLES (REM)

À la réception d'une évaluation (REM), il peut être nécessaire d'effectuer une démarche pour apporter une correction au bilan des séquelles.

Règles générales

Plusieurs situations peuvent survenir. Il peut s'agir d'une situation d'application du barème, d'interprétation du barème ou d'autres situations ayant une implication sur le bilan des séquelles.

Situations d'application du barème

Les situations d'application du barème sont des situations où, suite à l'examen effectué par le médecin évaluateur¹, les conclusions correspondent explicitement à des séquelles prévues dans le règlement sur le barème et pour lesquelles il n'y a aucune ouverture à interprétation.

Dans la majorité de ces situations, le médecin conseil peut apporter les modifications au bilan des séquelles pour le rendre conforme au barème et en informer le médecin évaluateur par écrit.

Situations d'interprétation du barème

Les situations d'interprétation du barème sont des situations qui ne nous permettent pas d'apprécier clairement la correspondance entre l'examen effectué par le médecin évaluateur et le bilan des séquelles.

Dans certaines de ces situations, le médecin conseil pourra vérifier auprès du médecin évaluateur s'il ne s'agit pas d'une erreur, en demander la correction et,

le cas échéant, demander une opinion à un médecin désigné (204).

Dans d'autres situations, le recours à un médecin désigné (204) s'imposera sans vérification préalable auprès du médecin évaluateur.

Autres situations

D'autres situations que l'application ou l'interprétation du barème peuvent avoir un impact sur le bilan des séquelles et demander soit une vérification auprès du médecin évaluateur ou le recours à un médecin désigné (204).

Notes au dossier

Lorsque le médecin conseil détermine la conduite à tenir dans un dossier, il doit inscrire une note dans OSI qui reflète clairement sa démarche.

Lors de la Table des médecins d'octobre 2009, nous avons recommandé d'inscrire dans OSI l'atteinte permanente de la façon suivante :

§ DAP actuel

§ DAP antérieur

§ PE actuel

§ PE antérieur

§ Bilatéralité actuelle

§ Bilatéralité antérieure




Dans la section suivante, vous retrouverez des situations classées selon qu'il s'agit d'une situation d'application du barème, d'interprétation du barème ou d'autres situations avec la conduite à tenir pour chacune de ces situations. Des exemples de lettres pouvant être utilisées pour répondre aux différentes situations se trouvent en annexe.



Note





1- Dans le document "médecin évaluateur" signifie le médecin qui a effectué l'évaluation.





CONDUITE À TENIR



Correction au bilan des séquences (REM)


Situation d'application du barème	Conduite
<p>Le code inscrit ne correspond pas au descriptif qui est conforme à l'examen</p> <p>Exemple : faute de frappe</p>	<p>Corriger le code</p> <p>Envoyer lettre d'information:</p> <p>- au médecin évaluateur</p> <p> Annexe 1.doc</p>
<p>Le pourcentage de DAP ou de PE inscrit ne correspond pas au descriptif et au code utilisé qui sont conformes à l'examen</p>	<p>Corriger le pourcentage</p> <p>Envoyer lettre d'information:</p> <p>- au médecin évaluateur</p> <p> Annexe 2.doc</p>
<p>Le code inscrit et le pourcentage de DAP ou de PE ne correspondent pas au descriptif mais le descriptif est conforme à l'examen</p>	<p>Corriger le code et le pourcentage</p> <p>Envoyer lettre d'information:</p> <p>- au médecin évaluateur</p> <p> Annexe 3.doc</p>

Situation d'application du barème	Conduite
<p><u>Séquelles actuelles</u> moindres que les séquelles antérieures au même siège de lésion qui ont déjà été accordées par la CSST en vertu de la LATMP</p> <p>(stabilité des décisions)</p> <p>Ex : amélioration d'une ankylose, nous devons retenir l'ankylose antérieure</p> <p>Pour de plus amples informations concernant la stabilité des décisions, voir la formation donnée à la Table des médecins d'octobre 2009 : Séquelles antérieures et Bilatéralité</p>	<p>Corriger les séquelles actuelles qui ne peuvent être moindres que les séquelles antérieures</p> <p>Indiquer dans OSI le document de référence</p> <p>Envoyer lettre d'information:</p> <p>- au médecin évaluateur</p> <p> Annexe 4.doc</p> <p><i>Annexe 4</i></p>
<p><u>Séquelles antérieures</u> au même siège de lésion déjà accordées par la CSST en vertu de la LATMP non inscrites au bilan des séquelles</p>	<p>Inscrire les séquelles antérieures</p> <p>Indiquer dans OSI le document de référence</p> <p>Envoyer lettre d'information:</p> <p>- au médecin évaluateur</p> <p> Annexe 5.doc</p> <p><i>Annexe 5</i></p> <p><i>N.B. Les séquelles déjà accordées sous la LAT doivent être converties en utilisant le barème de la LATMP</i></p>

Situation d'application du barème	Conduite
<p><u>Séquelles antérieures d'origine personnelle</u> au même siège de lésion non inscrites au bilan des séquelles dans la mesure où elles sont connues, décrites ou incomplètes</p>	<p>Envoyer lettre de demande de correction: -au médecin évaluateur</p> <p> Annexe 6.doc</p> <p><i>Annexe 6</i> <i>Demande de 204, le cas échéant</i></p>
<p>Selon le descriptif ou l'examen, il y a évidence qu'un pourcentage de DAP ou de PE non inscrit est <u>acceptable en application du barème</u></p> <p>Ex : PE d'amputation oublié</p>	<p>Inscrire les séquelles applicables selon le barème</p> <p>Envoyer lettre d'information: - au médecin évaluateur</p> <p> Annexe 7.doc</p> <p><i>Annexe 7</i></p>
<p>Dans la situation où un pourcentage de DAP ou de PE non inscrit <u>pourrait être acceptable</u> ,</p> <p>Voir: Situation d'interprétation du barème</p>	
<p>Bilatéralité non indiquée pour laquelle nous avons toute l'information pour en préciser le pourcentage</p>	<p>Ajouter la bilatéralité</p> <p>-outil d'aide au calcul de la bilatéralité:</p> <p> Annexe 8.doc</p> <p><i>Annexe 8</i></p> <p>Envoyer lettre d'information: - au médecin évaluateur</p> <p> Annexe 9.doc</p> <p><i>Annexe 9</i></p>

Situation d'application du barème	Conduite
Bilatéralité non indiquée pour laquelle nous n'avons pas toute l'information pour en préciser le pourcentage	Envoyer lettre de demande d'information et de correction: -au médecin évaluateur  Annexe 10.doc <i>Demande de 204, le cas échéant</i>
DAP max pour articulation dépassé ou DAP pour commotion cérébrale avec l'ajout de séquelles plutôt que le plus élevé des deux ou PE pour l'atteinte cicatricielle des membres ou du tronc avec l'ajout d'un PE pour la modification de la forme et de la symétrie plutôt que le plus élevé des deux ou PE dépasse le maximum pour le tronc et les membres ou autres situations où l'application du barème est évidente et qu'il n'y a pas de possibilité d'interprétation	Corriger les séquelles actuelles Envoyer lettre d'information: -au médecin évaluateur <i>Annexe 11</i> maximum pour une articulation  Annexe 11.doc ou <i>Annexe 12</i> pour les autres situations  Annexe 12.doc
Situation d'application du barème PE maximum pour une atteinte cicatricielle au tronc et aux membres correspond au PE maximum prévu pour les deux (2) parties du tronc ou les deux (2) membres même si une seule partie du tronc ou un seul membre est atteint	Conduite Corriger les séquelles actuelles Envoyer lettre d'information: - au médecin évaluateur  Annexe 13.doc

Situation d'interprétation du barème	Conduite
<p>Le bilan des séquelles ne correspond pas à l'évaluation</p>	<p>Envoyer lettre de demande d'information pour vérifier qu'il ne s'agit pas d'une erreur et de correction le cas échéant:</p> <ul style="list-style-type: none"> - au médecin évaluateur <p style="text-align: center;">  Annexe 14.doc Annexe 14 Demande de 204 le cas échéant </p>
<p>Selon le descriptif ou l'examen un pourcentage de DAP ou de PE non inscrit <u><i>pourrait être acceptable en application du barème</i></u></p>	<p>Envoyer lettre de demande d'information et de correction le cas échéant:</p> <ul style="list-style-type: none"> - au médecin évaluateur <p style="text-align: center;">  Annexe 15.doc Annexe 15 Demande de 204 </p>
<p>Selon la nature de la lésion ou la description de l'examen, DAP ou PE non acceptable</p>	<p style="text-align: center;">Demande de 204</p>

Autres situations	Conduite
Ajout d'un nouveau diagnostic au REM du médecin traitant	<p>Statuer sur le lien de causalité entre le nouveau diagnostic et la lésion professionnelle acceptée</p> <p>Retourner le dossier à l'agent d'indemnisation pour qu'il rende une décision d'admissibilité sur a nouvelle lésion en lien avec la lésion professionnelle acceptée</p> <p>Par la suite :</p> <ul style="list-style-type: none"> - si la lésion n'est pas admise, ne pas retenir les séquelles en lien avec ce nouveau diagnostic ; - si la lésion est admise, se référer aux situations d'application ou d'interprétation du barème, le cas échéant
Ajout d'un nouveau diagnostic au REM du médecin substitut	<p>Envoyer lettre au médecin traitant demandant s'il retient le nouveau diagnostic</p> <p>Envoyer copie au médecin substitut</p> <p style="text-align: center;"> Annexe 16 Annexe 16.doc</p> <p><i>Si non retenu</i> , ne pas retenir les séquelles en lien avec ce diagnostic</p> <p><i>Si retenu</i> , statuer sur le lien de causalité entre la nouvelle lésion et la lésion professionnelle acceptée</p> <p>Retourner le dossier à l'agent d'indemnisation pour qu'il rende une décision d'admissibilité sur la nouvelle lésion en lien avec la lésion professionnelle acceptée</p> <p>Par la suite :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>si la lésion n'est pas admise</i> ,ne pas retenir les séquelles en lien avec ce diagnostic ; - <i>si la lésion est admise</i> , se référer aux situations d'application ou d'interprétation du barème, le cas échéant

Références supplémentaires

Références supplémentaires

✓ Propriétés complémentaires

TROUBLES DE LA FONCTION SEXUELLE

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux
29 octobre 2024

Direction des services de santé,
de la sécurité et de la sécurité de travail
cnesst.gouv.qc.ca




1

REPRODUCTION INTERDITE

La présente formation et son contenu sont
la propriété de la CNESST.

Toute diffusion dans un autre contexte
ou sous un autre support est interdite.

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux



2

COMITÉ SUR LES SITUATIONS PARTICULIÈRES DU BARÈME


Membres :

[Redacted names]

Avec la collaboration de :

[Redacted names]

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux




3

OBJECTIF

- Présenter la mise à jour du guide d'interprétation et d'application du barème en lien avec les troubles de la fonction sexuelle

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux




4

ATTEINTES PERMANENTES RELATIVES AUX TROUBLES DE LA FONCTION SEXUELLE

Les troubles de la fonction sexuelle :

- peuvent donner droit à un DAP et à un DPJV
- sont prévus au barème et ne doivent donc pas être indemnisés par analogie
- sont évalués après consolidation

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux




5

ATTEINTES PERMANENTES RELATIVES AUX TROUBLES DE LA FONCTION SEXUELLE

Un pourcentage de DAP peut être octroyé en tenant compte de la capacité résiduelle d'avoir des relations sexuelles consécutive à une :

- atteinte anatomique
- atteinte fonctionnelle (physiologique)

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux



6

ATTEINTES PERMANENTES RELATIVES AUX TROUBLES DE LA FONCTION SEXUELLE

Changement principal :

Un pourcentage de DPJV pour troubles de la fonction sexuelle (pages 198 et 203 du barème) est attribué :

- si ces troubles résultent de **séquelles permanentes aux organes génitaux externes ou internes** prévues aux chapitres VIII et IX
- que ces séquelles soient de **cause** :
 - anatomique ou
 - fonctionnelle (physiologique)

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

7

CNESST

7

MME P

T de 37 ans qui présente une **perte fonctionnelle des ovaires** à la suite d'une chimiothérapie reçue en lien avec un cancer professionnel.

Depuis, elle rapporte un manque d'intérêt entraînant une **diminution importante de la fréquence des activités sexuelles**.

Le bilan des séquelles suivant vous est soumis pour validation :

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

8

CNESST

8

MME P

Séquelles actuelles :
DAP 418015 perte fonctionnelle des deux ovaires 21%

Séquelles antérieures :
Aucune

Autres déficits liés à la bilatéralité :
Aucun

Que pensez-vous de l'absence de DPJV ?

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

9

CNESST

9

MME P

- 1) L'absence de DPJV est conforme étant donné qu'il s'agit d'une séquelle permanente fonctionnelle.
- 2) Un DPJV doit être ajouté étant donné le manque d'intérêt décrit.

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

10

CNESST

10

APPAREIL GÉNITAL FEMELLE : CHAPITRE VIII

A. ORGANES GÉNITAUX INTERNES	
I. Ovaires	
318007 ■ Perte d'un ovaire	7
418015 ■ Perte anatomique ou fonctionnelle des deux ovaires, incluant la thérapie de remplacement	21
de plus, s'ajoute un des pourcentages suivants, en fonction de l'âge	
218026 □ 50 ans et moins	7
218035 □ 51 ans et plus	2
Le cas échéant, s'ajoute un pourcentage de DPJV pour les troubles de la fonction sexuelle	
218044 ■ Perte de l'utérus	10
218053 ■ De plus, s'ajoute un pourcentage de DPJV en fonction de l'âge, jusqu'à 50 ans	0
Le cas échéant, s'ajoute un pourcentage de DPJV pour les troubles de la fonction sexuelle	

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

11

CNESST

11

CODE	% DPJV
E. TROUBLES DE LA FONCTION SEXUELLE	
Ces pourcentages ne sont attribués, le cas échéant, que s'il y a troubles de la fonction sexuelle résultant de séquelles permanentes aux organes génitaux externes ou internes, prévus à ce chapitre.	
218124 I. Déficit mineur Manque d'intérêt suffisant pour entraîner une diminution de la fréquence des activités sexuelles, mais sans altération au niveau de la satisfaction	5
218133 II. Déficit modéré Manque d'intérêt suffisant pour entraîner une diminution importante de la fréquence, ou freiner parfois le déroulement du cycle sexuel régulier	10
218142 III. Déficit majeur Échecs sexuels répétés conduisant à un avortement des activités sexuelles	15
218151 IV. Absence de fonctionnement sexuel Toute activité sexuelle est impossible	30

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

12


Page 198

CNESST

12

MME P

Non conforme	Conforme
Séquelles actuelles : DAP 418015 perte fonctionnelle des deux ovaires 21%	Séquelles actuelles : DAP 418015 perte fonctionnelle des deux ovaires 21% DPJV 218133 manque d'intérêt avec diminution importante de la fréquence des activités sexuelles 10%
Séquelles antérieures : Aucune	Séquelles antérieures : Aucune
Autres déficits reliés à la bilatéralité : Aucun	Autres déficits reliés à la bilatéralité : Aucun


Direction de l'accès au régime et des services médicaux 13 

13

MME P

Un DPJV pour troubles de la fonction sexuelle est attribué :

- si ces troubles résultent de **séquelles permanentes aux organes génitaux externes ou internes**
- que ces séquelles soient de **cause** :
 - **anatomique** ou
 - **fonctionnelle (physiologique)**

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 14 

14


M. D.

M. DÉ, T de 44 ans, présente une **myélopathie cervicale** reconnue à la suite d'un traumatisme au travail.

Lors de l'évaluation des séquelles, le T décrit que les **relations sexuelles sont possibles mais avec difficultés érectiles importantes.**

Il rapporte **éviter les relations sexuelles à la suite d'échecs répétés.**

Le bilan des séquelles suivant pour trouble de la fonction sexuelle vous est soumis pour validation :

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 15 

15


M. D.

Séquelles actuelles :
 DAP 218535 relations sexuelles possibles mais avec difficultés documentées 15%

Séquelles antérieures :
 Aucune

Autres déficits reliés à la bilatéralité :
 Aucun


**Bilan des séquelles conforme ?
 Que pensez-vous de l'absence de DPJV ?**

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 16 

16

M. D.

- 1) Un DPJV ne peut être ajouté étant donné une atteinte classe 3 de la section pénis.
- 2) Un DPJV ne peut être ajouté étant donné qu'il s'agit d'une atteinte neurologique et non pas d'une séquelle permanente aux organes génitaux externes.
- 3) Un DPJV ne peut être ajouté étant donné les deux raisons précédentes.
- 4) Un DPJV doit être considéré au bilan des séquelles.


Direction de l'accès au régime et des services médicaux 17 

17

ATTEINTES PERMANENTES RELATIVES AUX TROUBLES DE LA FONCTION SEXUELLE

Un pourcentage de DAP peut être octroyé en tenant compte de la capacité résiduelle d'avoir des relations sexuelles consécutive à une :

- atteinte **anatomique**
- atteinte **fonctionnelle (physiologique)**

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 18 

18

TROUBLE DE LA FONCTION SEXUELLE PAR ATTEINTE NEUROLOGIQUE

Code	Description	% DPJV
II) GRADE DES SÉQUELLES SUPPLÉMENTAIRES (Ces séquellements s'ajoutent au pourcentage de base attribué au trouble principal)		
Classe 1 Il n'y a pas de séquellements supplémentaires pour ce trouble principal.		
218507	Aucun déficit	0
Classe 2 Relations sexuelles possibles, mais avec légères difficultés objectives et documentées		
218516	Relations sexuelles possibles, mais avec légères difficultés objectives et documentées	5
Classe 3 Relations sexuelles possibles, mais avec difficultés objectives et documentées		
218525	Relations sexuelles possibles, mais avec difficultés objectives et documentées	15
Classe 4 Relations sexuelles impossibles pour une cause anatomique ou physiologique objective (exemple : amputation du pénis)		
218534	Relations sexuelles impossibles pour une cause anatomique ou physiologique objective (exemple : amputation du pénis)	20
Le cas échéant, s'ajoute un pourcentage de DPJV pour les troubles de la fonction sexuelle		

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

19

APPAREIL GÉNITAL MÂLE : CHAPITRE IX

Code	Description	% DPJV
A. PÉNIS		
Classe 1 Aucun déficit		
218507	Aucun déficit	0
Classe 2 Relations sexuelles possibles, mais avec légères difficultés objectives et documentées		
218516	Relations sexuelles possibles, mais avec légères difficultés objectives et documentées	5
Classe 3 Relations sexuelles possibles, mais avec difficultés objectives et documentées		
218525	Relations sexuelles possibles, mais avec difficultés objectives et documentées	15
Classe 4 Relations sexuelles impossibles pour une cause anatomique ou physiologique objective (exemple : amputation du pénis)		
218534	Relations sexuelles impossibles pour une cause anatomique ou physiologique objective (exemple : amputation du pénis)	20
Le cas échéant, s'ajoute un pourcentage de DPJV pour les troubles de la fonction sexuelle		

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

20

ATTEINTES PERMANENTES RELATIVES AUX TROUBLES DE LA FONCTION SEXUELLE

Un pourcentage de DPJV pour troubles de la fonction sexuelle (pages 198 et 203 du barème) est attribué :

- si ces troubles résultent de **séquelles permanentes aux organes génitaux externes ou internes** prévues aux chapitres VIII et IX
- que ces séquelles soient de cause : **anatomique ou fonctionnelle (physiologique)**

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

21

APPAREIL GÉNITAL MÂLE : DPJV

Code	Description	% DPJV
E. TROUBLES DE LA FONCTION SEXUELLE Ces pourcentages ne sont attribués, le cas échéant, que s'il y a troubles de la fonction sexuelle résultant de séquelles permanentes aux organes génitaux externes ou internes, prévus à ce chapitre.		
I. Déficit mineur Manque d'intérêt suffisant pour entraîner une diminution de la fréquence des activités sexuelles, mais sans altération ou niveau de la satisfaction		
218124	Manque d'intérêt suffisant pour entraîner une diminution de la fréquence des activités sexuelles, mais sans altération ou niveau de la satisfaction	5
II. Déficit modéré Manque d'intérêt important pour entraîner une diminution importante de la fréquence, ou trouble parfait le déroulement du cycle sexuel régulier		
218133	Manque d'intérêt important pour entraîner une diminution importante de la fréquence, ou trouble parfait le déroulement du cycle sexuel régulier	10
III. Déficit majeur Échecs sexuels répétés conduisant à un évitement des activités sexuelles		
218142	Échecs sexuels répétés conduisant à un évitement des activités sexuelles	15
IV. Absence de fonctionnement sexuel		
218151	Toute activité sexuelle impossible	30

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

22

M. D.

Non conforme	Conforme
Séquelles actuelles : DAP 218535 relations sexuelles possibles mais avec difficultés documentées 15%	Séquelles actuelles : DAP 218535 relations sexuelles possibles mais avec difficultés documentées 15% DPJV 218703 échecs sexuels répétés conduisant à un évitement 15%
Séquelles antérieures : Aucune	Séquelles antérieures : Aucune
Autres déficits reliés à la bilatéralité : Aucun	Autres déficits reliés à la bilatéralité : Aucun

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

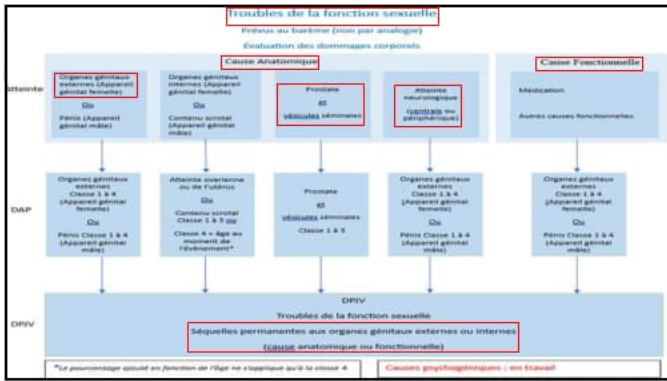
23

M. D.

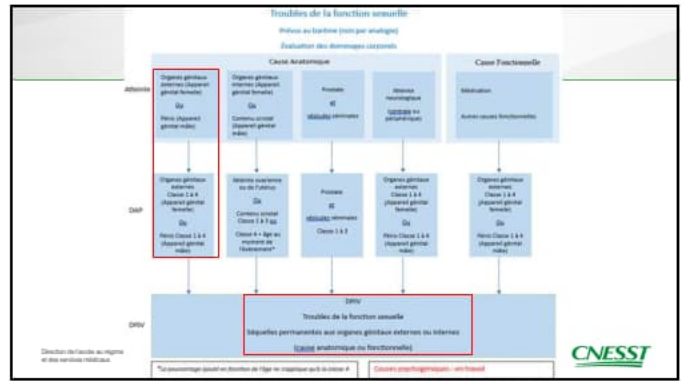
- Un pourcentage de DAP peut être octroyé en tenant compte de la capacité résiduelle d'avoir des relations sexuelles consécutive à une :
 - atteinte **anatomique**
 - atteinte **fonctionnelle (physiologique)**
- Un pourcentage de DPJV pour troubles de la fonction sexuelle (pages 198 et 203 du barème) est attribué :
 - si ces troubles résultent de **séquelles permanentes aux organes génitaux externes ou internes** prévues aux chapitres VIII et IX
 - que ces séquelles soient de cause : **anatomique ou fonctionnelle (physiologique)**

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

24



25



26

APPAREIL GÉNITAL FEMELLE : CHAPITRE VIII

B. ORGANES GÉNITAUX EXTERNES

Code	Description	% max
218002	Classe 1 Aucun déficit	0
218071	Classe 2 Relations sexuelles possibles, mais avec signes difficiles (accouchement par voie basse possible)	5
218080	Classe 3 Relations sexuelles possibles, mais avec difficultés (accouchement par voie basse limitée)	15
218099	Classe 4 Relations sexuelles impossibles (accouchement par voie basse impossible) et syndromes non contrôlés par traitement médical ou chirurgical	20

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

27

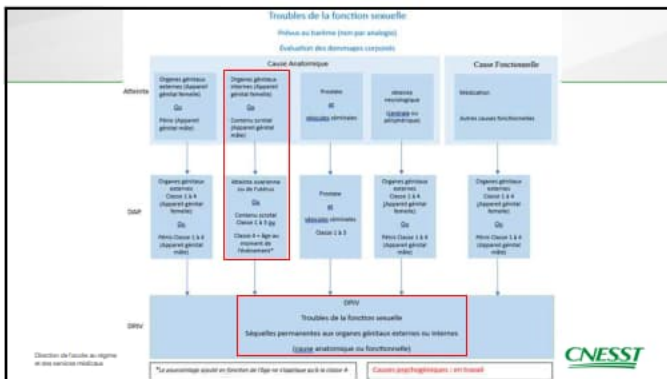
APPAREIL GÉNITAL MÂLE : CHAPITRE IX

A. PENIS

Code	Description	% max
218507	Classe 1 Aucun déficit	0
218516	Classe 2 Relations sexuelles possibles, mais avec légères difficultés objectives et documentées	5
218525	Classe 3 Relations sexuelles possibles, mais avec difficultés objectives et documentées	15
218534	Classe 4 Relations sexuelles impossibles pour une cause anatomique ou physiologique objective (exemple : amputation du pénis)	20

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

28



29

APPAREIL GÉNITAL FEMELLE : CHAPITRE VIII

A. ORGANES GÉNITAUX INTERNES

I. Ovaire

Code	Description	% max
318007	Perte d'un ovaire	7
418015	Perte anatomique ou fonctionnelle des deux ovaires, incluant la thérapie de remplacement	21
218026	De plus, s'ajoute un des pourcentages suivants, en fonction de l'âge	7
218035	☐ 50 ans et moins	7
218035	☐ 51 ans et plus	2

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

II. Perte de l'utérus

Code	Description	% max
218044	De plus, s'ajoute un pourcentage de DPJV en fonction de l'âge, jusqu'à 50 ans	10
218053	Le cas échéant, s'ajoute un pourcentage de DPJV pour les troubles de la fonction sexuelle	0

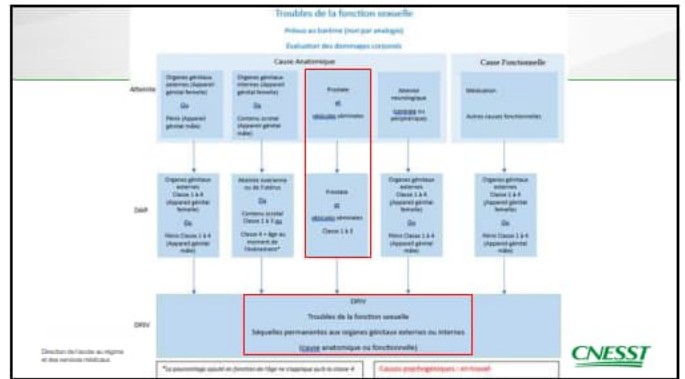
30

APPAREIL GÉNITAL MÂLE : CHAPITRE IX

Appareil génital mâle	
CODE	% DAP
I. ÉRECTILITÉ INTERMITTENTE	
218570	0
Classe 1 Aucun trouble	
218580	7
Classe 2 Manifestations épileptiques ou angorales à l'ère ou à l'ère des éléments du conduit, avec abaissement ou retardement post de traitement continué et sans anomalie de la fonction séminale ou hormonale (exemple : épiphénomène épileptique, perte d'un testicule)	
218590	15
Classe 3 Manifestations épileptiques ou angorales à l'ère ou à l'ère des éléments du conduit, avec abaissement ou retardement post de traitement continué fréquente ou continue et avec des anomalies structurales ou hormonales objectives	
218600	21
Classe 4 Perte anatomique ou fonctionnelle complète bilatérale des éléments continus dans le scrotum	
218614	7
218623	7
Le cas échéant, s'ajoute un pourcentage de DPJV pour les troubles de la fonction sexuelle	

Direction de l'accès au régime et des services médicaux CNESST

31



32

APPAREIL GÉNITAL MÂLE : CHAPITRE IX

Appareil génital mâle	
CODE	% DAP
I. PROSTATE ET VÉSICULES SÉMINALES	
218632	0
Classe 1 Aucun déficit	
218641	5
218650	4
Classe 2 Manifestations intermittentes et objectives d'une atteinte ■ de la prostate ■ d'une vésicule séminale	
218669	10
218678	12
Classe 3 Manifestations fréquentes, sévères et objectives nécessitant des traitements continus ■ de la prostate ■ des vésicules séminales	
Le cas échéant, s'ajoute un pourcentage de DPJV pour les troubles de la fonction sexuelle	

Direction de l'accès au régime et des services médicaux CNESST

33

ATTEINTES PERMANENTES RELATIVES AUX TROUBLES DE LA FONCTION SEXUELLE

Principes généraux :

Une atteinte :

- des organes génitaux internes de l'appareil génital femelle
- du contenu scrotal
- de la prostate ou des vésicules séminales

- ne donne pas droit à un DAP distinct en lien avec la capacité résiduelle d'avoir des relations sexuelles (section « organes génitaux externes » de l'appareil génital femelle et à la section « pénis » de l'appareil génital mâle)
- permet l'ajout d'un DPJV pour troubles de la fonction sexuelle

Direction de l'accès au régime et des services médicaux CNESST

34

APPAREIL GÉNITAL FEMELLE : CHAPITRE VIII

A. ORGANES GÉNITAUX INTERNES	
I. Ovaire	
318007	7
418015	21
■ Perte anatomique ou fonctionnelle des deux ovaires, incluant la thérapie de remplacement de plus, s'ajoute un des pourcentages suivants, en fonction de l'âge	
218026	7
218035	2
Le cas échéant, s'ajoute un pourcentage de DPJV pour les troubles de la fonction sexuelle	
218044	10
II. Perte de l'utérus	
218053	0
De plus, s'ajoute un pourcentage de DPJV en fonction de l'âge, jusqu'à 50 ans	
Le cas échéant, s'ajoute un pourcentage de DPJV pour les troubles de la fonction sexuelle	

Direction de l'accès au régime et des services médicaux CNESST

35

APPAREIL GÉNITAL MÂLE : CHAPITRE IX

Appareil génital mâle	
CODE	% DAP
I. CONTENU SCROTAL	
218570	0
Classe 1 Aucun trouble	
218580	7
Classe 2 Manifestations épileptiques ou angorales à l'ère ou à l'ère des éléments du conduit, avec abaissement ou retardement post de traitement continué et sans anomalie de la fonction séminale ou hormonale (exemple : épiphénomène épileptique, perte d'un testicule)	
218590	15
Classe 3 Manifestations épileptiques ou angorales à l'ère ou à l'ère des éléments du conduit, avec abaissement ou retardement post de traitement continué fréquente ou continue et avec des anomalies structurales ou hormonales objectives	
218600	21
Classe 4 Perte anatomique ou fonctionnelle complète bilatérale des éléments continus dans le scrotum	
218614	7
218623	7
Le cas échéant, s'ajoute un pourcentage de DPJV pour les troubles de la fonction sexuelle	

Direction de l'accès au régime et des services médicaux CNESST

36

APPAREIL GÉNITAL MÂLE : CHAPITRE IX

Appareil génital mâle

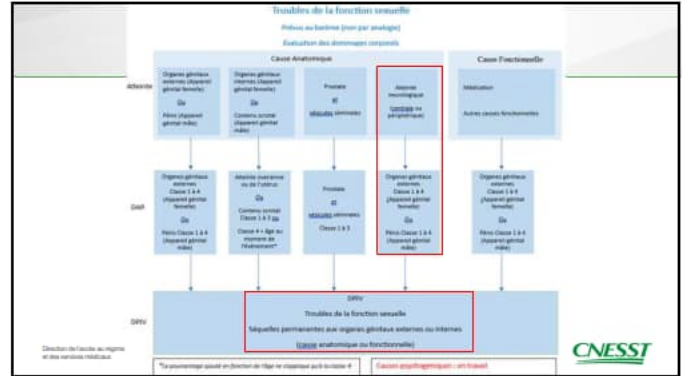
CODF	% DAP
B. PROSTATE ET VESICULES SEMINALES	
218532	0
Classe 1 Aucun déficit	
Classe 2 Manifestations intermittentes et objectives d'une atteinte	
218541	5
218550	4
Classe 3 Manifestations fréquentes, sévères et objectives nécessitant des traitements continus	
218569	10
218678	12

■ de la prostate
 ■ des vésicules séminales

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

Direction de l'accès au régime et des services médicaux CNESST

37



38

TROUBLE DE LA FONCTION SEXUELLE PAR ATTEINTE NEUROLOGIQUE

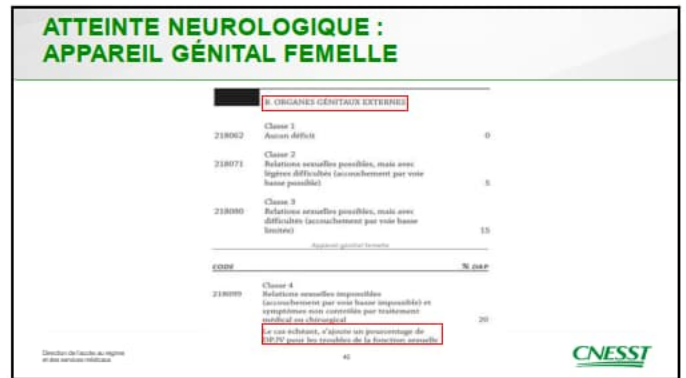
Appareil génital féminin

CODF	% DAP
B. ORGANES GÉNITAUX EXTERNES	
218602	0
Classe 1 Aucun déficit	
218671	5
Classe 2 Relations sexuelles possibles, mais avec degrés difficiles (accouchement par voie basse possible)	
218680	15
Classe 3 Relations sexuelles possibles, mais avec difficultés (accouchement par voie basse limitée)	
Classe 4 Relations sexuelles impossibles (accouchement par voie basse impossible) ou septuagénaires non contrôlés par traitement médical ou chirurgical	
218699	20

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

Direction de l'accès au régime et des services médicaux CNESST

39



40

ATTEINTE NEUROLOGIQUE : APPAREIL GÉNITAL MÂLE

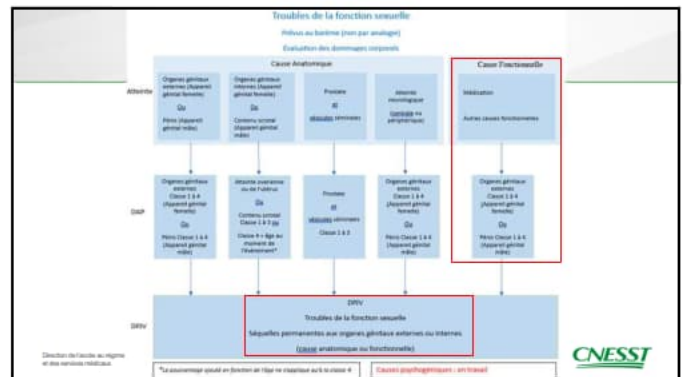
Appareil génital mâle

CODF	% DAP
B. PROSTATE ET VESICULES SEMINALES	
218532	0
Classe 1 Aucun déficit	
218516	5
Classe 2 Relations sexuelles possibles, mais avec légères difficultés objectives et documentées	
218525	15
Classe 3 Relations sexuelles possibles, mais avec difficultés objectives et documentées	
218534	20

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

Direction de l'accès au régime et des services médicaux CNESST

41



42

ATTEINTE FONCTIONNELLE : APPAREIL GÉNITAL FEMELLE

B. ORGANES GÉNITAUX EXTERNES		
218462	Classe 1 Aucun déficit	0
218471	Classe 2 Relations sexuelles possibles, mais avec légères difficultés (accouchement par voie basse possible)	5
218480	Classe 3 Relations sexuelles possibles, mais avec difficultés (accouchement par voie basse limitée)	15
<i>Appareil génital féminin</i>		
CODE	W. IAF*	
218489	Classe 4 Relations sexuelles impossibles (accouchement par voie basse impossible) et appariement non contrôlé par traitement médical ou chirurgical. Le cas échéant, s'ajoute un pourcentage de DRV pour les troubles de la fonction sexuelle	20

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

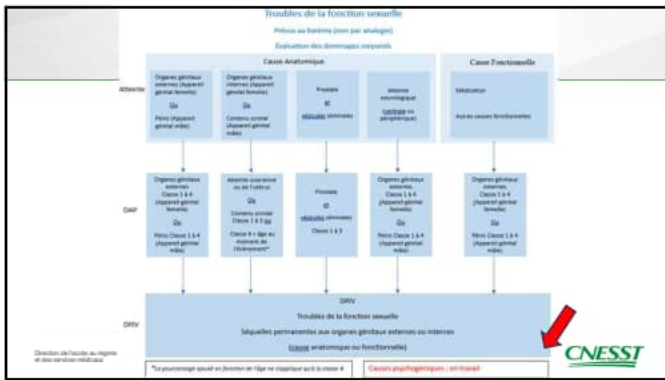
43

ATTEINTE FONCTIONNELLE : APPAREIL GÉNITAL MÂLE

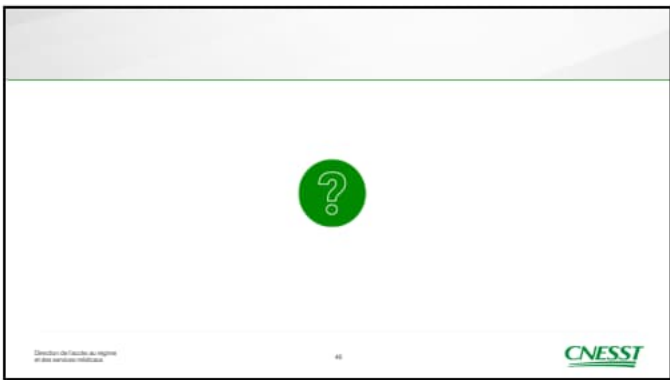
A. PÉNIS		
218507	Classe 1 Aucun déficit	0
218516	Classe 2 Relations sexuelles possibles, mais avec légères difficultés objectives et documentées	5
218525	Classe 3 Relations sexuelles possibles, mais avec difficultés objectives et documentées	15
218534	Classe 4 Relations sexuelles impossibles pour une cause anatomique ou physiologique objective (exemple : amputation du pénis) Le cas échéant, s'ajoute un pourcentage de DRV pour les troubles de la fonction sexuelle	20

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

44



45



46

**ATTEINTE PERMANENTE
DES TISSUS MOUS
D'UN MEMBRE**

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux
29 octobre 2024

Direction de l'accès au régime,
du travail et de la sécurité de travail
cnesst.gouv.qc.ca




1

REPRODUCTION INTERDITE

La présente formation et son contenu sont
la propriété de la CNESST.

Toute diffusion dans un autre contexte
ou sous un autre support est interdite.

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux



2

**COMITÉ SUR LES
SITUATIONS PARTICULIÈRES DU BARÈME**


Membres :

[Redacted names]

Avec la collaboration de :

[Redacted names]

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux




3

OBJECTIF

- Présenter la mise à jour du guide d'interprétation et d'application du barème en lien avec les atteintes permanentes des tissus mous

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux



4

PRINCIPAUX CHANGEMENTS

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux




5

SÉQUELLES FONCTIONNELLES

- Diminution objectivée de la fonction d'une structure anatomique, sans égard au maintien ou à l'altération de la substance de cette structure.
- Cette diminution objectivée de la fonction des tissus mous d'un membre peut être, notamment :
 - une **instabilité** (à moins que cette instabilité soit déjà prévue au barème comme au tableau 9 des instabilités du genou);
 - une **faiblesse aux mouvements résistés**;
 - une **ankylose**;
 - une **manœuvre spécifique positive**.

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux



6

ATROPHIE DES TISSUS MOUS

- Une **atrophie des tissus mous d'un membre** qui ne cause pas une diminution de la fonction de ce membre **n'est pas considérée comme une séquelle fonctionnelle**.

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

7

CNESST

7

GONFLEMENT DES TISSUS MOUS

- Un **gonflement des tissus mous d'un membre** qui ne cause pas une diminution de la fonction de ce membre **n'est pas considéré comme une séquelle fonctionnelle**.

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

8

CNESST

8

SPASME AU NIVEAU DES TISSUS MOUS

- Un **spasme des tissus mous d'un membre** qui ne cause pas une diminution de la fonction de ce membre **n'est pas considéré comme une séquelle fonctionnelle**.

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

9

CNESST

9

MME D-F

T de 41 ans, sans antécédent. Elle présente une tendinite de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite consolidée avec atteinte permanente sans limitation fonctionnelle.

Lors du REM réalisé 1 an après l'événement d'origine, aucune plainte subjective.

Une atrophie musculaire de 1 cm est mesurée à la partie moyenne du bras droit. L'examen objectif est normal par ailleurs. L'imagerie réalisée est négative.

Le bilan des séquelles suivant vous est soumis pour validation :

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

10

CNESST

10

MME D-F

Séquelles actuelles :

102383 atteinte permanente des tissus mous
du membre supérieur droit avec séquelles fonctionnelles 2 %

Séquelles antérieures :

Aucune

Autres déficits reliés à la bilatéralité :

Aucun

Bilan des séquelles conforme ?

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

11

CNESST

11

MME D-F

- 1) Le bilan des séquelles est conforme.
- 2) Le bilan des séquelles n'est pas conforme.

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

12

CNESST

12

ATTEINTE PERMANENTE DES TISSUS MOUS DU MEMBRE SUPÉRIEUR

c) ATTEINTE DES TISSUS MOUS (MEMBRE SUPÉRIEUR)

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

102365	■ sans séquelle fonctionnelle, ni changement radiologique	0
102374	■ sans séquelle fonctionnelle, mais avec changements radiologiques	1
102383	■ avec séquelles fonctionnelles de plus, se référer au tableau des ankyloses de la ou des articulations atteintes ainsi qu'au tableau 5 des atrophies du membre supérieur	2 dap

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

13

CNESST

Page 32

13

ATROPHIE MUSCULAIRE PERMANENTE DU MEMBRE SUPÉRIEUR

TABLEAU 5

ATROPHIE MUSCULAIRE PERMANENTE DU MEMBRE SUPÉRIEUR

106272	Atrophie musculaire permanente, de 3 cm et plus, mesurée à la partie moyenne du bras, incluant la faiblesse musculaire qui pourrait en résulter	3,5
106281	Atrophie musculaire permanente de 2 cm et plus, mesurée au tiers supérieur de l'avant-bras, incluant la faiblesse musculaire qui pourrait en résulter	2,5

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

14

CNESST

Page 61

14

SÉQUELLES FONCTIONNELLES

- Diminution objectivee de la fonction d'une structure anatomique, sans égard au maintien ou à l'altération de la substance de cette structure.
- Cette diminution objectivee de la fonction des tissus mous d'un membre peut être, notamment :
 - une instabilité (à moins que cette instabilité soit déjà prévue au barème comme au tableau 9 des instabilités du genou);
 - une faiblesse aux mouvements résistés;
 - une ankylose;
 - une manœuvre spécifique positive.

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

15

CNESST

15

ATROPHIE DES TISSUS MOUS

- Une atrophie des tissus mous d'un membre qui ne cause pas une diminution de la fonction de ce membre n'est pas considérée comme une séquelle fonctionnelle.

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

16

CNESST

16

MME D-F

Non conforme

Séquelles actuelles :

102383 atteinte permanente des tissus mous du membre supérieur droit avec séquelles fonctionnelles

2 %

Séquelles antérieures :

Aucune

Autres déficits reliés à la bilatéralité :

Aucun

Conforme

Séquelles actuelles :

102385 atteinte permanente des tissus mous du membre supérieur droit sans séquelle fonctionnelle, ni changement radiologique

0 %

Séquelles antérieures :

Aucune

Autres déficits reliés à la bilatéralité :

Aucun

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

17

CNESST

17

MME D-F

- Le code 102383 pour une atteinte des tissus mous du membre supérieur droit avec séquelles fonctionnelles pour un DAP de 2% n'est pas justifié car aucune diminution objectivee de la fonction
- Le code 102365 pour une atteinte permanente des tissus mous du membre supérieur droit sans séquelle fonctionnelle, ni changement radiologique pour un DAP de 0 % s'applique.
- Aussi, tel que prévu au barème, nous référons au tableau 5 des atrophies musculaires du membre supérieur car l'atrophie musculaire décrite correspondant à ce tableau. Étant donné la mesure objectivee, pas de code supplémentaire applicable.

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

18

CNESST

18

ET SI PRÉSENCE D'UNE ATROPHIE MUSCULAIRE CORRESPONDANT TABLEAU 5 MAIS SANS SÉQUELLE FONCTIONNELLE ?

TABLEAU 5		
ATROPHIE MUSCULAIRE PERMANENTE DU MEMBRE SUPÉRIEUR		
106272	Atrophie musculaire permanente, de 3 cm et plus, mesurée à la partie moyenne du bras, incluant la faiblesse musculaire qui pourrait en résulter	3,5
106281	Atrophie musculaire permanente de 2 cm et plus, mesurée au tiers supérieur de l'avant-bras, incluant la faiblesse musculaire qui pourrait en résulter	2,5

Page 61

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

19

CNESST

19

DE PLUS ...

c) ATTEINTE DES TISSUS MOUS (MEMBRE SUPÉRIEUR)

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

102365	■ sans séquelle fonctionnelle, ni changement radiologique	0
102374	■ sans séquelle fonctionnelle, mais avec changements radiologiques	1
102383	■ avec séquelles fonctionnelles	2

de plus se référer au tableau de ankyloses de la ou des articulations atteintes ainsi qu'au tableau 5 des atrophies du membre supérieur

dap

Page 32

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

20

CNESST

20

DE PLUS ...

4. Biceps

i. Rupture musculo-tendineuse

100296	■ non opérée	2
100303	■ opérée	2

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

dap

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

21

CNESST

21

DE PLUS ...

A. REIN

a) SÉQUELLES ANATOMIQUES

317008	I. Néphrectomie totale unilatérale	10
417016	II. Néphrectomie totale bilatérale	30
317026	III. Néphrectomie partielle unilatérale	5
417034	IV. Néphrectomie partielle bilatérale	15
217045	V. Lésions calcifiées cicatricielles	1
217054	VI. Sclérose périénaire objective	1
217063	VII. Lumbotomie	3

de plus s'ajoutent les pourcentages prévus pour les séquelles fonctionnelles ci-dessous

dap

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

22

CNESST

22

MME L-D

T de 37 ans qui présente une tendinite de l'épaule droite consolidée avec atteinte permanente sans limitation fonctionnelle.

Lors du REM réalisé 9 mois après l'événement d'origine, aucune plainte subjective.

L'examen objectif est normal à l'exception d'une petite atrophie du sus-épineux. L'IRM de l'épaule est dans les limites de la normale.

Le bilan des séquelles suivant vous est soumis pour validation :

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

23

CNESST

23

MME L-D

Séquelles actuelles :
102383 atteinte permanente des tissus mous du membre supérieur droit avec séquelle fonctionnelle 2 %

Séquelles antérieures :
Aucune

Autres déficits reliés à la bilatéralité :
Aucun

Bilan des séquelles conforme ?

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

24

CNESST

24

MME L-D

- 1) Le bilan des séquelles est conforme.
- 2) Le bilan des séquelles n'est pas conforme.

25

ATTEINTE PERMANENTE DES TISSUS MOUS DU MEMBRE SUPÉRIEUR

↳ ATTEINTE DES TISSUS MOUS (MEMBRE SUPÉRIEUR)

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

102365	■ sans séquelle fonctionnelle, ni changement radiologique	0
102374	■ sans séquelle fonctionnelle, mais avec changements radiologiques	1
102383	■ avec séquelles fonctionnelles	2

de plus, se référer au tableau de l'ankylose
de la ou des articulations atteintes ainsi qu'au
tableau 5 des atrophies du membre supérieur

dap

Page 32

26

ATROPHIE MUSCULAIRE PERMANENTE DU MEMBRE SUPÉRIEUR

TABLEAU 5

ATROPHIE MUSCULAIRE PERMANENTE DU MEMBRE SUPÉRIEUR

106272	Atrophie musculaire permanente, de 3 cm et plus, mesurée à la partie moyenne du bras, incluant la faiblesse musculaire qui pourrait en résulter	3,5
106281	Atrophie musculaire permanente de 2 cm et plus, mesurée au tiers supérieur de l'avant-bras, incluant la faiblesse musculaire qui pourrait en résulter	2,5

Page 81

27

SÉQUELLES FONCTIONNELLES

- Diminution objectivée de la fonction d'une structure anatomique, sans égard au maintien ou à l'altération de la substance de cette structure.
- Cette diminution objectivée de la fonction des tissus mous d'un membre peut être, notamment :
 - une instabilité (à moins que cette instabilité soit déjà prévue au barème comme au tableau 9 des instabilités du genou);
 - une faiblesse aux mouvements résistés;
 - une ankylose;
 - une manœuvre spécifique positive.

28

ATROPHIE DES TISSUS MOUS

- Une atrophie des tissus mous d'un membre qui ne cause pas une diminution de la fonction de ce membre n'est pas considérée comme une séquelle fonctionnelle.

29

MME L-D

Non conforme

Séquelles actuelles :

102383 atteinte permanente des tissus mous du membre supérieur droit avec séquelle fonctionnelle

2 %

Séquelles antérieures :

Aucune

Autres déficits reliés à la bilatéralité :

Aucun

Conforme

Séquelles actuelles :

102365 atteinte permanente des tissus mous du membre supérieur droit sans séquelle fonctionnelle, ni changement radiologique

0%

Séquelles antérieures :

Aucune

Autres déficits reliés à la bilatéralité :

Aucun

30

MME L-D

Le **code 102365 pour un DAP de 0 %** pour atteinte permanente des tissus mous du membre supérieur droit sans séquelle fonctionnelle, ni changement radiologique est justifié :

- **présence d'une atteinte objective des tissus mous** et
- **absence de séquelle fonctionnelle ou de changement radiologique.**

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 21

31

M. D-B

Un T s'est infligé une **lacération** au poignet gauche sectionnant **5 tendons extenseurs** ainsi qu'une tendinite de l'épaule gauche prouvée par imagerie.

À la suite de la consolidation, l'examen démontre une **perte de 20° d'extension du poignet**.

La **cicatrice** est de belle apparence, non rétractile et **non vicieuse**.

L'examen de l'épaule gauche est normal.

Le bilan des séquelles suivant vous est soumis pour validation :

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 22

32

M. D-B

Séquelles actuelles :

102383 atteinte permanente des tissus mous du membre supérieur gauche avec séquelles fonctionnelles (poignet gauche)	2%
102374 atteinte permanente des tissus mous du membre supérieur gauche sans séquelle fonctionnelle, mais avec changement radiologiques (épaule gauche)	1%
106183 perte de 20° d'extension du poignet	1%
224242 cicatrice poignet gauche	0%

Séquelles antérieures :
Aucune

Autres déficits liés à la bilatéralité :
Aucun

Bilan des séquelles conforme ?

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 23

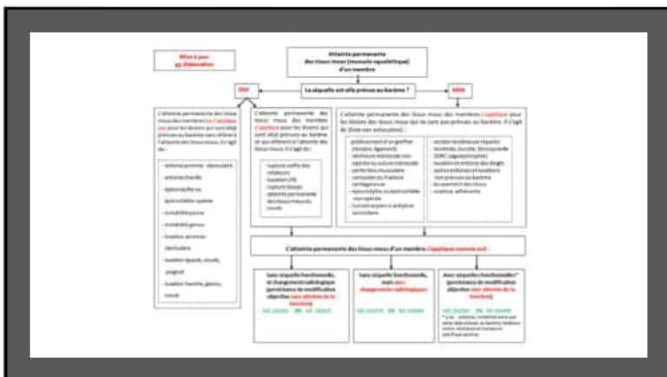
33

M. D-B

- 1) Le bilan des séquelles est conforme.
- 2) Le bilan des séquelles n'est pas conforme.

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 24

34



35

PRINCIPES GÉNÉRAUX : ATTEINTE PERMANENTE DES TISSUS MOUS

1) Le travailleur peut se voir octroyer un code pour une **atteinte permanente des tissus mous des membres** supérieurs ou inférieurs (pages 32 et 44 du barème) lorsqu'il conserve une telle atteinte et que **cette atteinte ne peut être assimilée à aucune autre séquelle prévue ailleurs au barème.**

Bien que prévues au barème, une **ankylose** de l'articulation atteinte ou une **atrophie musculaire** du membre atteint n'empêchent pas l'octroi d'une atteinte permanente des tissus mous des membres.

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 25

36

PRINCIPES GÉNÉRAUX : ATTEINTE PERMANENTE DES TISSUS MOUS

2) Malgré le principe établi en 1), le travailleur peut se voir octroyer un code pour une atteinte permanente des tissus mous des membres même lorsqu'il conserve une séquelle pour laquelle un code est prévu ailleurs au barème, si ce code renvoie expressément à l'évaluation des tissus mous.

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

27



37

PRINCIPES GÉNÉRAUX : ATTEINTE PERMANENTE DES TISSUS MOUS

3) Le T est réputé conserver des **séquelles fonctionnelles** (code 102383 ou 103499 pour un DAP 2%) lorsque le professionnel de la santé évaluateur constate une **diminution objectivée de la fonction** d'une structure anatomique qualifiée de « tissus mous d'un membre », **sans égard au maintien ou à l'altération de la substance de cette structure**.

Cette diminution objectivée de la fonction des tissus mous d'un membre peut être, **notamment** :

- une **instabilité** (à moins que cette instabilité soit déjà prévue au barème comme au tableau 9 des instabilités du genou);
- une **faiblesse aux mouvements résistés**;
- une **ankylose**;
- ou une **manœuvre spécifique positive**.

Également, en présence d'**ankylose** ou d'**atrophie musculaire**, se référer aux tableaux correspondants **en plus de l'atteinte des tissus mous** des membres avec séquelles fonctionnelles.

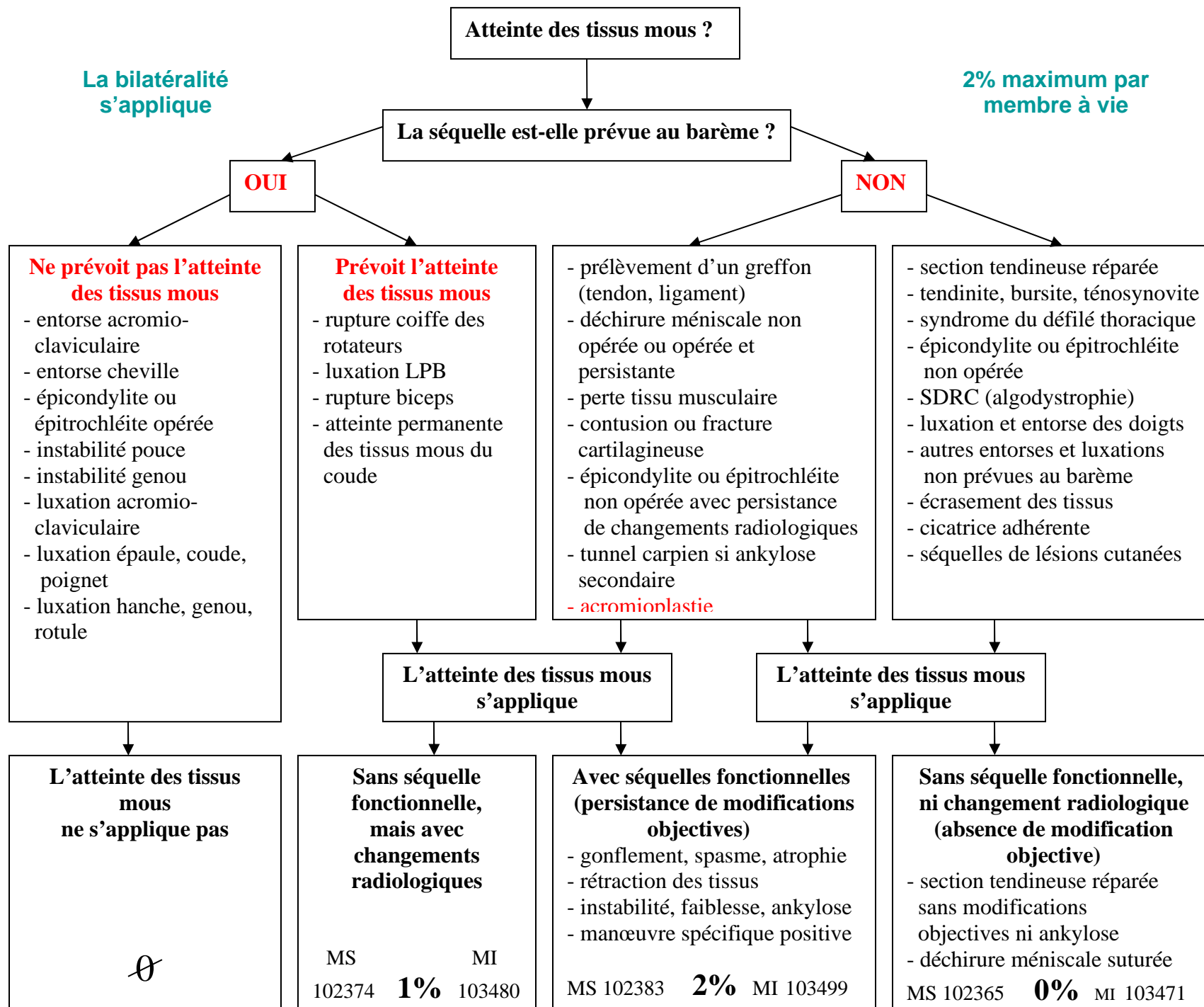
Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

28



38

Algorithme – Atteinte des tissus mous



Bilatéralité

1

LES CODES

1

2 3 4 5

6

PRÉFIXE

CODE DE SÉQUELLE

CHIFFRE VALIDEUR

2

* PRÉFIXE :

1

2

3

4

5

6

INDICATEUR EN RAPPORT AVEC L'APPLICATION DE LA BILATÉRALITÉ

3

Article 85 de la LATMP

Pourcentage additionnel

85. Le barème des indemnités pour préjudice corporel adopté par règlement doit permettre de déterminer un pourcentage additionnel lorsqu'un travailleur subit, en raison d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, des déficits anatomo-physiologiques à des organes symétriques ou un déficit anatomo-physiologique à un organe symétrique à celui qui est déjà atteint.

À cette fin, le barème tient compte de la nature des organes atteints et du caractère anatomique ou fonctionnel des déficits.

4

Article 7 du règlement sur le barème des dommages corporels

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

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

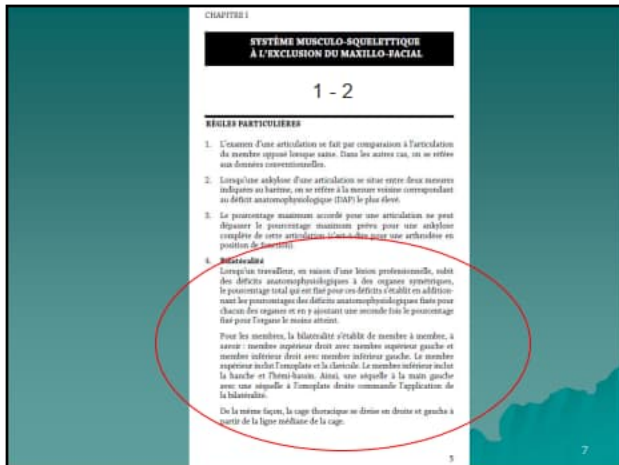
Dans le cas de lésion préexistante à celle évaluée, les séquelles de la lésion préexistante sont évaluées suivant le barème, mais seulement aux fins du calcul des dommages bilatéraux.

5

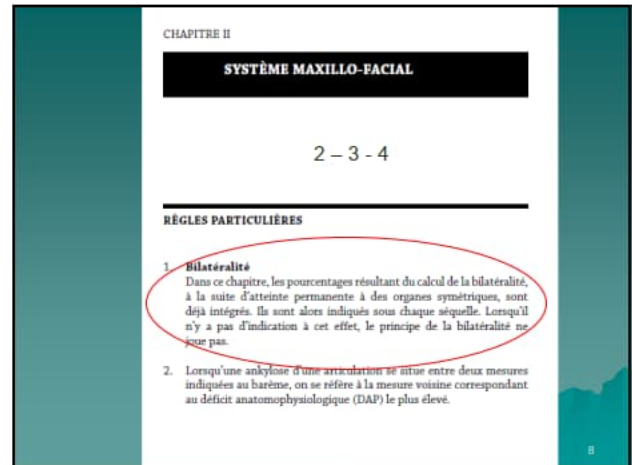
Article 8 du règlement sur le barème des dommages corporels

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

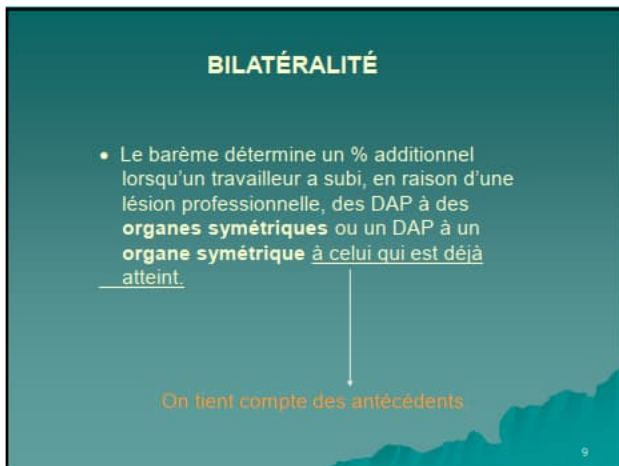
6



7



8



9



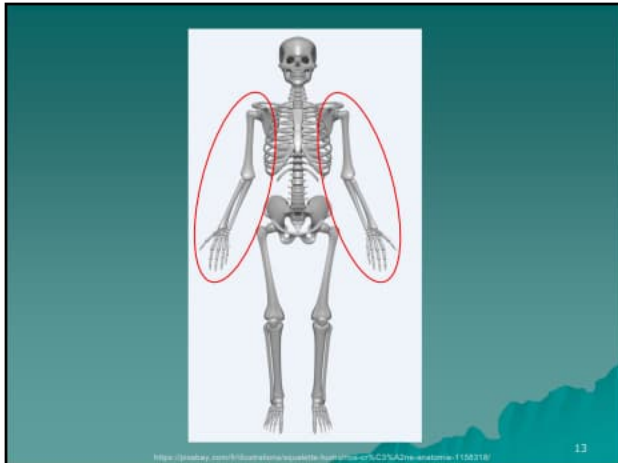
10



11



12



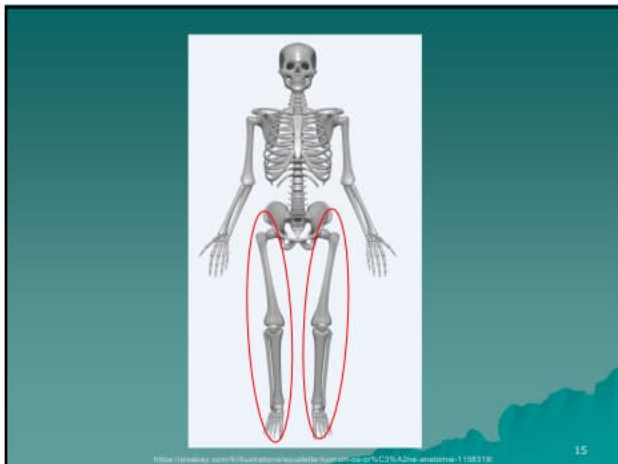
13

BILATÉRALITÉ (suite)

Pour le système musculo-squelettique:

- Pour les **membres**, la bilatéralité s'établit de membre à membre:
 - membre supérieur droit avec membre supérieur gauche
Le membre **supérieur** inclut l'omoplate et la clavicule.
 - membre inférieur droit avec membre inférieur gauche.
Le membre **inférieur** inclut la hanche et l'hémi-bassin.

14



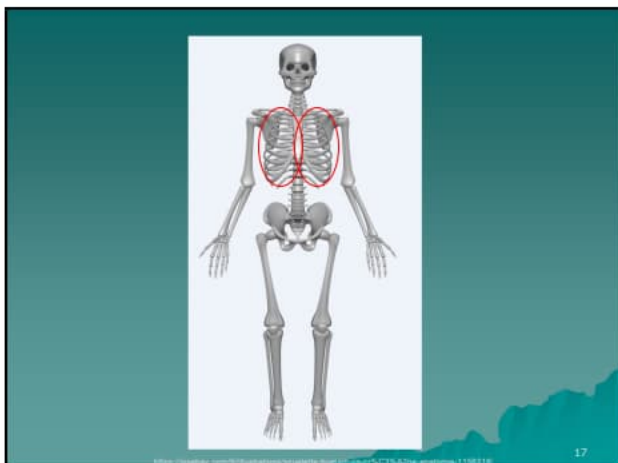
15

BILATÉRALITÉ (suite)

Pour le système musculo-squelettique:

- Pour les **membres**, la bilatéralité s'établit de membre à membre:
 - membre supérieur droit avec membre supérieur gauche
Le membre **supérieur** inclut l'omoplate et la clavicule.
 - membre inférieur droit avec membre inférieur gauche.
Le membre **inférieur** inclut la hanche et l'hémi-bassin.
- La **cage thoracique** se divise en deux (droite et gauche) à partir de la ligne médiane de la cage.

16



17

• **PREFIXE :** 1 0 2 8 3 7

INDICATEUR EN RAPPORT AVEC L'APPLICATION DE LA BILATÉRALITÉ

- ◆ Préfixe «1» : le principe de bilatéralité s'applique

Exemples : - système musculo-squelettique chapitre 1 (membres supérieurs et inférieurs)

18

Code	% DAP
100000	1
100001	2
100002	1
100003	1
100004	2
100005	1
100006	2
100007	0
100008	4
100009	2
100010	2
100011	2
100012	4
100013	2
100014	2
100015	2
100016	2
100017	2
100018	2
100019	2
100020	2
100021	2
100022	2
100023	2
100024	2
100025	2
100026	2
100027	2
100028	2
100029	2
100030	2
100031	2
100032	2
100033	2
100034	2
100035	2
100036	2
100037	2
100038	2
100039	2
100040	2
100041	2
100042	2
100043	2
100044	2
100045	2
100046	2
100047	2
100048	2
100049	2
100050	2
100051	2
100052	2
100053	2
100054	2
100055	2
100056	2
100057	2
100058	2
100059	2
100060	2
100061	2
100062	2
100063	2
100064	2
100065	2
100066	2
100067	2
100068	2
100069	2
100070	2
100071	2
100072	2
100073	2
100074	2
100075	2
100076	2
100077	2
100078	2
100079	2
100080	2
100081	2
100082	2
100083	2
100084	2
100085	2
100086	2
100087	2
100088	2
100089	2
100090	2
100091	2
100092	2
100093	2
100094	2
100095	2
100096	2
100097	2
100098	2
100099	2
100100	2

19

PRÉFIXE : 1 0 2 8 3 7

INDICATEUR EN RAPPORT AVEC L'APPLICATION DE LA BILATÉRALITÉ

◆ Préfixe «1» : le principe de bilatéralité s'applique

Exemples : - système musculo-squelettique chapitre 1 (membres supérieurs et inférieurs)
- système nerveux périphérique chapitre 4

20

SYSTÈME NERVEUX PÉRIPHÉRIQUE	MOYENS (classes)					RÉSULTATS (classes)		
	I	II	III	IV	V	I	II	III
STRUCYBRES	0,8	20 %	0,208	25 %	1,04	0,8	20 %	1,04
LESSES	% DAP	% DAP	% DAP	% DAP	% DAP	% DAP	% DAP	% DAP
SACRIS NERVEUX	111505	111649	111703	111855	111909	112011	112065	112169
C.5	0	4	8	12	16	0	2	4
C.6	0	4,3	8,6	12,9	17,2	0	1,5	3
C.7	111923	111967	112011	112055	112100	112229	112263	112304
C.8	0	8	16	24	32	0	1	2
L.1	111941	111985	112029	112073	112117	112247	112281	112322
L.2	0	3	6	9	12	0	1	2
L.3	111969	112013	112057	112101	112145	112275	112309	112348
L.4	0	3	6	9	12	0	1	2
L.5	111997	112041	112085	112129	112173	112303	112337	112376
S.1	111997	112041	112085	112129	112173	112303	112337	112376

21

PRÉFIXE : 2 0 3 5 0 4

INDICATEUR EN RAPPORT AVEC L'APPLICATION DE LA BILATÉRALITÉ

◆ Préfixe «2» : le principe de bilatéralité ne s'applique pas

Exemples : - fracture du sacrum code 202453
- fracture du coccyx code 202462

22

B. BASSIN		
a) FRACTURE		
i. Consolidée sans déplacement		
102392	■ sans séquelle fonctionnelle, avec ou sans changement radiologique	0
ii. Consolidée avec déplacement		
■ sans séquelle fonctionnelle		
102409	□ branche ischio-pubienne ou ilio-pubienne unilatérale	1
102427	□ os iliaque	1
102436	□ os innominé	1
102444	□ intra-articulaire de la symphyse pubienne sans diastasis	2,5
202453	□ sacrum	1
202462	□ coccyx	1
102471	en l'absence de consolidation, s'ajoute le pourcentage additionnel suivant	1
■ avec séquelles fonctionnelles		
102481	□ branche ischio-pubienne ou ilio-pubienne unilatérale	1,5
32		

23

PRÉFIXE : 2 0 3 5 0 4

INDICATEUR EN RAPPORT AVEC L'APPLICATION DE LA BILATÉRALITÉ

◆ Préfixe «2» : le principe de bilatéralité ne s'applique pas

Exemples : - fracture du sacrum code 202453
- fracture du coccyx code 202462
- système nerveux central chapitre 3

24

CODE	% DAP
A. CERVEAU	
DEFICIT DES FONCTIONS CÉRÉBRALES	
a) HYDROMIE CÉRÉBRALE ORGANIQUE - COGNITIVE ET ÉMOTIVE	
Les déficits qui découlent d'une atteinte unilatérale peuvent se manifester par des troubles de l'attention, de la compréhension, de la mémoire (immédiate et ancienne), de jugement, de l'auto-critique, de même que par l'incapacité de prendre des décisions, des troubles de l'humour (éphémère et dépressif), de l'axe et des phases éprouvées de l'attention à la frustration, des troubles du comportement et autres.	
211001	15
Classé 1 Il y a atteinte des fonctions cérébrales intégrées, mais le travailleur est capable de remplir la plupart des activités de la vie quotidienne.	
211014	45
Classé 2 L'ampleur du déficit est telle que le travailleur nécessite une certaine surveillance ou des directives de la part de son entourage, pour l'exécution de plusieurs activités de la vie quotidienne.	
211023	80
Classé 3 L'ampleur du déficit est telle que le travailleur requiert une surveillance constante et le soutien à domicile ou en institution.	
211032	100
Classé 4 L'ampleur du déficit est telle que le travailleur ne peut prendre soin de sa propre personne.	

25

PRÉFIXE : 3 1 7 0 0 8

INDICATEUR EN RAPPORT AVEC L'APPLICATION DE LA BILATÉRALITÉ

◆ Préfixe «3» : indique qu'un seul des 2 organes symétriques est atteint et prévoit un code pour la bilatéralité commençant par le préfixe «4»

Exemples : - système maxillo-facial chapitre 2

26

CODE	% DAP	CODE	% DAP
208025	5	308768	1
b) NEZ		408776	3
1. Nez externe (nez gros et tapageux)		308786	2
i. Perte de substance		408794	4
208024	0,5	308802	2
208043	0,5	408810	4
208052	0,5		
208061	0,5		
ii. Conséquences visuelles		b) MAXILLAIRE INFÉRIEUR	
208070	0,5	a) COL DU COINTE	
208080	0,5	i. Fracture consécutive	
de plus, s'ajoutent les pourcentages prévus pour les séquelles ou son absence		208021	0
2. Nez interne		208030	3
i. Troubles du flux aérique		ii. Perte de substance entraînant une dysfunction temporaire-mandibulaire ou un handicap	
308007	1	de plus, se référer au tableau 13 des séquelles des articulations temporo-mandibulaires, sans déduire les pourcentages prévus pour une atteinte complète de ces articulations.	
408703	3	iii. Parodontite	
ii. Troubles trophiques		208040	1
208714	1	208050	3
208722	1	le cas échéant, s'ajoutent les pourcentages prévus au tableau 14 des atteintes et pertes dentaires.	
208732	1		
iii. Inflammation de la cavité nasale			
i. Séquelles de sinusite			
308740	1		
408758	3		

27

PRÉFIXE : 3 1 7 0 0 8

INDICATEUR EN RAPPORT AVEC L'APPLICATION DE LA BILATÉRALITÉ

◆ Préfixe «3» : indique qu'un seul des 2 organes symétriques est atteint et prévoit un code pour la bilatéralité commençant par le préfixe «4»

Exemples : - système maxillo-facial chapitre 2
- appareil urinaire chapitre 7

317008 néphrectomie unilatérale 10%
417016 néphrectomie bilatérale 30%

28

CODE	% DAP
A. EINI	
a) SÉQUELLES ANATOMIQUES	
317000	10
417010	30
317020	5
417034	15
217045	1
217054	1
217063	3
de plus, s'ajoutent les pourcentages prévus pour les séquelles fonctionnelles et douleurs	
b) SÉQUELLES FONCTIONNELLES	
Atteinte des fonctions vitales selon les manifestations cliniques et les modifications des tests fonctionnels.	
On inclut en étant le pourcentage de DAP et le pourcentage pour DAP qui est attribué, pour les manifestations cliniques d'une part, et pour les modifications des tests fonctionnels d'autre part. Les pourcentages les plus élevés des manifestations cliniques ou des tests fonctionnels sont retenus et non pas les deux.	

29

PRÉFIXE : 4 1 7 0 1 6

INDICATEUR EN RAPPORT AVEC L'APPLICATION DE LA BILATÉRALITÉ

◆ Préfixe «4» : indique que les 2 organes symétriques sont atteints et que le principe de la bilatéralité est déjà appliqué

Exemples : - système nerveux central chapitre 3 (usage des membres supérieurs)

30

CODE	N DAP			N DAP
C. ACTIVITE CEREBRO-SPINALE				
a) STATION DEBOUT ET DEMARCHE				
Cette classification s'applique uniquement aux atrophes d'une atrophie cérébro-spinale.				
Classe 1 Peut se lever debout et marcher, mais présente certaines difficultés à négocier les descentes, les escaliers, les serrures accidentés ou les longues distances				
211107	5			
Classe 2 Peut se lever debout et marcher, mais ne peut négocier les descentes, les escaliers, les serrures accidentés ou les longues distances, sans impaire une aide technique ou autre				
211170	20			
Classe 3 Peut se lever debout et garder cette position, mais ne peut marcher que quelques pas et avec aide				
211185	50			
Classe 4 Ne peut se tenir debout sans aide technique ou autre				
211194	70			
b) USAGE DES MEMBRES SUPERIEURS				
Cette classification s'applique uniquement aux atrophes d'une atrophie cérébro-spinale.				
Classe 1 Peut utiliser le membre atteint pour saisir et tenir sans difficulté, pour les soins personnels, mais présente une certaine indolence				
311200	10	■ atrophie unilatérale		
411218	25	■ atrophie bilatérale		
311228	20	■ atrophie unilatérale		
411236	40	■ atrophie bilatérale		
Classe 2 Peut utiliser le membre atteint pour saisir et tenir sans difficulté, pour les soins personnels, mais avec difficulté à manipuler				
311240	40	■ atrophie unilatérale		
411254	80	■ atrophie bilatérale		
Classe 3 Peut utiliser le membre atteint, mais avec difficulté même pour les soins personnels				
311264	80	■ atrophie unilatérale		
411272	100	■ atrophie bilatérale		
c) FONCTION VEHICALE				
Se référer au chapitre VII sur l'appareil moteur				
d) FONCTION ANO-RECTALE				
Se référer au chapitre XII sur le système digestif				
e) FONCTION GENEVILE				
Se référer au chapitre VII sur l'appareil genital femelle ou au chapitre IX sur l'appareil genital male				
				100

31

* **PRÉFIXE :** 4 1 7 0 1 6

INDICATEUR EN RAPPORT AVEC L'APPLICATION DE LA BILATÉRALITÉ

♦ Préfixe « 4 » : indique que les 2 organes symétriques sont atteints et que le principe de la bilatéralité est déjà appliqué

Exemples : - système nerveux central chapitre 3 (usage des membres supérieurs)
 - système digestif chapitre 12 (hernies inguinales)

32

CODE	N DAP			N DAP
I. MEMBRE				
a) OPERÉE				
1. Inguénale (directe, indirecte) ou fissurale				
320320	1	■ unilatérale		
420330	3	■ bilatérale		
2. Epigénétique ou ombilicale				
220540	1			
220550	2			
3. Ischio-crurale				
4. Inguénale crurale				
320560	1	■ unilatérale		
420574	3	■ bilatérale		
b) NON OPERÉE				
1. Inguénale (directe, indirecte), fissurale				
pas volontaire, réductible				
300584	2	■ unilatérale		
420592	4	■ bilatérale		
volontairement volontaire, difficilement réductible				
320600	5	■ unilatérale		
420618	10	■ bilatérale		
volontaire, irréductible				
320628	7	■ unilatérale		
420636	21	■ bilatérale		
2. Ischio-crurale				
pas volontaire, réductible				
220647	2			
volontairement volontaire, difficilement réductible				
220656	5			
volontaire, irréductible				
220665	7			
				100

33

Exercice 1:

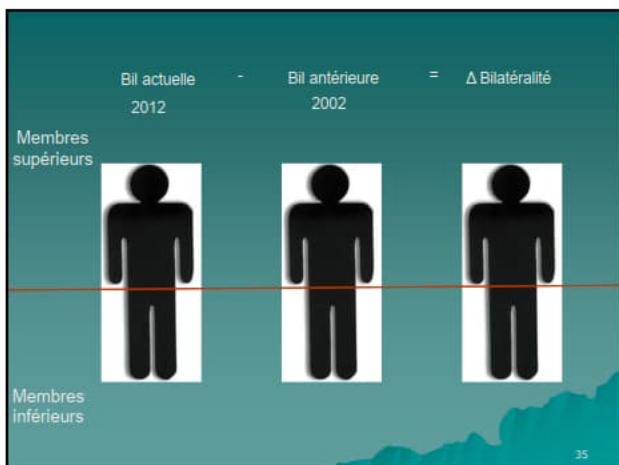
Le 20 avril 2012, un travailleur de la construction subit une fracture du poignet gauche ainsi qu'une fracture à l'omoplate droite suite à une chute de 6 pieds.

En 2002, il avait subi une fracture du poignet gauche à la suite d'une chute en ski avec limitation résiduelle de la dorsiflexion à 40° (perte de 20°) ce qui représente un DAP de 1%.

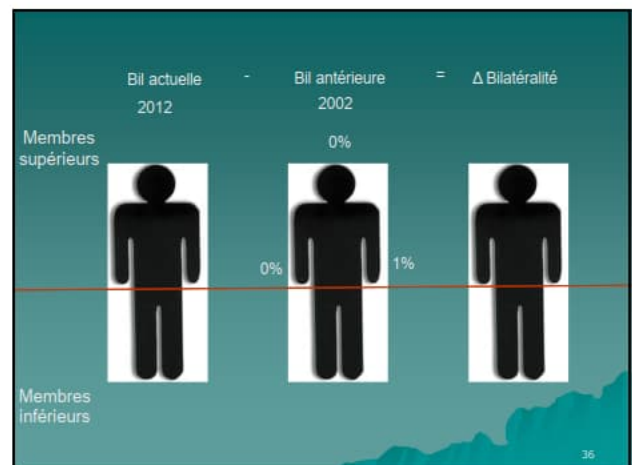
A la suite de l'accident de travail de 2012, pour les séquelles à l'épaule droite un DAP de 2% pour perte de flexion antérieure et un PE 2% (cicatrice vicieuse 4 cm²) ont été évalués et pour les séquelles au poignet gauche, un DAP de 3% pour perte de flexion palmaire, 3% pour perte de dorsiflexion et un PE de 2% (cicatrice vicieuse 2 cm²) ont été évaluées.

Bilan des séquelles en 2012?

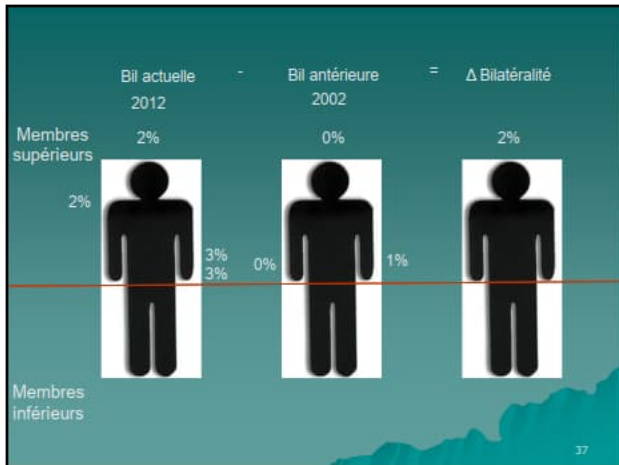
34



35



36



37

Bilan des séquelles en 2012

Séquelles actuelles
DAP

PE

Séquelles antérieures
DAP

Autres déficits reliés à la bilatéralité

38

Bilan des séquelles en 2012

Séquelles actuelles
DAP

104924	Perte de 60° flexion antérieure épaule droite	2%
106209	Perte de 60° dorsi-flexion poignet gauche	3%
106245	Perte de 70° flexion palmaire poignet gauche	3%

PE

224233	Cicatrice vicieuse de 4 cm² épaule gauche	2%
224251	Cicatrice vicieuse de 2 cm² poignet gauche	2%

Séquelles antérieures
DAP

106183	Perte de 20° dorsi-flexion poignet gauche	1%
--------	---	----

Autres déficits reliés à la bilatéralité
Aucun

39

CALCUL DE L'APIPP

$$\text{APIPP actuelle} = [(\text{DAP} + \text{BIL}) + \text{DPJV}] + [\text{PE} + \text{DPJV}]$$

$$8 + 2 + 1,5 + 4 + 0,4 = 15,9$$

Soustraire

$$\text{APIPP antérieure} = [(\text{DAP} + \text{BIL}) + \text{DPJV}] + [\text{PE} + \text{DPJV}]$$

$$1 + 0 + 0,1 + 0 + 0 = 1,1$$

14,8

40

RÔLE DU MÉDECIN-CONSEIL

- Obtenir l'information médicale nécessaire s'il y a lieu auprès du médecin qui a effectué l'évaluation pour obtenir les informations manquantes pour appliquer la bilatéralité.
- Lorsque nous avons toute l'information, nous pouvons appliquer la bilatéralité (application du barème).
- Indiquer dans OSI

DAP actuel	= 8%
DAP antérieur	= 1%
BIL actuelle	= 2%
BIL antérieure	= 0%
PE actuel	= 4%
PE antérieur	= 0%

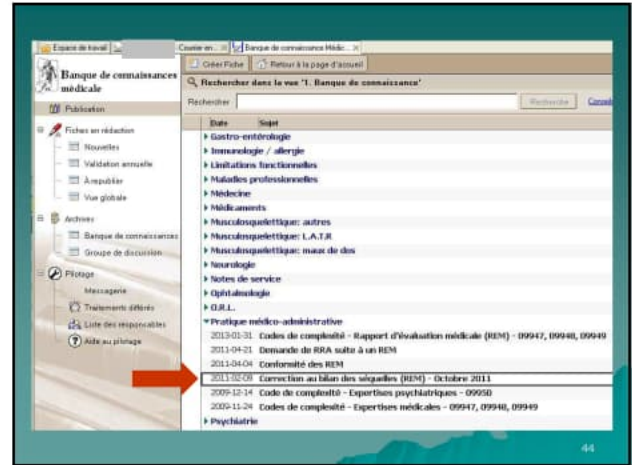
41






42



43



44

CORRECTION À TENER	
Correction au bilan des séquelles (REM)	
Situations d'application du barème	Commentaire
Invalidité non indiquée pour laquelle nous avons toute l'information pour en préciser le pourcentage	<p>Ajouter la totalité</p> <p>- ou/ d'acte au calcul de la totalité:</p> <p>Annexe 8 </p> <p>Envoyer lettre d'information: - au médecin évaluateur</p> <p>Annexe 9 </p>
Invalidité non indiquée pour laquelle nous avons toute l'information pour en préciser le pourcentage	<p>Envoyer lettre de demande d'information et de correction - au médecin évaluateur</p> <p>Annexe 10 </p> <p>Demande de 204, le cas échéant</p>

45

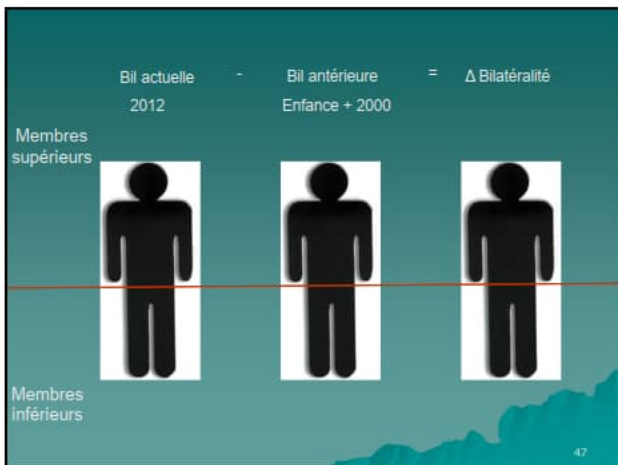
Exercice 2:

Suite à un accident de travail survenu le 15 juin 2012, un mécanicien s'est infligé une fracture au niveau de l'index droit avec un DAP de 0,5 % pour ankylose résiduelle incomplète en position de fonction de l'interphalangienne distale.

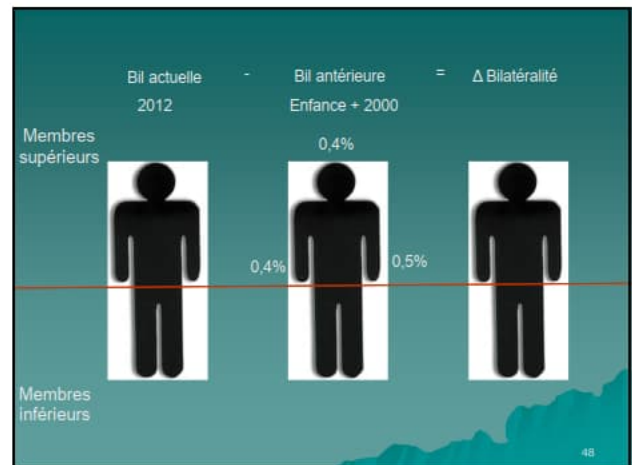
A l'examen, le médecin-évaluateur constate des séquelles d'une fracture au majeur droit (DAP 0,4 %) survenu durant l'enfance ainsi qu'un DAP de 0,5 % pour séquelles d'un accident CSST en 2000 à l'index gauche.

Bilan des séquelles en 2012?

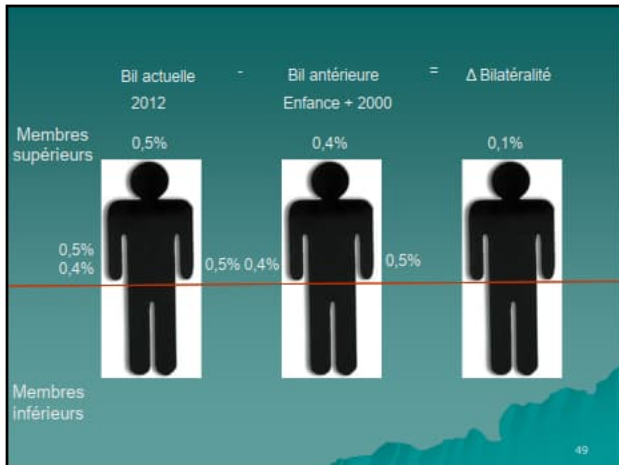
46



47



48



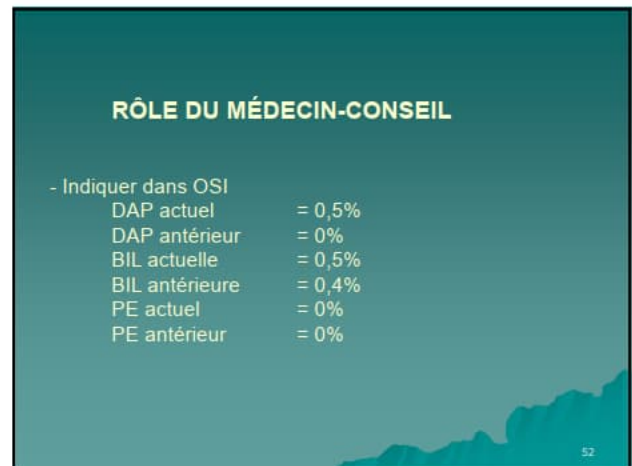
49



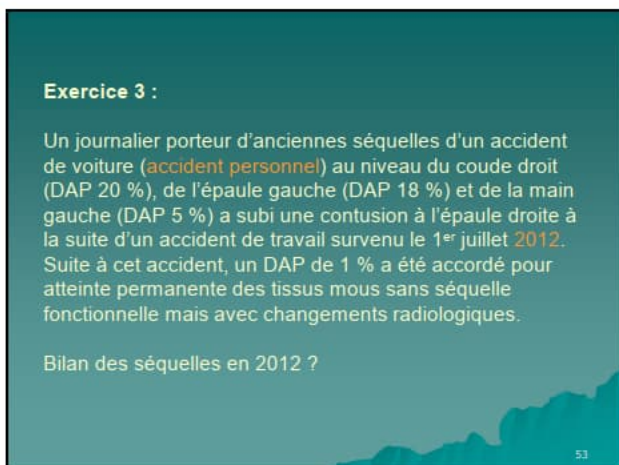
50



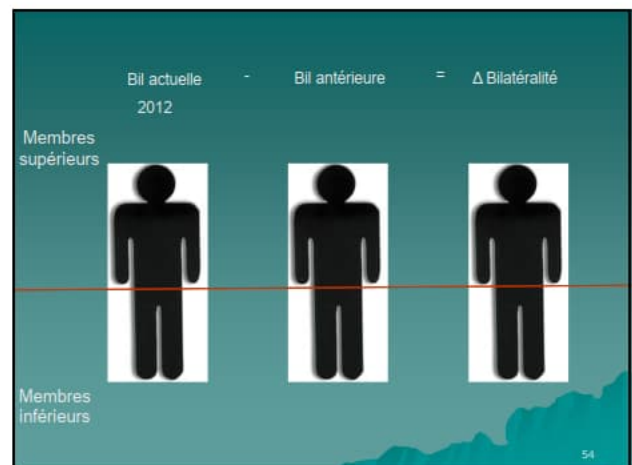
51



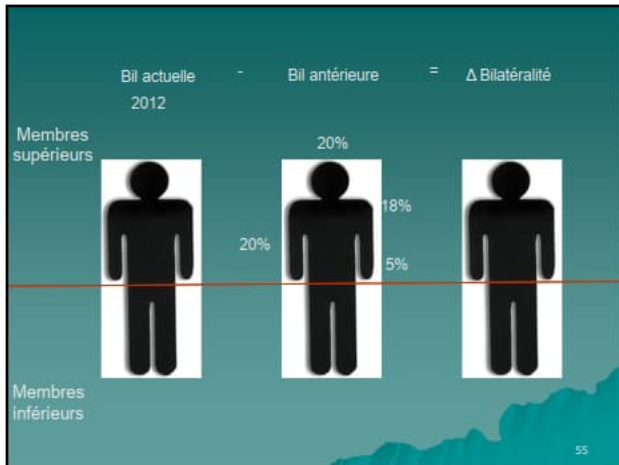
52



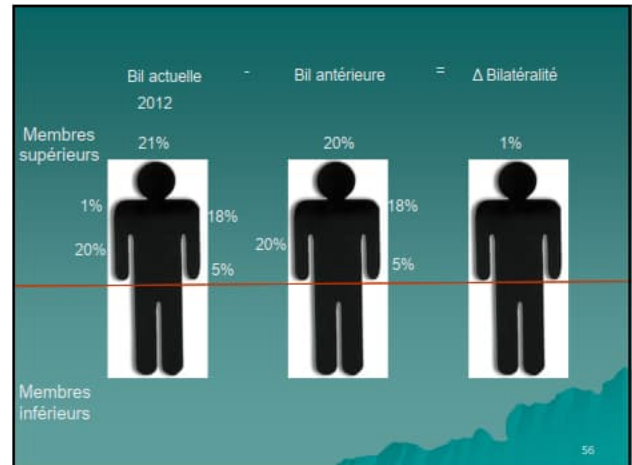
53



54



55



56

Bilan des séquelles en 2012

Séquelles actuelles DAP

Séquelles antérieures DAP

Autres déficits reliés à la bilatéralité DAP

57

Bilan des séquelles en 2012

Séquelles actuelles DAP
102374 atteinte des tissus mous membre sup droit 1%

Séquelles antérieures DAP
Aucune

Autres déficits reliés à la bilatéralité DAP
coude droit 20%
épaule gauche 18%
main gauche 5%

58

RÔLE DU MÉDECIN-CONSEIL

- Indiquer dans OSI

DAP actuel	= 1%
DAP antérieur	= 0%
BIL actuelle	= 21%
BIL antérieure	= 20%
PE actuel	= 0%
PE antérieur	= 0%

59

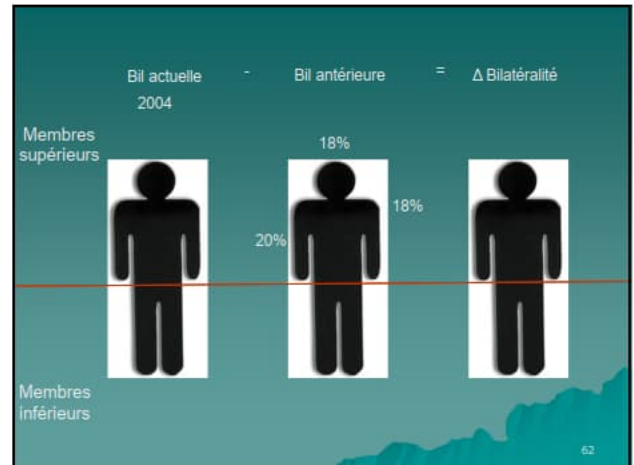
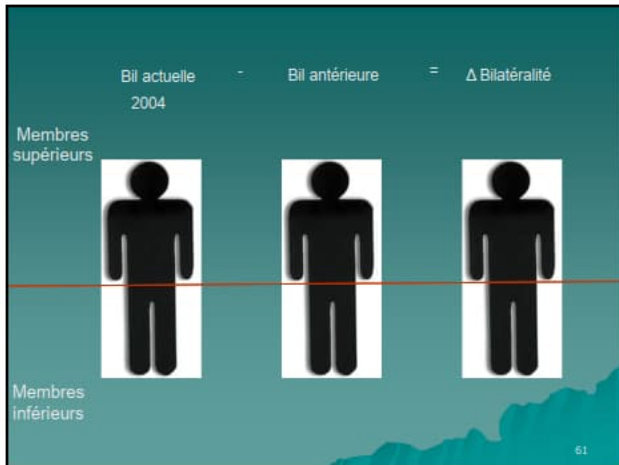
Exercice 4 :

Un journalier porteur d'anciennes séquelles d'un accident de voiture (**accident personnel**) au niveau du coude droit (DAP 20 %), de l'épaule gauche (DAP 18 %) a subi une contusion à l'épaule droite à la suite d'un accident de travail survenu le 1^{er} juillet 2004. Suite à cet accident, un DAP de 1 % a été accordé pour atteinte permanente des tissus mous sans séquelle fonctionnelle mais avec changements radiologiques.

En janvier 2012, survient un nouvel accident de travail entraînant un DAP de 5 % à la main gauche.

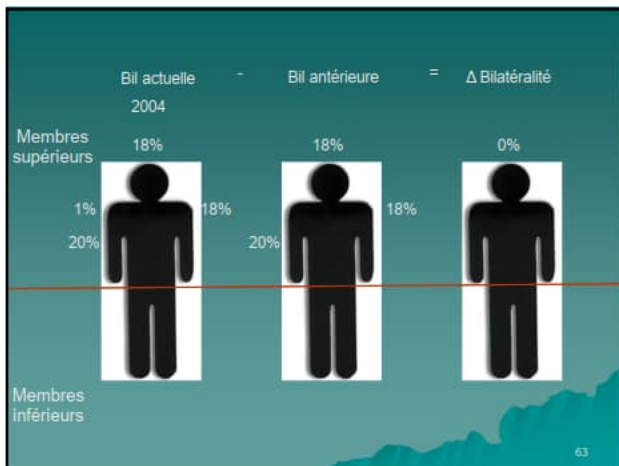
Bilan des séquelles au 30 juin 2012 pour les 2 événements CSST?

60



61

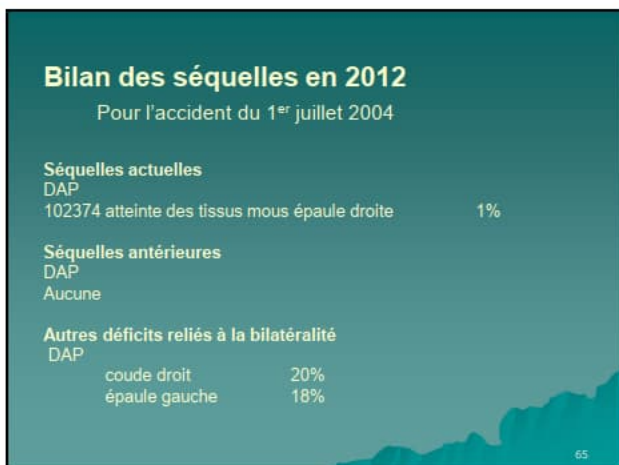
62



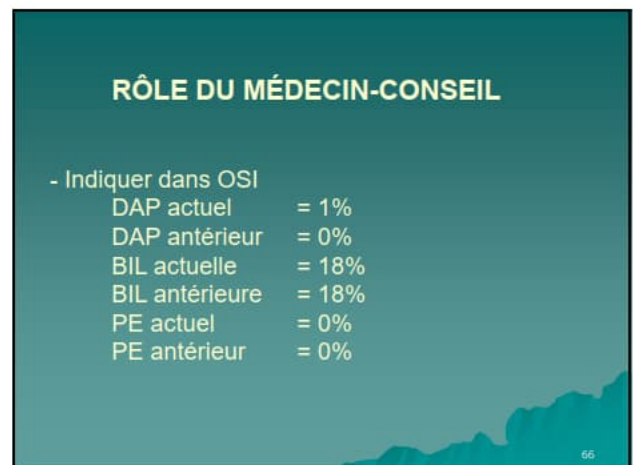
63



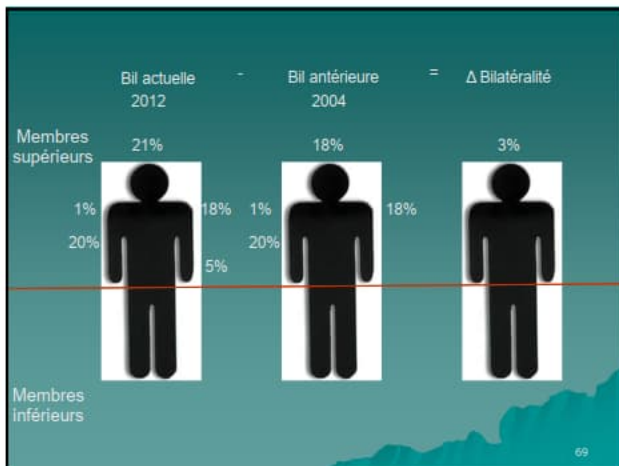
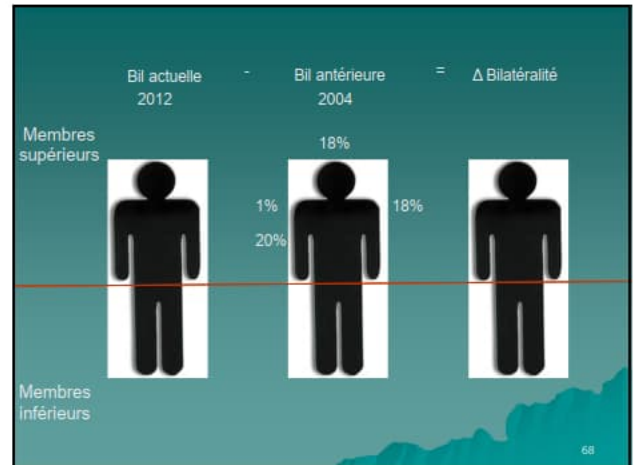
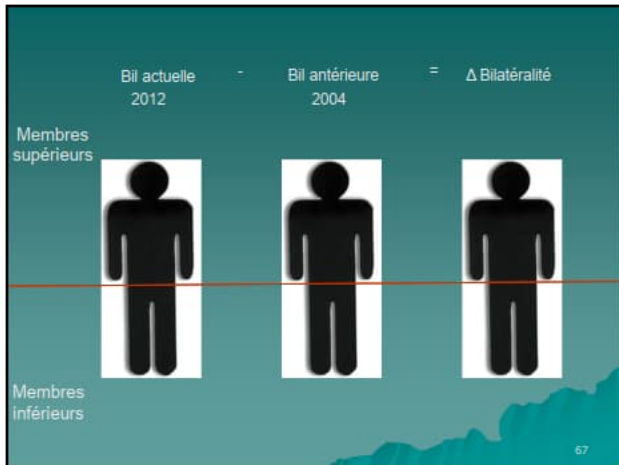
64



65



66



Bilan des séquelles en 2012

Pour l'accident de janvier 2012

Séquelles actuelles
DAP

Séquelles antérieures
DAP

Autres déficits reliés à la bilatéralité

70

Bilan des séquelles en 2012

Pour l'accident de janvier 2012

Séquelles actuelles
DAP

main gauche	5%
-------------	----

Séquelles antérieures
DAP

Aucune

Autres déficits reliés à la bilatéralité
DAP

coude droit	20%
épaule droite	1%
épaule gauche	18%

71

RÔLE DU MÉDECIN-CONSEIL

- Indiquer dans OSI

DAP actuel	= 5%
DAP antérieur	= 0%
BIL actuelle	= 21%
BIL antérieure	= 18%
PE actuel	= 0%
PE antérieur	= 0%

72

Exercice 5:

Un manoeuvre en construction présente une épitrochléite droite non opérée entraînant une ankylose permanente qui laisse une flexion à 138° et une extension à -28°.
Avant l'évènement, il présentait des malformations congénitales aux coudes démontrant lors de l'examen au coude gauche une flexion à 138° et une extension à -15°. Le travailleur rapporte qu'avant l'évènement, les 2 coudes étaient identiques.

Bilan des séquelles ?

73

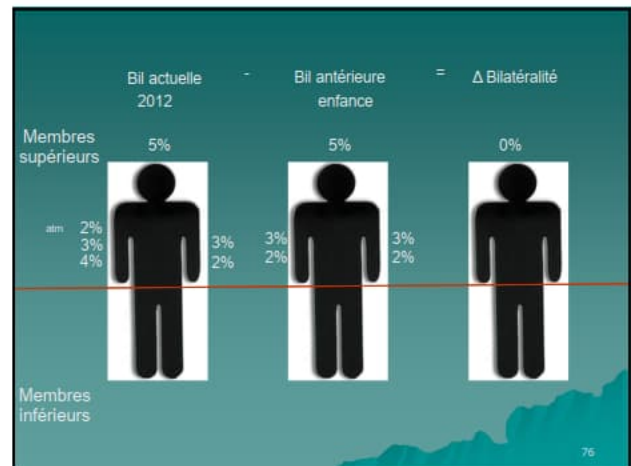
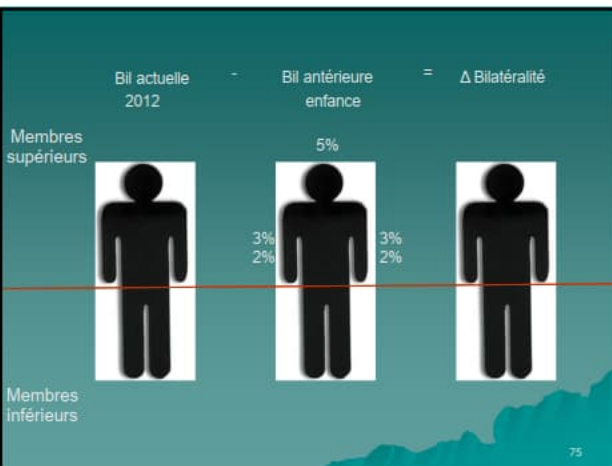
$$\text{Bil actuelle 2012} - \text{Bil antérieure enfance} = \Delta \text{ Bilatéralité}$$

Membres supérieurs



Membres inférieurs

74



Bilan des séquelles

Séquelles actuelles
DAP

Séquelles antérieures
DAP

Autres déficits liés à la bilatéralité

77

Bilan des séquelles

Séquelles actuelles

DAP	Description	Pourcentage
105326	perte flexion (20°) coude droit	3 %
105380	perte extension (30°) coude	4 %
102383	atteinte des tissus mous	2 %

Séquelles antérieures

DAP	Description	Pourcentage
105326	perte flexion (20°) coude droit	3 %
105371	perte extension (20°) coude droit	2 %

Autres déficits liés à la bilatéralité

DAP	Description	Pourcentage
105326	perte flexion (20°) coude gauche	3 %
105371	perte extension (20°) coude gauche	2 %

78

RÔLE DU MÉDECIN-CONSEIL

- Indiquer dans OSI
 - DAP actuel = 9%
 - DAP antérieur = 5%
 - BIL actuelle = 5%
 - BIL antérieure = 5%
 - PE actuel = 0%
 - PE antérieur = 0%

79

Exercice 6 :

M. Malchanceux plâtrier pour la Cie Bôplâtre chute en bas des échafaudages en 1998 entraînant une fracture de la clavicule droite, une fracture du poignet gauche et des fractures des plateaux tibiaux internes aux 2 genoux. Les séquelles sont 1 % pour perte de flexion épaule droite, 6 % pour perte de la flexion-extension du poignet gauche, 2 % perte de flexion genou droit et 4 % perte flexion genou gauche.

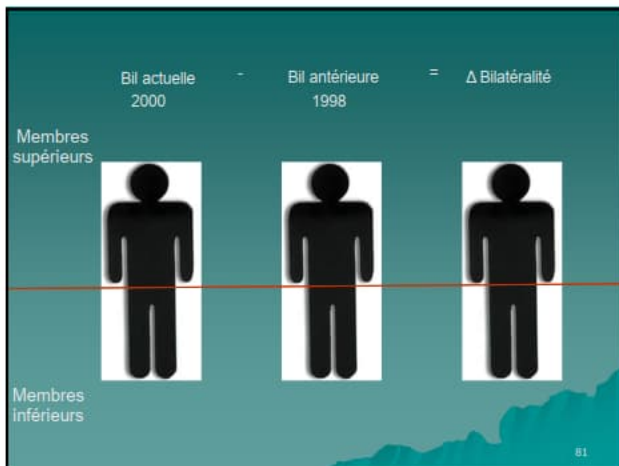
En 2000, toujours pour la même Cie, il chute de son escabeau s'infligeant une entorse au genou droit et une contusion au genou gauche avec comme séquelles un DAP supplémentaire de 2 % pour perte de flexion du genou droit avec 2 % pour l'atteinte des tissus mous et 1 % pour perte d'extension du genou gauche avec 2 % pour l'atteinte des tissus mous. On note une récupération complète de la flexion du genou gauche.

Bilan des séquelles en 2000?

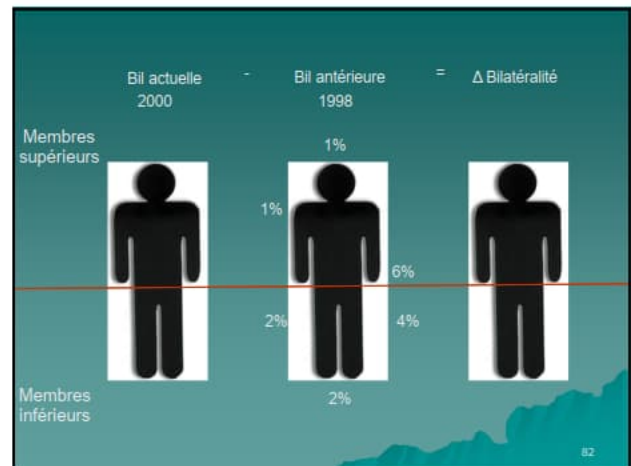
80

79

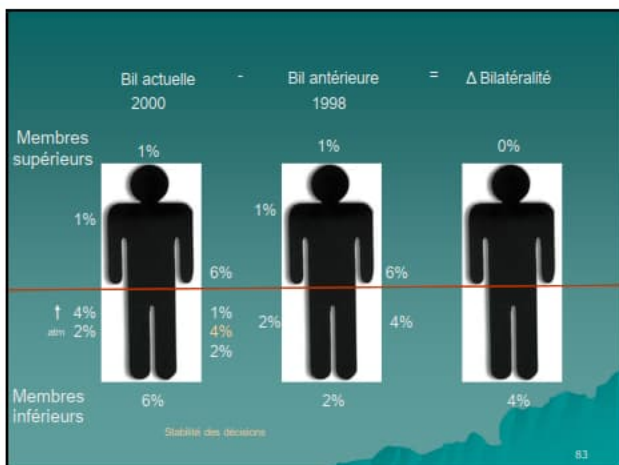
80



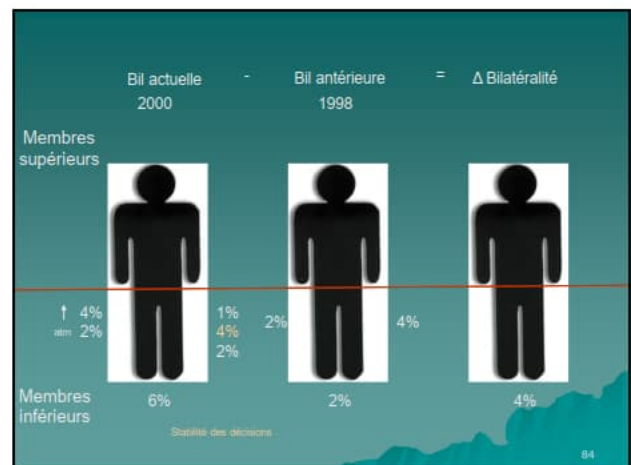
81



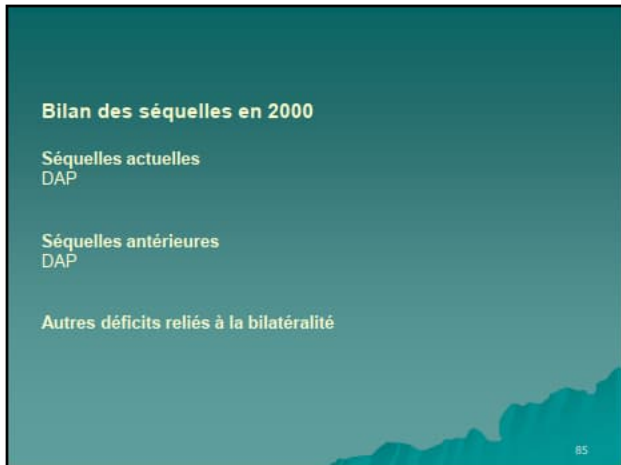
82



83



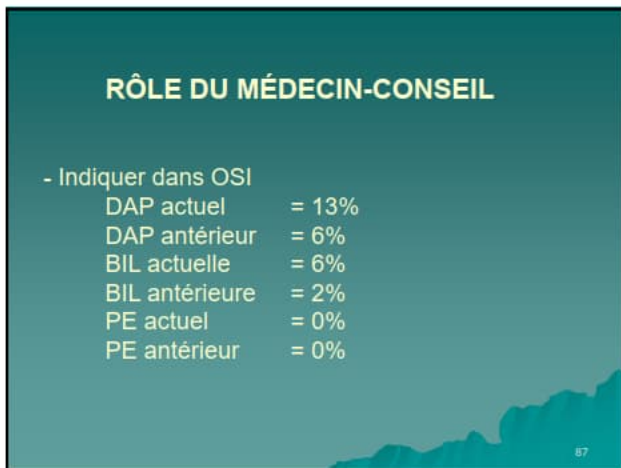
84



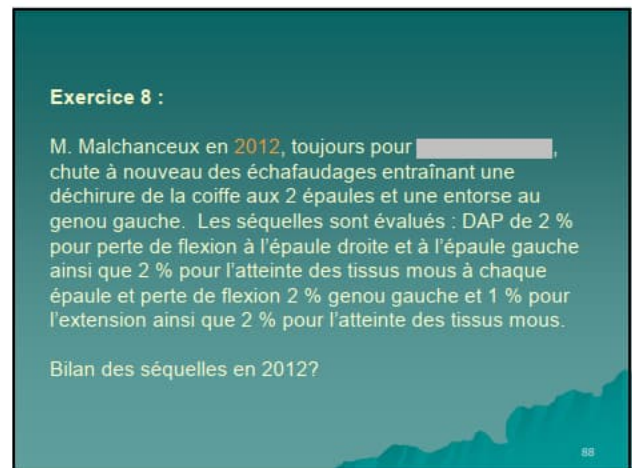
85



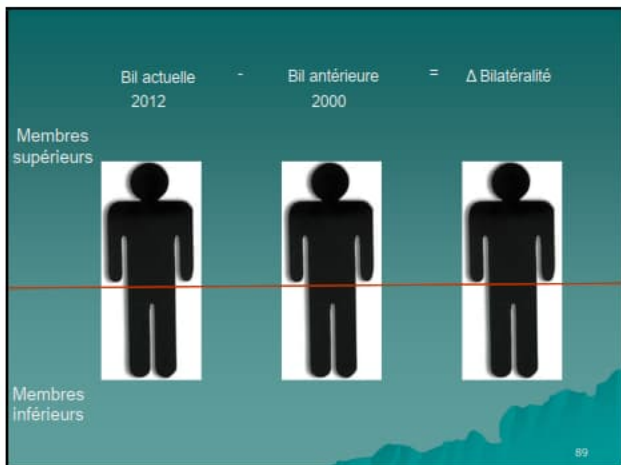
86



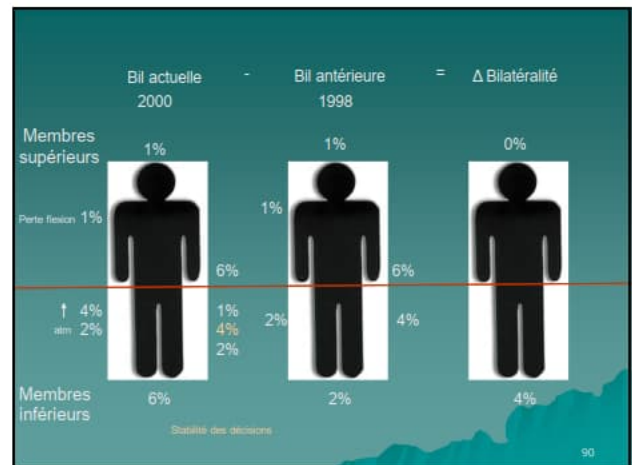
87



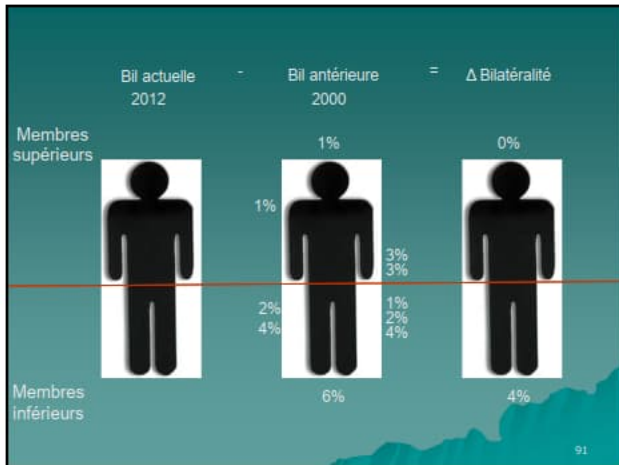
88



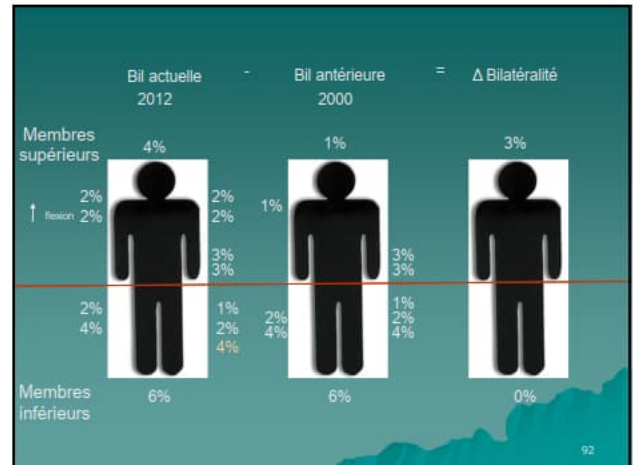
89



90



91



92

Bilan des séquelles en 2012

Séquelles actuelles
DAP

Séquelles antérieures
DAP

Autres déficits reliés à la bilatéralité

93

Bilan des séquelles en 2012

Séquelles actuelles
DAP

104924 perte flexion épaule droite	2%
102383 atteinte des tissus mous épaule droite	2%
104924 perte de flexion épaule gauche	2%
102383 atteinte des tissus mous épaule gauche	2%
106922 perte extension genou gauche	1%
106842 perte flexion genou gauche	4%
103499 atteinte des tissus mous avec séquelles fonctionnelles	2%

Séquelles antérieures
DAP

104906 perte de flexion épaule droite	1%
106922 perte extension genou gauche	1%
106842 perte flexion genou gauche	4%
103499 atteinte des tissus mous avec séquelles fonctionnelles	2%

Autres déficits reliés à la bilatéralité

106842 perte flexion genou droit	4%
103499 atteinte des tissus mous avec séquelles fonctionnelles	2%
106209 perte dorsi-flexion poignet gauche	3%
106245 perte flexion poignet gauche	3%

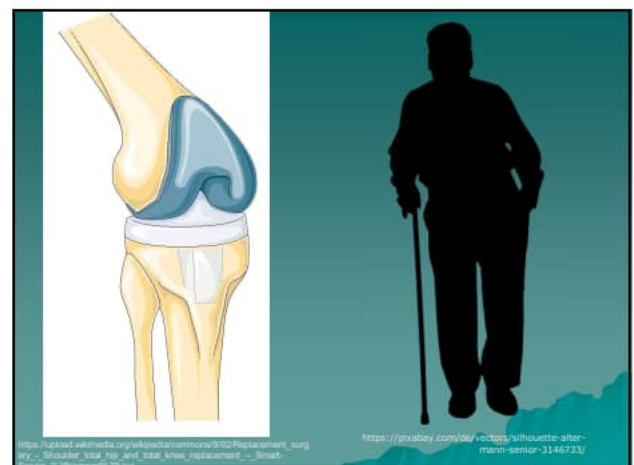
94

RÔLE DU MÉDECIN-CONSEIL

- Indiquer dans OSI

DAP actuel	= 15%
DAP antérieur	= 8%
BIL actuelle m. sup.	= 4%
BIL antérieure m. sup.	= 1%
BIL actuelle m. inf.	= 6%
BIL antérieure m. inf.	= 6%
PE actuel	= 0%
PE antérieur	= 0%

95



96

Exercice 7 :

Un travailleur a eu en 2012 une prothèse totale de son genou droit. On retient des antécédents de ménissectomie interne gauche CSST (1981) et droite CSST (1983).

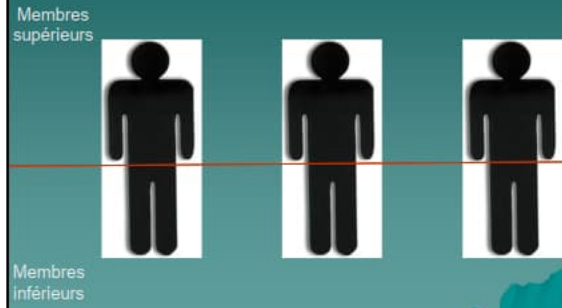
Les séquelles évaluées selon l'ancien barème s'élevaient à 3 % pour le genou gauche. Le seul constat à l'examen était une perte de 10 ° de flexion.

Nous n'avons pas les documents pour l'évaluation du genou droit.

Bilan des séquelles en 2012?

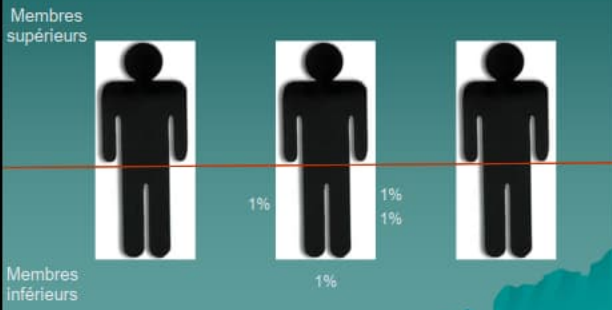
97

$$\text{Bil actuelle 2012} - \text{Bil antérieure 1983} = \Delta \text{ Bilatéralité}$$



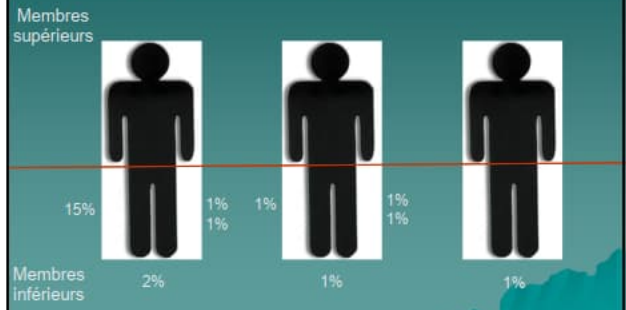
98

$$\text{Bil actuelle 2012} - \text{Bil antérieure 1983} = \Delta \text{ Bilatéralité}$$



99

$$\text{Bil actuelle 2012} - \text{Bil antérieure 1983} = \Delta \text{ Bilatéralité}$$



100

Bilan des séquelles en 2012

Séquelles actuelles
DAP

Séquelles antérieures
DAP

Autres déficits reliés à la bilatéralité

101

Bilan des séquelles en 2012

Séquelles actuelles
DAP
102999 prothèse totale genou droit 15 %

Séquelles antérieures
DAP
103060 ménissectomie interne genou droit 1 %

Autres déficits reliés à la bilatéralité
103060 ménissectomie interne genou gauche 1 %
106824 perte flexion genou gauche 1 %

102

RÔLE DU MÉDECIN-CONSEIL

- Indiquer dans OSI

DAP actuel	= 15%
DAP antérieur	= 1%
BIL actuelle m. inf.	= 2%
BIL antérieure m. inf.	= 1%
PE actuel	= 0%
PE antérieur	= 0%

103

CDAP	N. DAP	
F. HERNIES		
a) OPERÉE		
1. Inguinale (directe, indirecte) ou fémorale		
320520	■ unilatérale	1
420540	■ bilatérale	3
220540	2. Epigastrique ou ombilicale	1
220520	2. Incisionnelle	2
320540	■ unilatérale	1
420520	■ bilatérale	2
b) NON OPERÉE		
1. Inguinale (directe, indirecte), fémorale		
peu volumineuse, réductible		
320584	■ unilatérale	2
420592	■ bilatérale	6
modérément volumineuse, difficilement réductible		
320600	■ unilatérale	5
420618	■ bilatérale	15
volumineuse, irréductible		
320628	■ unilatérale	7
420636	■ bilatérale	21
2. Incisionnelle		
220647	peu volumineuse, réductible	2
220626	modérément volumineuse, difficilement réductible	5
220603	volumineuse, irréductible	7

7

Les hernies (système digestif)

b) **La hernie inguinale récidivante**
 Il est important de rappeler que le barème fait une distinction claire entre **hernie inguinale (directe, indirecte) ou fémorale** et **hernie inguinale récidivante**.

Cela signifie que la hernie inguinale initiale et la hernie inguinale récidivante sont considérées comme des entités diagnostiques ou lésions différentes donnant droit à un DAP supplémentaire.

Donc, si déjà reçu 1% pour hernie inguinale, aura droit à 1% de plus pour la récidivante.

8

CDAP	N. DAP	
F. HERNIES		
a) OPERÉE		
1. Inguinale (directe, indirecte) ou fémorale		
320520	■ unilatérale	1
420540	■ bilatérale	3
220540	2. Epigastrique ou ombilicale	1
220520	2. Incisionnelle	2
320540	■ unilatérale	1
420520	■ bilatérale	2
b) NON OPERÉE		
1. Inguinale (directe, indirecte), fémorale		
peu volumineuse, réductible		
320584	■ unilatérale	2
420592	■ bilatérale	6
modérément volumineuse, difficilement réductible		
320600	■ unilatérale	5
420618	■ bilatérale	15
volumineuse, irréductible		
320628	■ unilatérale	7
420636	■ bilatérale	21
2. Incisionnelle		
220647	peu volumineuse, réductible	2
220626	modérément volumineuse, difficilement réductible	5
220603	volumineuse, irréductible	7

HI opérée unil 1%

HI opérée bil 3%

HI opérée réc unil 1%

HI opérée réc bil 3%

HI non opérée unil 2%

HI non opérée bil 6%

9

Hernie opérée - Exemple 1

Il s'agit d'un travailleur ayant une histoire d'hernie inguinale droite opérée (personnelle ou CSST), qui a présenté une récurrence (CSST) opérée en janvier 2007.

L'évaluation est effectuée en décembre 2007.

Effectuez le bilan des séquelles

10

Séquelle actuelle	Séquelle antérieure	CHOIX
		HI opérée unil 1%
		HI opérée bil 3%
		HI opérée réc unil 1%
		HI opérée réc bil 3%
		HI non opérée unil 2%
		HI non opérée bil 6%

11

Séquelle actuelle	Séquelle antérieure	CHOIX
		HI opérée unil 1%
		HI opérée bil 3%
		HI opérée réc unil 1%
		HI opérée réc bil 3%
		HI non opérée unil 2%
		HI non opérée bil 6%

12

Hernie opérée - Exemple 1

Il s'agit d'un travailleur ayant une histoire d'hernie inguinale droite opérée (personnelle ou CSST), qui a présenté une récurrence (CSST) opérée en janvier 2007.
L'évaluation est effectuée en décembre 2007.

Bilan des séquelles

Séquelles actuelles

320520 hernie inguinale droite opérée 1 %
320566 hernie inguinale droite opérée récidivante (2007) 1 %

Séquelles antérieures

320520 hernie inguinale droite opérée 1 %

Autres déficits liés à la bilatéralité
Nil

13

13

Hernies opérées - Exemple 2

Il s'agit d'un travailleur ayant une histoire d'hernie inguinale droite opérée (personnelle ou CSST), qui a présenté une récurrence (CSST) opérée en janvier 2007 et une deuxième récurrence opérée en juillet 2008.
L'évaluation est effectuée en février 2009.

Effectuez le bilan des séquelles

14

14

Séquelle actuelle

Séquelle antérieure

CHOIX



HI opérée unil 1%
HI opérée réc unil 1% 2007

HI opérée unil 1%
HI opérée bil 3%
HI opérée réc unil 1%
HI opérée réc bil 3%
HI non opérée unil 2%
HI non opérée bil 6%

15

15

Hernies opérées - Exemple 2

Il s'agit d'un travailleur ayant une histoire d'hernie inguinale droite opérée (personnelle ou CSST), qui a présenté une récurrence (CSST) opérée en janvier 2007 et une deuxième récurrence opérée en juillet 2008.
L'évaluation est effectuée en février 2009.

Bilan des séquelles

Séquelles actuelles

Séquelles antérieures
320520 hernie inguinale droite opérée 1 %
320566 hernie inguinale droite opérée récidivante (2007) 1 %

Autres déficits liés à la bilatéralité
Nil

16

16

Séquelle actuelle

Séquelle antérieure

CHOIX



HI opérée unil 1%
HI opérée réc unil 1% 2007

HI opérée unil 1%
HI opérée bil 3%
HI opérée réc unil 1%
HI opérée réc bil 3%
HI non opérée unil 2%
HI non opérée bil 6%

17

17

Séquelle actuelle

Séquelle antérieure

CHOIX



HI opérée unil 1%
HI opérée réc unil 1% 2007
HI opérée réc unil 1% 2008

HI opérée unil 1%
HI opérée réc unil 1% 2007

HI opérée unil 1%
HI opérée bil 3%
HI opérée réc unil 1%
HI opérée réc bil 3%
HI non opérée unil 2%
HI non opérée bil 6%

18

18

Hernies opérées - Exemple 2

Il s'agit d'un travailleur ayant une histoire d'hernie inguinale droite opérée (personnelle ou CSST), qui a présenté une récurrence (CSST) opérée en janvier 2007 et une deuxième récurrence opérée en juillet 2008.

L'évaluation est effectuée en février 2009.

Bilan des séquelles

Séquelles actuelles

320520 hernie inguinale droite opérée 1 %

320566 hernie inguinale droite opérée récidivante (2007 et 2008) 1 %

Séquelles antérieures

320520 hernie inguinale droite opérée 1 %

320566 hernie inguinale droite opérée récidivante (2007) 1 %

Autres déficits reliés à la bilatéralité

Nil

N.B. : - le pourcentage de DAP n'est pas augmenté parce qu'il n'y a pas eu d'aggravation des séquelles
- le REM n'était pas nécessaire d'être effectué puisqu'il n'y avait pas d'aggravation des séquelles

19

19

Hernies opérées - Exemple 3

Il s'agit d'un travailleur déménageur ayant une histoire de hernie inguinale bilatérale opérée en 2008 d'origine personnelle, qui a présenté une récurrence à droite opérée en janvier 2011.

Le médecin traitant, _____, vous transmet le bilan des séquelles suivant en 2011:

20

20

Hernies opérées - Exemple 3

Bilan des séquelles en 2011

Séquelles actuelles

320566 hernie inguinale droite opérée récidivante en 2011 1 %

Séquelles antérieures

320520 hernie inguinale droite opérée en 2008 1 %

Autres déficits reliés à la bilatéralité

320520 hernie inguinale gauche opérée en 2008 1 %

Qu'en pensez-vous?

21

21

Séquelle actuelle

Séquelle antérieure

CHOIX



HI opérée unil 1%

HI opérée bil 3%

HI opérée réc unil 1%

HI opérée réc bil 3%

HI non opérée unil 2%

HI non opérée bil 6%

22

22

Hernies opérées - Exemple 3

Bilan des séquelles

Séquelles actuelles

Séquelles antérieures

Autres déficits reliés à la bilatéralité

23

23

Séquelle actuelle

Séquelle antérieure

CHOIX



HI opérée unil 1%

HI opérée bil 3%

HI opérée réc unil 1%

HI opérée réc bil 3%

HI non opérée unil 2%

HI non opérée bil 6%

24

24

Séquelle actuelle Séquelle antérieure CHOIX

HI opérée unil 1%
 HI opérée bil 3%
 HI opérée réc unil 1%
 HI opérée réc bil 3%
 HI non opérée unil 2%
 HI non opérée bil 6%

25

25

Hernies opérées - Exemple 3

Bilan des séquelles

Séquelles actuelles
 420538 hernie inguinale bilatérale opérée (2008) 3 %
 320566 hernie inguinale droite opérée récidivante (2011) 1 %

Séquelles antérieures
 420538 hernie inguinale bilatérale opérée (2008) 3 %

Autres déficits reliés à la bilatéralité
 Nil

26

26

Hernies opérées - Exemple 4

Notre déménageur de l'exemple précédent présente une récurrence à gauche en 2012 qui est réopérée.

L'année dernière, [] a très bien compris vos explications sur la bilatéralité, à savoir qu'elle ne s'applique pas et vous transmet le bilan des séquelles suivant:

27

27

Hernies opérées - Exemple 4

Séquelles actuelles
 320566 hernie inguinale gauche opérée récidivante (2012) 1 %
 320566 hernie inguinale droite opérée récidivante (2011) 1 %
 420538 hernie inguinale bilatérale opérée (2008) 3 %

Séquelles antérieures
 320566 hernie inguinale droite opérée récidivante (2011) 1 %
 420538 hernie inguinale opérée bilatérale (2008) 3 %

Autres déficits reliés à la bilatéralité
 Nil

Qu'en pensez-vous?

28

28

Séquelle actuelle Séquelle antérieure CHOIX

HI opérée unil 1%
 HI opérée bil 3%
 HI opérée réc unil 1%
 HI opérée réc bil 3%
 HI non opérée unil 2%
 HI non opérée bil 6%

29

29

Hernies opérées - Exemple 4

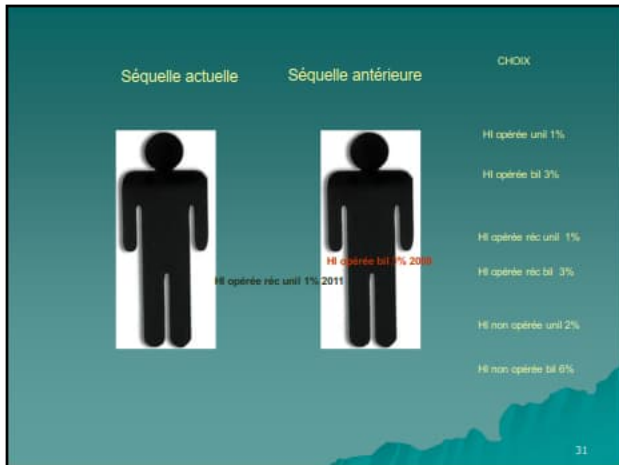
Bilan des séquelles
Séquelles actuelles

Séquelles antérieures

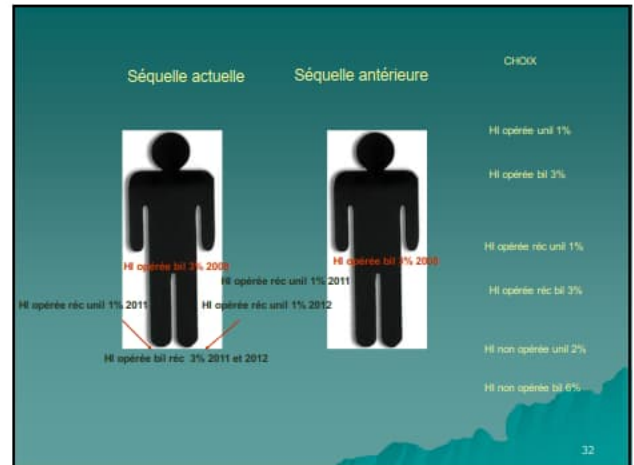
Autres déficits reliés à la bilatéralité

30

30



31



32

Hernies opérées - Exemple 4

Bilan des séquelles

Séquelles actuelles

420574 hernie inguinale bilatérale opérée récidivante (2011 et 2012)	3 %
420538 hernie inguinale bilatérale opérée (2008)	3 %

Séquelles antérieures

320566 hernie inguinale droite opérée récidivante (2011)	1 %
420538 hernie inguinale bilatérale opérée (2008)	3 %

Autres déficits liés à la bilatéralité

Nil

Donne 2% de DAP supplémentaire

33

33

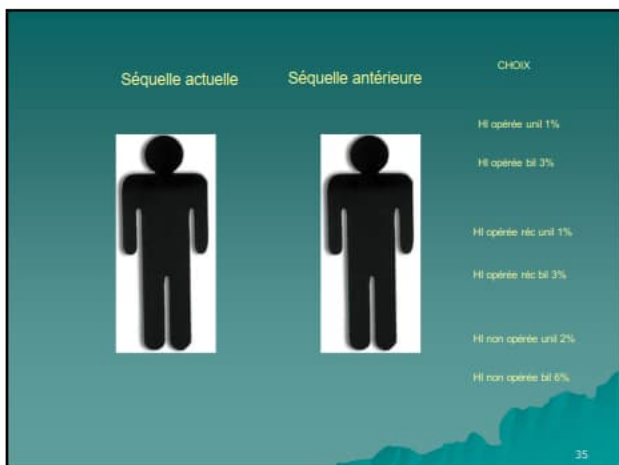
Hernie non opérée - Exemple 5

Il s'agit d'un travailleur qui a présenté une hernie inguinale droite (personnelle ou CSST) pour laquelle il a été opéré en 2002. Il a présenté une récurrence de sa hernie (personnelle ou CSST) pour laquelle il a été opéré en 2005. Il a présenté une récurrence (CSST) de sa hernie qui est peu volumineuse et réductible. L'évaluation est effectuée en mars 2008.

Effectuez le bilan des séquelles

34

34



35

Hernies opérées - Exemple 5

Bilan des séquelles

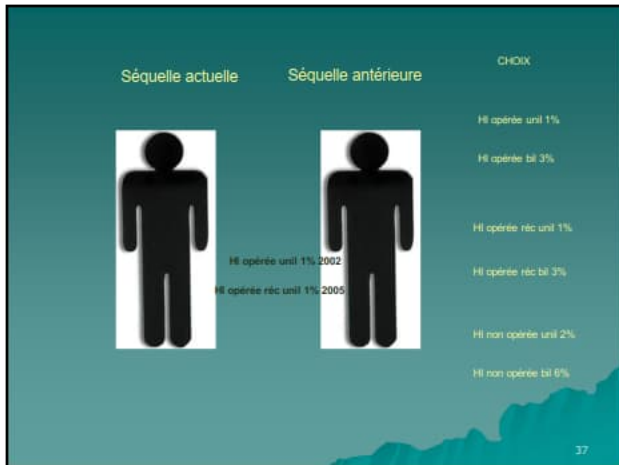
Séquelles actuelles

Séquelles antérieures

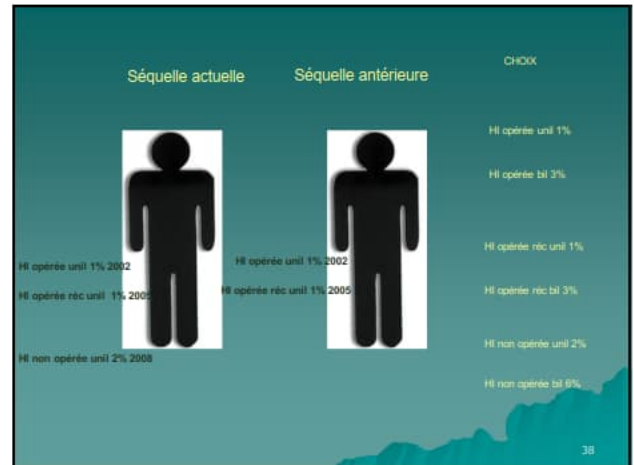
Autres déficits liés à la bilatéralité

36

36



37



38

Hernie non opérée - Exemple 5

Il s'agit d'un travailleur qui a présenté une hernie inguinale droite (personnelle ou CSST) pour laquelle il a été opéré en 2002. Il a présenté une récurrence de sa hernie (personnelle ou CSST) pour laquelle il a été opéré en 2005. Il présente actuellement une récurrence (CSST) de sa hernie qui est peu volumineuse et réductible. L'évaluation est effectuée en mars 2008.

Bilan des séquelles

Séquelles actuelles

320520 hernie inguinale droite opérée (2002)	1 %
320566 hernie inguinale droite opérée récidivante (2005)	1 %
320584 hernie inguinale droite non opérée	2 %

Séquelles antérieures

320520 hernie inguinale droite opérée (2002)	1 %
320566 hernie inguinale droite opérée récidivante (2005)	1 %

Autres déficits liés à la bilatéralité

Nil

39

39

Hernie non opérée - Exemple 6

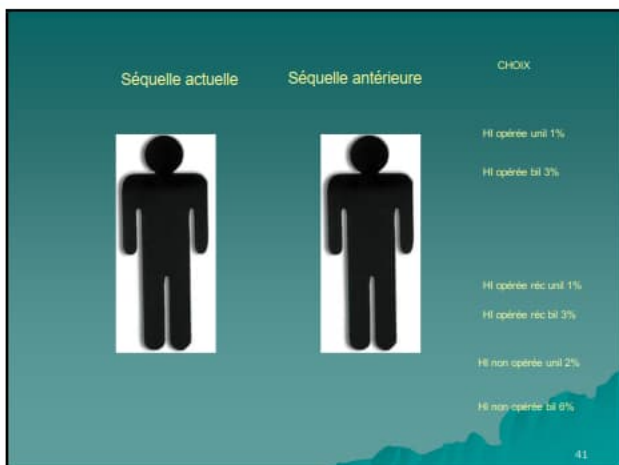
Il s'agit d'un travailleur dans une cour à bois avec une histoire de hernie inguinale bilatérale opérée à droite seulement en 2002 (personnelle), qui a présenté une récurrence droite (CSST) opérée en janvier 2008.

L'évaluation est effectuée en février 2009.

Effectuez le bilan des séquelles

40

40



41

Hernies opérées - Exemple 6

Bilan des séquelles

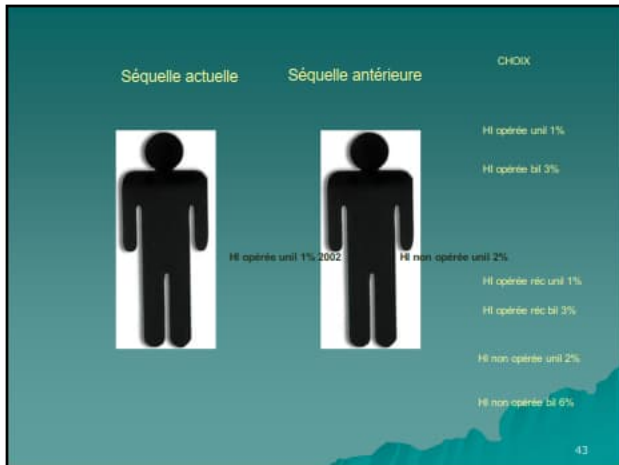
Séquelles actuelles

Séquelles antérieures

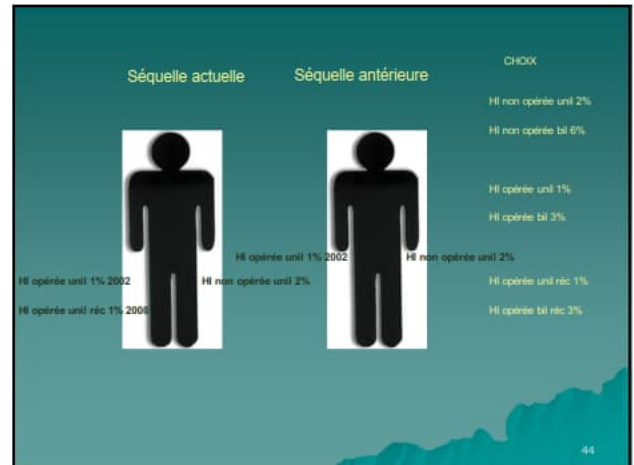
Autres déficits liés à la bilatéralité

42

42



43



44

Hernie non opérée - Exemple 6

Il s'agit d'un travailleur dans une cour à bois avec une histoire de hernie inguinale bilatérale opérée à droite seulement 2002 (personnelle), qui a présenté une récurrence droite (CSST) opérée en janvier 2008.

Bilan des séquelles

Séquelles actuelles

320520	hernie inguinale droite opérée (2002)	1 %
320584	hernie inguinale gauche non opérée	2 %
320566	hernie inguinale droite opérée récidivante (2008)	1 %

Séquelles antérieures

320520	hernie inguinale droite opérée (2002)	1 %
320584	hernie inguinale gauche non opérée	2 %

Autres déficits liés à la bilatéralité

Nil

45

45

Hernie non opérée - Exemple 7

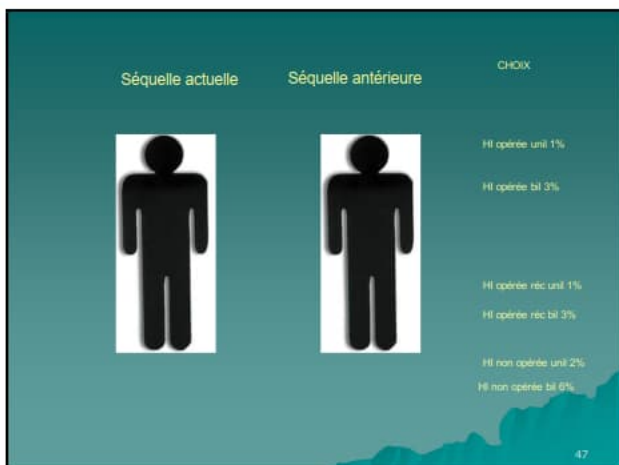
Il s'agit d'un travailleur dans une cour à bois avec une histoire de hernie inguinale bilatérale opérée à droite seulement 2002 (personnelle), qui a présenté une récurrence droite (CSST) opérée en janvier 2008.

En forçant au travail en 2010, il s'incarcère la gauche et nécessite une chirurgie d'urgence.

Effectuez le bilan des séquelles

46

46



47

Hernies opérées - Exemple 7

Bilan des séquelles

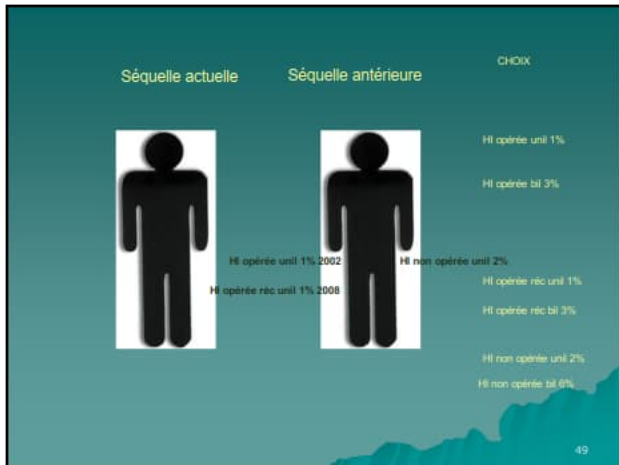
Séquelles actuelles

Séquelles antérieures

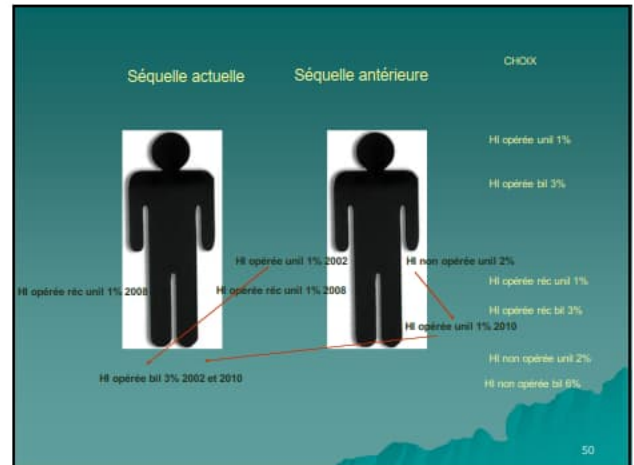
Autres déficits liés à la bilatéralité

48

48



49



50

Hernie non opérée - Exemple 7

Il s'agit d'un travailleur dans une cour à bois avec une histoire de hernie inguinale bilatérale opérée à droite seulement (personnelle), qui a présenté une récurrence droite (CSST) opérée en janvier 2008. En forçant au travail en 2010, il s'incarcère la gauche et nécessite une chirurgie d'urgence.

Bilan des séquelles

Séquelles actuelles

420538	hernie inguinale bilatérale opérée (2002 et 2010)	3 %
320566	hernie inguinale droite opérée récidivante (2008)	1 %

Séquelles antérieures

320520	hernie inguinale droite opérée (2002)	1 %
320584	hernie inguinale gauche non opérée	2 %
320566	hernie inguinale droite opérée récidivante (2008)	1 %

Autres déficits liés à la bilatéralité

Nil

51

Hernie incisionnelle - Exemple 8

Il s'agit d'un travailleur qui a eu une gastrectomie subtotale (CSST) en janvier 2005. Il a présenté une hernie incisionnelle lors d'un effort au travail le 15 janvier 2006. Une hernioplastie a été effectuée le 30 mars 2006.

Par la suite, il a présenté 1 récurrence de sa hernie incisionnelle traitée par hernioplastie le 11 mars 2011. Il a repris le travail le 12 septembre 2011. Il présente une 2^e récurrence en 2012 (CSST) de hernie incisionnelle. Il ne désire pas se faire réopérer.

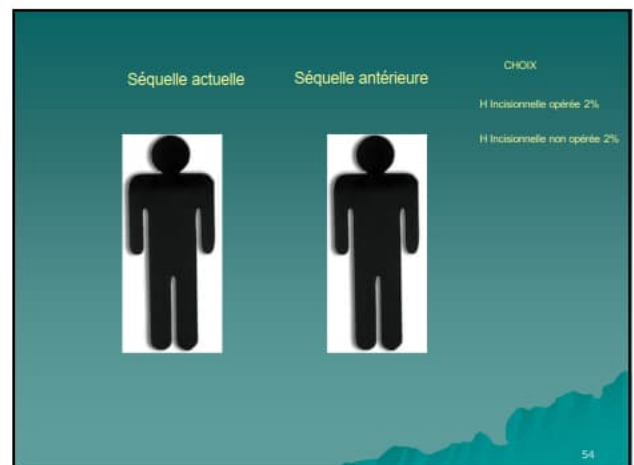
Effectuez le bilan des séquelles

52

Systeme regroupe et code

CODE	% DAF
1. HERNIE	
a) OPÉRÉE	
1. Inguinale (droite, indirecte) ou bilatérale	
320520	1
420538	3
320566	1
220566	1
2. Incisionnelle	
320566	1
420574	3
b) NON OPÉRÉE	
1. Inguinale (droite, indirecte), bilatérale	
pas volumineuse, réductible	
320584	2
420582	8
volumineuse ou volumineuse, difficilement réductible	
320620	5
420618	15
réductible	
320628	7
420636	21
2. Incisionnelle	
220647	2
220646	5
220645	7

53



54

Hernies opérées - Exemple 8

Bilan des séquelles
Séquelles actuelles

Séquelles antérieures

Autres déficits reliés à la bilatéralité

55

Séquelle actuelle

Séquelle antérieure

CHOIX

H Incisionnelle opérée 2%

H Incisionnelle non opérée 2%



Gastrectomie 20%, 2005
Laparotomie 3%, 2005
H Incisionnelle opérée 2%, 2006
H Incisionnelle opérée 2%, 2011

56

Séquelle actuelle

Séquelle antérieure

CHOIX

H Incisionnelle opérée 2%

H Incisionnelle non opérée 2%



Gastrectomie 20%, 2005
Laparotomie 3%, 2005
H Incisionnelle opérée 2%, 2006
H Incisionnelle opérée 2%, 2011
H Incisionnelle non opérée 2%, 2012

Gastrectomie 20%, 2005
Laparotomie 3%, 2005
H Incisionnelle opérée 2%, 2006
H Incisionnelle opérée 2%, 2011

La hernie incisionnelle récidivante opérée et non opérée n'existe pas.

57

Hernie incisionnelle - Exemple 8

Bilan des séquelles

Séquelles actuelles

220647	hernie incisionnelle non opérée (2012)	2 %
220558	hernie incisionnelle opérée (2006 et 2011)	2 %
220111	gastrectomie subtotale (2005)	20 %
220004	laparotomie (2005)	3 %

Séquelles antérieures

220558	hernie incisionnelle opérée (2006 et 2011)	2 %
220111	gastrectomie subtotale (2005)	20 %
220004	laparotomie (2005)	3 %

Autres déficits reliés à la bilatéralité

Nil

58

57

58

SÉQUELLES ANTÉRIEURES

1

RÈGLEMENT SUR LE BARÈME DES DOMMAGES CORPORELS

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

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

Séquelles actuelles

Séquelles antérieures (en fonction du barème)



DAP supplémentaire

2

Exercice 1 :

En 2016, un travailleur subit une amputation de la jambe droite sous le genou (BK). Il reçoit un DAP de 35 % pour cette amputation (code 102686) et le PE correspondant de 8 % (code 224625).

Comme la couverture du moignon est mauvaise et qu'il ne tolère pas bien la prothèse, on décide en 2019 de l'amputer plus haut et de faire une désarticulation du genou. La cicatrice au niveau du moignon est vicieuse sur 1 cm par 12 cm.

3

Le médecin traitant nous transmet le bilan des séquelles suivant.

Le bilan est-il conforme?

Séquelles actuelles :

DAP	
102677 Désarticulation du genou droit	45 %
PE	
224402 Cicatrice vicieuse de 12 cm ²	10 %

Séquelles antérieures :

DAP	
102686 Amputation sous le genou droit	35 %

Autres déficits liés à la bilatéralité:

Nil

4

Bilan des séquelles – exercice 1

Séquelles actuelles :

DAP	
102677 Désarticulation du genou droit	45 %
PE	
224634 Désarticulation du genou droit	10 %
224402 Cicatrice vicieuse de 12 cm ²	12 %

Séquelles antérieures :

DAP	
102686 Amputation sous le genou droit	35 %
PE	
224625 Amputation sous le genou droit	8 %

Autres déficits liés à la bilatéralité:

Nil

5

Ce cas est très simple, mais il permet d'illustrer un principe de base :

L'ancienne séquelle est **MOINDRE ET INCLUDE** dans la nouvelle et on n'ajoute donc pas la nouvelle séquelle par-dessus l'ancienne. On remplace plutôt l'ancienne séquelle par la nouvelle. Principe qui vaut autant pour le DAP que le PE.

Autres principes :

On peut ajouter le PE d'une cicatrice à un PE d'amputation.

Le PE pour une atteinte cicatricielle pour une moitié du tronc ou un membre **n'est plus limité** à la moitié du maximum prévu pour les deux moitiés ou les deux membres (rapports reçus à la CNESST après le 13 février 2011).

6

Conduite du médecin-conseil

En face de situations d'application du barème

Écrire au médecin traitant pour l'informer que:

- Nous avons ajouté dans les séquelles actuelles le PE pour l'amputation au niveau du genou.
- Nous avons modifié le PE pour la cicatrice en lui indiquant que le maximum de PE pour le membre inférieur est de 20%.
- Nous avons ajouté dans les séquelles antérieures le PE déjà attribué pour l'amputation sous le genou.

7

7

ARTICLE 83 : ÉQUATION GÉNÉRALE DE BASE

$$\text{APIPP} = [\text{DAP}^* + \text{DPJV}] + [\text{PE} + \text{DPJV}]$$

* Incluant le % DAP pour bilatéralité

$$\text{APIPP} = [(\text{DAP} + \text{BIL}) + \text{DPJV}] + [\text{PE} + \text{DPJV}]$$

8

8

CALCUL DE L'APIPP

$$\begin{aligned} \text{APIPP actuelle} &= [(\text{DAP} + \text{BIL}) + \text{DPJV}] + [\text{PE} + \text{DPJV}] \\ &45 + 0 + 15,75 + 22 + 5,5 = 88,25 \end{aligned}$$

Soustraire

$$\begin{aligned} \text{APIPP antérieure} &= [(\text{DAP} + \text{BIL}) + \text{DPJV}] + [\text{PE} + \text{DPJV}] \\ &35 + 0 + 10,5 + 8 + 1,2 = 53,7 \\ &\underline{\hspace{10em}} \\ &33,55 \end{aligned}$$

9

9

Inscrire dans OSI

DAP actuel	= 45 %
DAP antérieur	= 35 %
PE actuel	= 22 %
PE antérieur	= 8 %
BIL actuelle	= 0 %
BIL antérieure	= 0 %

10

10

Exercice 2 :

En 2008, un travailleur subit une amputation au tiers proximal de la phalange moyenne de son index droit.

Lorsqu'il était enfant, il s'était déjà amputé toute la phalange distale de cet index droit en jouant avec une hache chez lui.

11

11

Le médecin traitant nous transmet le bilan des séquelles suivant. Le bilan est-il conforme?

Séquelles actuelles :

DAP	100642	Amputation totale phalange moyenne index droit	2 %
PE	224466	Amputation 1 phalange index droit	0,5 %

Séquelles antérieures :

Aucune séquelle CSST

Autres déficits liés à la bilatéralité:

Nil

12

12

Bilan des séquelles – exercice 2

Séquelles actuelles :

DAP	
100633 Amputation totale phalange distale index droit	2 %
100642 Amputation totale phalange moyenne index droit	2 %
PE	
224466 Amputation 2 phalanges index droit	1 %

Séquelles antérieures :

DAP	
100633 Amputation totale phalange distale index droit	2 %
PE	
224466 Amputation une phalange index droit	0,5 %

Autres déficits liés à la bilatéralité:

Nil

13

13

Ce cas illustre le principe suivant :

Les séquelles antérieures d'origine personnelle au site de la lésion doivent être considérées dans le bilan des séquelles, **MÊME SI ELLES N'ONT PAS DONNÉ DROIT À UNE INDEMNISATION.**

14

14

Conduite du médecin-conseil

En face de situations d'application du barème

Écrire au médecin traitant pour l'informer que:

- Nous avons ajouté dans les séquelles actuelles et dans les séquelles antérieures les séquelles d'origine personnelle au site de la lésion.

15

15

Exercice 3 :

En 2009, ce même travailleur le travailleur de l'exercice 2) subit une amputation de la phalange distale de son majeur droit de moins de 50 %.

16

16

Le médecin traitant nous transmet le bilan des séquelles suivant.
Le bilan est-il conforme?

Séquelles actuelles :

DAP	
100633 Amputation totale phalange distale index droit	2 %
100642 Amputation totale phalange moyenne index droit	2 %
100839 Amputation phalange distale majeur droit	0,8 %
PE	
224466 Amputation 3 phalanges	1,5 %

Séquelles antérieures :

DAP	
100633 Amputation totale phalange distale index droit	2 %
100642 Amputation totale phalange moyenne index droit	2 %
PE	
224466 Amputation 2 phalanges	1 %

Autres déficits liés à la bilatéralité:

Nil

17

17

Bilan des séquelles – exercice 3

Séquelles actuelles :

DAP	
101151 Amputation phalange distale majeur droit (moins de 50 % - deux doigts de la même main)	1,2 %
PE	
224466 Amputation une phalange majeur droit	0,5 %

Séquelles antérieures :

Aucune

Autres déficits liés à la bilatéralité:

Nil

18

18

Ce cas illustre deux principes :

1- Les doigts sont des sites de lésions distincts lorsque les lésions ne sont pas survenues lors du même événement. Donc, ici, les séquelles à l'index ne sont pas considérées dans le bilan des séquelles actuelles ou antérieures. On tient compte seulement des séquelles qui concernent le majeur.

2- Une amputation à un deuxième doigt doit être considérée selon le tableau de l'amputation de deux doigts de la même main. (Voir règle 5 relative à l'évaluation de la main, page 14 du règlement annoté).

19

19

Conduite du médecin-conseil

En face de situations d'application du barème

Écrire au médecin traitant pour l'informer que:

- Nous avons modifié le bilan des séquelles pour ne tenir compte que des séquelles au niveau du majeur.

20

20

Exercice 4 :

En 1990, un travailleur subit une entorse sévère au genou droit qui est consolidée avec les séquelles suivantes :

DAP		
103088	Ménisectomie interne et externe avec séquelles	2 %
107066	Instabilité complexe nécessitant le port d'une orthèse pour certaines activités	10 %
106922	Perte de 5° d'extension genou droit	1 %

En 2008, on accepte une RRA pour arthrose au genou droit et il subit une arthroplastie (prothèse totale du genou droit). Il présente une thrombophlébite au mollet droit en post-opératoire. La lésion est consolidée. L'extension du genou droit est complète, la flexion limitée à 110° (contre 130° à gauche), il persiste une instabilité ligamentaire symptomatique qui ne nécessite plus le port d'une orthèse et un syndrome post-phlébitique léger bien contrôlé par un traitement médical usuel (bas élastique).

21

21

Le médecin traitant nous transmet le bilan des séquelles suivant. Le bilan est-il conforme ?

Séquelles actuelles :

DAP		
103006	Prothèse totale du genou droit avec séquelles fonctionnelles	15 %
103088	Ménisectomie interne et externe avec séquelles	2 %
107057	Instabilité ligamentaire symptomatique qui ne nécessite pas le port d'une orthèse	5 %
106833	Perte de 20° de flexion genou droit	2 %
121442	Syndrome post-phlébitique léger, bien contrôlé par un traitement médical usuel	5 %

Séquelles antérieures :

DAP		
103088	Ménisectomie interne et externe avec séquelles	2 %
107066	Instabilité complexe nécessitant le port d'une orthèse pour certaines activités	10 %
106922	Perte de 5° d'extension genou droit	1 %

Autres déficits liés à la bilatéralité :

Nil

22

22

Bilan des séquelles – exercice 4

Séquelles actuelles :

DAP		
103006	Prothèse totale du genou droit avec séquelles fonctionnelles	15 %
107066	Instabilité complexe nécessitant le port d'une orthèse pour certaines activités	10 %
106922	Perte de 5° d'extension genou droit	1 %
106833	Perte de 20° de flexion genou droit	2 %
		28 %

106708	Mais, maximum de DAP pour le genou : équivalent d'une arthrodèse en position de fonction	20 %
121442	Syndrome post-phlébitique léger, bien contrôlé par un traitement médical usuel	5 %

Séquelles antérieures :

DAP		
103088	Ménisectomie interne et externe avec séquelles	2 %
107066	Instabilité complexe nécessitant le port d'une orthèse pour certaines activités	10 %
106922	Perte de 5° d'extension genou droit	1 %

23

23

Ce cas illustre plusieurs principes :

- 1- Il y a un maximum de DAP pour une articulation.
- 2- Les DAP pour les autres lésions qui ne touchent pas l'articulation (comme le syndrome post-phlébitique) s'ajoutent à ce maximum, le cas échéant.
- 3- La ménisectomie est « moindre et incluse » dans une prothèse totale du genou (elle fait partie du « raccourcissement ostéo-articulaire nécessaire pour la mise en place de la prothèse ». (Voir la description de la prothèse totale du genou, page 38 du règlement annoté).
- 4- Les séquelles qui sont disparues (comme le déficit d'extension) ou améliorées (comme l'instabilité) doivent être considérées comme encore présentes (stabilité des décisions).

24

24

Conduite du médecin-conseil

En face de situations d'application du barème

Écrire au médecin traitant pour :

- L'informer que le bilan des séquelles a été modifié pour le rendre conforme au barème en tenant compte de :
 - La ménisectomie est incluse dans le raccourcissement ostéo-articulaire pour la mise en place de la prothèse.
 - La règle particulière # 3 du chapitre 1 de l'annexe 1 : « Le pourcentage maximum accordé pour une articulation ne peut dépasser le pourcentage maximum prévu pour une ankylose complète de cette articulation (c'est-à-dire pour une arthroïdèse en position de fonction). »
 - Les séquelles qui sont disparues (comme le déficit d'extension) ou améliorées (comme l'instabilité) doivent être considérées comme encore présentes (stabilité des décisions).

25

25

Exercice 5 :

En 1977, un travailleur a subi une discoïdectomie L4-L5. Il fut consolidé avec une IPP (Incapacité partielle permanente) de 5 % selon le barème de la LAT.

Le rapport du médecin ayant fait l'évaluation des séquelles en 1978 parle d'un alignement normal de la colonne avec une flexion légèrement limitée, les flexions latérales amenant les doigts à la hauteur des rotules à gauche et à droite, les autres mouvements étant assez satisfaisants.

Aujourd'hui, ce travailleur a produit une réclamation pour une RRA qui est acceptée. Il présente une récurrence de sa hernie L4-L5 qui est consolidée après un traitement conservateur. L'examen révèle maintenant une flexion à 50°, une extension à 25°, des flexions latérales à 15° des deux côtés et des rotations du tronc normales. L'examen neurologique est sans particularité. La cicatrice de l'ancienne chirurgie est non vicieuse.

26

26

Le médecin traitant nous transmet le bilan des séquelles suivant. Le bilan est-il conforme?

Séquelles actuelles :

DAP		
204219	Discoïdectomie L4-L5 avec séquelles fonctionnelles	3 %
204148	Hernie discale L4-L5 récidivante non opérée	2 %
207591	Flexion du tronc 50°	5 %
207644	Extension du tronc à 25°	1 %
207671	Flexion latérale droite à 15°	2 %
207715	Flexion latérale gauche à 15°	2 %

Séquelles antérieures :

DAP		
LAT	Discoïdectomie L4-L5	5 %

Autres déficits liés à la bilatéralité:

Nil

27

27

Le médecin traitant nous transmet le bilan des séquelles suivant. Le bilan est-il conforme?

Séquelles actuelles :

DAP		
204219	Discoïdectomie L4-L5 avec séquelles fonctionnelles	3 %
204148	Hernie discale L4-L5 récidivante non opérée	2 %
207591	Flexion du tronc 50°	5 %
207644	Extension du tronc à 25°	1 %
207671	Flexion latérale droite à 15°	2 %
207715	Flexion latérale gauche à 15°	2 %

Séquelles antérieures :

DAP		
LAT	Discoïdectomie L4-L5	5 %

Autres déficits liés à la bilatéralité:

Nil

<https://www.shutterstock.com/royalty-free-stock-photography-getty-image-image2822587>

<https://www.shutterstock.com/stock-photography-getty-image-image11782686>

28

28

Bilan des séquelles – exercice 5

Séquelles actuelles :

DAP		
204219	Discoïdectomie L4-L5 avec séquelles fonctionnelles	3 %
207591	Flexion du tronc 50°	5 %
207644	Extension du tronc à 25°	1 %
207671	Flexion latérale droite à 15°	2 %
207715	Flexion latérale gauche à 15°	2 %

Séquelles antérieures :

DAP		
204219	Discoïdectomie L4-L5 avec séquelles fonctionnelles	3 %
207608	Flexion du tronc 70°	3 %

Autres déficits liés à la bilatéralité:

Nil

<https://www.shutterstock.com/royalty-free-stock-photography-getty-image-image2822587>

29

29

Ce cas illustre plusieurs principes :

- 1- On doit convertir les séquelles d'un autre barème à leur équivalent selon notre barème actuel.
- 2- Le pourcentage des séquelles antérieures selon le nouveau barème sera souvent différent du pourcentage qui avait été attribué à l'époque.
- 3- On ne peut indiquer dans les séquelles antérieures que les séquelles dont on est certain de l'existence. On ne peut pas simplement présumer de leur présence.
- 4- Une récurrence de hernie discale après une discoïdectomie ne donne pas droit à un DAP supplémentaire.

30

30

Conduite du médecin-conseil

En face de situations d'application du barème

Écrire au médecin traitant pour l'informer que:

- Nous avons converti les séquelles d'un autre barème à leur équivalent selon notre barème actuel.
- Une récurrence de hernie discale après une discectomie ne donne pas droit à un DAP supplémentaire puisque le barème ne prévoit pas de situation pour une hernie discale récidivante (contrairement aux hernies inguinales récidivantes). Egalement en raison du principe du moindre et inclus.
- À noter qu'une discectomie du côté opposé donnerait droit à la laminectomie seulement parce que la laminectomie du côté opposé est une séquelle supplémentaire non incluse dans l'ancienne discectomie.

31

31

Exercice 6 :

En 2004, un travailleur subit une fracture ouverte de la jambe droite qui nécessite plusieurs chirurgies. Il demeure avec une pseudarthrose infectée du tibia avec angulation de 10°, un pied tombant par atteinte du nerf sciatique poplité externe et une anesthésie dans le territoire de ce nerf. Le mollet droit présente une atrophie de 3 cm. Le genou présente une limitation de la flexion à 100° et la cheville une perte de 40° de mouvement au niveau de l'articulation fibio-tarsienne.

Séquelles actuelles :

DAP		
103195	Fracture jambe droite avec angulation de 10°	5 %
106842	Flexion du genou droit à 100°	4 %
107271	Perte de 40° tibio-tarsienne de la cheville droite	7 %
106691	Atrophie de 3 cm mollet droit	2 %
114218	Atteinte motrice classe V du sciatique poplité externe droit	16 %
114441	Atteinte sensitive classe III du sciatique poplité externe droit	4 %
PE		
224331	Modification modérée de la forme et de la symétrie du membre inférieur droit	5 %

32

32

Comme le travailleur demeure peu fonctionnel, on décide en 2007 de pratiquer une amputation sous le genou droit permettant le port d'une prothèse.

Le médecin traitant nous transmet le bilan des séquelles suivant. Le bilan est-il conforme?

Séquelles actuelles :

DAP		
102686	Amputation sous le genou droit (BK)	35 %
PE		
224625	Amputation sous le genou droit (BK)	8 %

Séquelles antérieures :

DAP		
103195	Fracture jambe droite avec angulation de 10°	5 %
106842	Flexion du genou droit à 100°	4 %
107271	Perte de 40° tibio-tarsienne de la cheville droite	7 %
106691	Atrophie de 3 cm mollet droit	2 %
114218	Atteinte motrice classe V du sciatique poplité externe droit	16 %
114441	Atteinte sensitive classe III du sciatique poplité externe droit	4 %
PE		
224331	Modification modérée de la forme et de la symétrie du membre inférieur droit	5 %

33

33

Bilan des séquelles – exercice 6

Séquelles actuelles :

DAP		
102686	Amputation sous le genou droit	35 %
106842	Flexion du genou droit à 100°	4 %
PE		
224625	Amputation sous le genou droit	8 %

Séquelles antérieures :

DAP		
103195	Fracture jambe droite avec angulation de 10°	5 %
106842	Flexion du genou droit à 100°	4 %
107271	Perte de 40° tibio-tarsienne de la cheville droite	7 %
106691	Atrophie de 3 cm mollet droit	2 %
114218	Atteinte motrice classe V du sciatique poplité externe droit	16 %
114441	Atteinte sensitive classe III du sciatique poplité externe droit	4 %
PE		
224331	Modification modérée de la forme et de la symétrie du membre inférieur droit	5 %
Autres déficits liés à la bilatéralité:		
Nil		

34

34

Ce cas permet d'illustrer les principes suivants :

1- Les anciennes séquelles sont **MOINDRES ET INCLUSES** dans la nouvelle puisque toutes ces séquelles (fracture angulée, déficit neurologique, atrophie, déformation, ankylose de la cheville) n'existent plus à partir du moment où le membre est amputé. Seule l'ankylose du genou est encore présente.

Donc, on n'ajoute pas la nouvelle séquelle (amputation) par-dessus les anciennes mais on remplace ces anciennes séquelles par la nouvelle. Principe qui vaut autant pour le DAP que le PE.

2- Principe de stabilité des décisions: la flexion du genou droit à 100° doit être indiquée dans les séquelles actuelles même s'il y avait amélioration.

35

35

Conduite du médecin-conseil

Écrire au médecin traitant pour l'informer que le bilan des séquelles a été modifié pour tenir compte de l'ankylose en flexion du genou droit à 100° puisque cette séquelle est située en haut de l'amputation et n'est pas incluse dans l'amputation et qu'elle a déjà été accordée dans le bilan antérieur.

36

36

Exercice 7 (cas particulier à discuter) :

M. ██████████, droitier, manutentionnaire, se fait écraser la main droite dans un convoyeur le 4 octobre 1997. Il subit une amputation des 2 phalanges distales du 5^e doigt de la main droite et demeure avec une hypoesthésie du côté cubital du 4^e doigt droit. Il est consolidé le 4 octobre 1998.

37

37

Le médecin traitant nous transmet le bilan des séquelles suivant :

Séquelles actuelles :

DAP	
100919 Amputation phalange distale de l'auriculaire droit	0,4 %
100928 Amputation phalange moyenne de l'auriculaire droit	0,4 %
102025 Hypoesthésie côté cubital phalange distale de l'annulaire droit	0,3 %
102016 Hypoesthésie côté cubital phalange moyenne de l'annulaire droit	0,3 %
102007 Hypoesthésie côté cubital phalange proximale de l'annulaire droit	0,15 %

Séquelles antérieures :

Aucune

Autres déficits liés à la bilatéralité:

Nil

Le bilan des séquelles est accepté tel quel (APIPP < 5 %).

38

38

Au 10^e anniversaire de son traumatisme, le 4 octobre 2007, M. ██████████ se fait écraser à nouveau la main droite dans le convoyeur, chez un autre employeur. Il subit une amputation de la phalange restante du 5^e doigt. Il présente une hypoesthésie du côté cubital et radial du 4^e doigt droit.

39

39

Le médecin traitant nous transmet le bilan des séquelles suivant.
Le bilan est-il conforme?

Séquelles actuelles :

DAP	
100759 Amputation phalange distale de l'auriculaire droit	0,8 %
100768 Amputation phalange moyenne de l'auriculaire droit	0,8 %
100777 Amputation phalange proximale de l'auriculaire droit	0,4 %
102025 Hypoesthésie côté cubital phalange distale de l'annulaire droit	0,3 %
102016 Hypoesthésie côté cubital phalange moyenne de l'annulaire droit	0,3 %
102007 Hypoesthésie côté cubital phalange proximale de l'annulaire droit	0,15 %
102025 Hypoesthésie côté radial phalange distale de l'annulaire droit	0,3 %
102016 Hypoesthésie côté radial phalange moyenne de l'annulaire droit	0,3 %
102007 Hypoesthésie côté radial phalange proximale de l'annulaire droit	0,15 %
PE	
224466 PE d'amputation, 3 phalanges	1,5 %

Séquelles antérieures :

DAP	
100759 Amputation phalange distale de l'auriculaire droit	0,8 %
100768 Amputation phalange moyenne de l'auriculaire droit	0,8 %
102025 Hypoesthésie côté cubital phalange distale de l'annulaire droit	0,3 %
102016 Hypoesthésie côté cubital phalange moyenne de l'annulaire droit	0,3 %
102007 Hypoesthésie côté cubital phalange proximale de l'annulaire droit	0,15 %
PE	
224466 PE d'amputation, 2 phalanges	1,0 %

40

40

Bilan des séquelles – Exercice 7 (Possibilité 1 : même séquelles antérieures et séquelles actuelles selon le barème)

Séquelles actuelles :

DAP	
100759 Amputation phalange distale de l'auriculaire droit	0,8 %
100768 Amputation phalange moyenne de l'auriculaire droit	0,8 %
100777 Amputation phalange proximale de l'auriculaire droit	0,4 %
102025 Hypoesthésie côté cubital phalange distale de l'annulaire droit	0,3 %
102016 Hypoesthésie côté cubital phalange moyenne de l'annulaire droit	0,3 %
102007 Hypoesthésie côté cubital phalange proximale de l'annulaire droit	0,15 %
PE	
224466 PE d'amputation, 3 phalanges	1,5 %

Séquelles antérieures:

DAP	
100919 Amputation phalange distale de l'auriculaire droit	0,4 %
100928 Amputation phalange moyenne de l'auriculaire droit	0,4 %
102025 Hypoesthésie côté cubital phalange distale de l'annulaire droit	0,3 %
102016 Hypoesthésie côté cubital phalange moyenne de l'annulaire droit	0,3 %
102007 Hypoesthésie côté cubital phalange proximale de l'annulaire droit	0,15 %

41

41

Bilan des séquelles – Exercice 7 (Possibilité 2: corrige les séquelles antérieures et séquelles actuelles selon le barème)

Séquelles actuelles :

DAP	
100759 Amputation phalange distale de l'auriculaire droit	0,8 %
100768 Amputation phalange moyenne de l'auriculaire droit	0,8 %
100777 Amputation phalange proximale de l'auriculaire droit	0,4 %
102025 Hypoesthésie côté cubital phalange distale de l'annulaire droit	0,3 %
102016 Hypoesthésie côté cubital phalange moyenne de l'annulaire droit	0,3 %
102007 Hypoesthésie côté cubital phalange proximale de l'annulaire droit	0,15 %
PE	
224466 PE d'amputation, 3 phalanges	1,5 %

Séquelles antérieures :

DAP	
100759 Amputation phalange distale de l'auriculaire droit	0,8 %
100768 Amputation phalange moyenne de l'auriculaire droit	0,8 %
102025 Hypoesthésie côté cubital phalange distale de l'annulaire droit	0,3 %
102016 Hypoesthésie côté cubital phalange moyenne de l'annulaire droit	0,3 %
102007 Hypoesthésie côté cubital phalange proximale de l'annulaire droit	0,15 %
PE	
224466 PE d'amputation, 2 phalanges	1,0 %

42

42

Bilan des séquelles – Exercice 7 (Possibilité 3: même séquelles antérieures et ajout aux séquelles actuelles des nouvelles séquelles sans modifier les séquelles déjà accordées)

Séquelles actuelles :

DAP		
Amputation phalange distale de l'auriculaire droit	100919	0,4 %
Amputation phalange moyenne de l'auriculaire droit	100928	0,4 %
Amputation phalange proximale de l'auriculaire droit	100777	0,4 %
Hypoesthésie côté cubital phalange distale de l'annulaire droit	102025	0,3 %
Hypoesthésie côté cubital phalange moyenne de l'annulaire droit	102016	0,3 %
Hypoesthésie côté cubital phalange proximale de l'annulaire droit	102007	0,15 %

PE

PE d'amputation, 1 phalange	224466	0,5 %
-----------------------------	--------	-------

Séquelles antérieures:

DAP		
Amputation phalange distale de l'auriculaire droit	100919	0,4 %
Amputation phalange moyenne de l'auriculaire droit	100928	0,4 %
Hypoesthésie côté cubital phalange distale de l'annulaire droit	102025	0,3 %
Hypoesthésie côté cubital phalange moyenne de l'annulaire droit	102016	0,3 %
Hypoesthésie côté cubital phalange proximale de l'annulaire droit	102007	0,15 %

43

43

Ce cas permet d'illustrer le principe suivant :

Principe de stabilité des décisions, on ne peut modifier les décisions antérieures

On doit donc retenir la possibilité 3

44

44

Exercice 8 (cas particulier à discuter) :

Dame d'une trentaine d'années, agente de bureau, était connue pour une rupture du ligament croisé antérieur à son genou droit à la suite d'un accident personnel. Elle portait une orthèse stabilisatrice pour certaines activités, en particulier lorsqu'elle faisait du sport. Au travail, elle marchait dans le bureau lorsque son pied droit est resté accroché dans une bordure de tapis qui était mal fixée et elle se retrouve immédiatement avec une douleur importante à son genou et le genou barré à environ 45 degrés de flexion avec un gonflement rapide.

L'investigation a démontré une déchirure en anse de seau du ménisque interne avec le fragment luxé qui bloque le genou. Elle est opérée rapidement pour enlever le fragment (ménisectomie interne partielle) et, du même coup, l'orthopédiste décide de faire une reconstruction de son LCA avec un greffon de tendon rotulien. L'évolution est excellente de sorte qu'elle ne présente plus d'instabilité, ne porte plus d'orthèse, même pour les sports. Il demeure une limitation de la flexion de 10 degrés et la cicatrice est vicieuse sur 5 cm².

45

45

Le médecin traitant nous transmet le bilan des séquelles suivant. Le bilan est-il conforme?

Séquelles actuelles :

DAP		
103060 Ménisectomie interne genou droit avec séquelles fonctionnelles		1 %
106824 Perte de 10° flexion genou droit		1 %
103499 Atteinte des tissus mous avec séquelles fonctionnelles (prise de greffon)		2 %

PE

224402 Cicatrice vicieuse membre inférieur droit		5 %
--	--	-----

Séquelles antérieures :

DAP		
107066 Instabilité du genou droit nécessitant le port d'une orthèse		10 %
Autres déficits liés à la bilatéralité:		
Nil		

46

46

Bilan des séquelles – Exercice 8 (Possibilité 1: ajouter dans les séquelles actuelles seulement les séquelles CSST)

Séquelles actuelles :

DAP		
103060 Ménisectomie interne genou droit avec séquelles fonctionnelles		1 %
106824 Perte de 10° flexion genou droit		1 %
107066 Instabilité du genou droit nécessitant le port d'une orthèse		10 %

Séquelles antérieures :

DAP		
107066 Instabilité du genou droit nécessitant le port d'une orthèse		10 %

Autres déficits liés à la bilatéralité:
Nil

47

47

Bilan des séquelles – Exercice 8 (Possibilité 2: indiquer toutes les séquelles dans les séquelles actuelles et indiquer les séquelles personnelles dans les séquelles antérieures)

Séquelles actuelles :

DAP		
103060 Ménisectomie interne genou droit avec séquelles fonctionnelles		1 %
106824 Perte de 10° flexion genou droit		1 %
107066 Instabilité du genou droit nécessitant le port d'une orthèse		10 %
103499 Atteinte des tissus mous avec séquelles fonctionnelles (prise de greffon)		2 %
224402 Cicatrice vicieuse membre inférieur droit		5 %

Séquelles antérieures :

DAP		
107066 Instabilité du genou droit nécessitant le port d'une orthèse		10 %
103499 Atteinte des tissus mous avec séquelles fonctionnelles (prise de greffon)		2 %
224402 Cicatrice vicieuse membre inférieur droit		5 %

48

48

Exercice 9:

Une caissière de 40 ans subit en 2005 un accident de la circulation alors qu'elle frappe un chevreuil avec sa voiture sur une route de campagne, le soir.
Elle ne subit pas de blessure physique significative, mais elle présente un stress post-traumatique qui répond bien à la thérapie suivie pendant quelques mois.
Elle demeure avec quelques symptômes intrusifs légers (cauchemars ou « flashbacks » occasionnels) et elle ne conduit plus sa voiture le soir sur des routes secondaires. Elle demeure tout à fait fonctionnelle par ailleurs, sans médication, et elle reprend rapidement son travail sans restriction.
Elle est évaluée en avril 2006 par un psychiatre, à la demande de la SAAQ. Ce dernier conclut qu'elle garde quelques symptômes et il évalue son niveau de fonctionnement (EGF) à 75-80.
Il détermine la présence d'une atteinte permanente de gravité 1, selon le barème de la SAAQ, ce qui correspond à un pourcentage d'atteinte de 2 %.

49

49

En juillet 2007, cette dame est victime d'un vol à main armée alors qu'elle est à son travail.
Elle présente à nouveau un épisode de stress post-traumatique qui entraîne un arrêt de travail, la prise d'une médication anxiolytique et une psychothérapie de plusieurs mois.
Elle peut être sevrée des médicaments, mais demeure avec certains symptômes intrusifs reliés à cet événement. Elle reprend ses activités de la vie quotidienne sans problème, sauf qu'elle ne se rend plus dans une banque ou un guichet automatique sans être accompagnée.
La travailleuse demeure cependant incapable de retourner à son poste de caissière et l'employeur la réaffecte à des tâches de service à la clientèle où elle est dans un bureau et communique par téléphone avec les clients et les fournisseurs. La lésion est consolidée en octobre 2008.
Le médecin qui complète le rapport d'évaluation médicale indique les limitations fonctionnelles suivantes : ne plus occuper un emploi qui demande de manipuler de l'argent ou d'être en contact direct avec des clients. Son nouveau poste respecte ces limitations.

50

50

Le bilan des séquelles est établi de la façon suivante.
Est-il conforme?

Séquelles actuelles :

222547 Névrose de groupe 1 : s'accompagnant de modifications mineures et qui ne rendent pas incapables de conduites adaptatives. Il n'y a pas de réduction des activités quotidiennes, ni d'altération du rendement social ou personnel. 5 %

Séquelles antérieures :

Séquelles de stress post-traumatique (SAAQ – 2005) gravité 1 2 %

Autres déficits liés à la bilatéralité:
Nil

51

51

Le bilan des séquelles est établi de la façon suivante.
Est-il conforme?

Séquelles actuelles :

222547 Névrose de groupe 1 : s'accompagnant de modifications mineures et qui ne rendent pas incapables de conduites adaptatives. Il n'y a pas de réduction des activités quotidiennes, ni d'altération du rendement social ou personnel. 5 %



Séquelles antérieures :

222547 Névrose de groupe 1 : s'accompagnant de modifications mineures et qui ne rendent pas incapables de conduites adaptatives. Il n'y a pas de réduction des activités quotidiennes, ni d'altération du rendement social ou personnel. 5 %



<https://www.shutterstock.com/mygallery/free-stock-photography-gala-apple-image28823167>

52

52

Ce cas illustre les principes suivants :

- 1- On doit convertir les séquelles d'un autre barème à leur équivalent selon notre barème actuel.
- 2- Le pourcentage des séquelles antérieures selon le nouveau barème sera souvent différent du pourcentage qui avait été attribué à l'époque.

53

53

Conduite du médecin-conseil

Écrire au médecin traitant pour :

- Lui demander de modifier le bilan des séquelles pour le rendre conforme au barème en tenant compte du point suivant :
 - On doit convertir les séquelles d'un autre barème à leur équivalent selon notre barème actuel.

54

54

Exercice 10:

Notre dame d'une trentaine d'années, agente de bureau de l'exercice 8, quelques années plus tard, lors d'un déménagement de son bureau se barre les pieds dans une boîte et se retrouve cette fois-ci avec une déchirure du ménisque externe de son genou droit qui nécessita une méniscectomie dans les mois qui suivirent.

Comme vous connaissez déjà son dossier et que vous avez eu la formation pour effectuer le rapport d'évaluation médicale vous décidez de prendre le dossier en charge.

Vous transmettez à la CSST le rapport d'évaluation médicale accompagné du bilan des séquelles suivant:

55

55

Bilan des séquelles – Exercice 9 (Possibilité 1)**Séquelles actuelles :**

DAP		
103042	Méniscectomie externe genou droit sans séquelles fonctionnelles	1 %
103060	Méniscectomie interne genou droit avec séquelles fonctionnelles	1 %
106824	Perte de 10° flexion genou droit	1 %
107066	Instabilité du genou droit nécessitant le port d'une orthèse	10 %

Séquelles antérieures :

DAP		
103060	Méniscectomie interne genou droit avec séquelles fonctionnelles	1 %
106824	Perte de 10° flexion genou droit	1 %
107066	Instabilité du genou droit nécessitant le port d'une orthèse	10 %

56

56

Bilan des séquelles – Exercice 9 (Possibilité 2)**Séquelles actuelles :**

103042	Méniscectomie externe genou droit sans séquelles fonctionnelles	1 %
103060	Méniscectomie interne genou droit avec séquelles fonctionnelles	1 %
106824	Perte de 10° flexion genou droit	1 %
107066	Instabilité du genou droit nécessitant le port d'une orthèse	10 %
103499	Atteinte des tissus mous avec séquelles fonctionnelles (prise de greffon)	2 %
224402	Cicatrice vicieuse membre inférieur droit	5 %

Séquelles antérieures :

103060	Méniscectomie interne genou droit avec séquelles fonctionnelles	1 %
106824	Perte de 10° flexion genou droit	1 %
107066	Instabilité du genou droit nécessitant le port d'une orthèse	10 %
103499	Atteinte des tissus mous avec séquelles fonctionnelles (prise de greffon)	2 %
224402	Cicatrice vicieuse membre inférieur droit	5 %

57

57

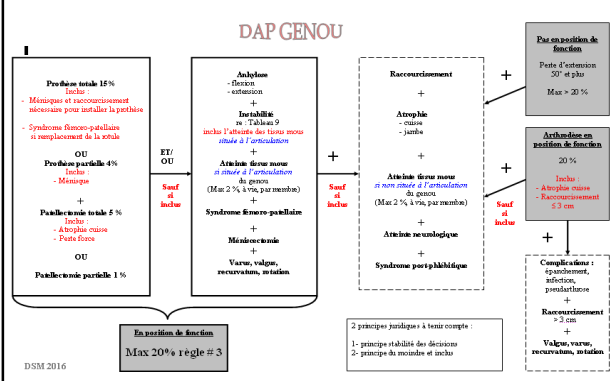
DAP GENOU

Rappel de la règle particulière #3 du système musculosquelettique




1

DAP GENOU



En position de fonction
Max 20% règle #3

DSM 2016



2


CHAPITRE I

SYSTÈME MUSCULOSQUELETTIQUE À L'EXCLUSION DU MAXILLO-FACIAL

RÈGLES PARTICULIÈRES

- L'examen d'une articulation se fait par comparaison à l'articulation du membre opposé lorsque saine. Dans les autres cas, on se réfère aux données conventionnelles.
- Lorsqu'une ankylose d'une articulation se situe entre deux mesures indiquées au barème, on se réfère à la mesure voisine correspondant au déficit anatomophysologique (DAP) le plus élevé.
- Le pourcentage maximum accordé pour une articulation ne peut dépasser le pourcentage maximum prévu pour une ankylose complète de cette articulation (c'est-à-dire pour une arthrodèse en position de fonction).

Règle générale



3


TABLEAU 8

ANKYLOSES PERMANENTES DU GENOU

A. COMPLÈTE Description en position de fonction

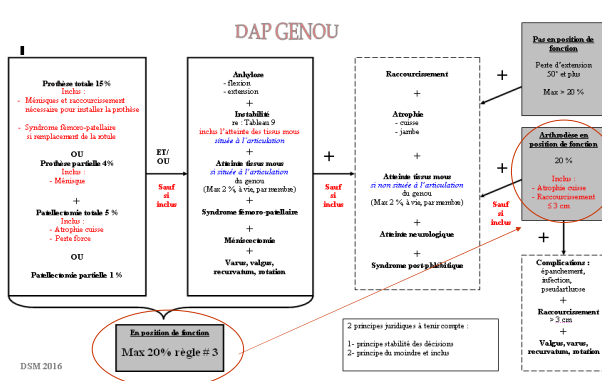
106708 Ankylose complète du genou en légère flexion de 10° avec ou sans patellectomie, sans varus, ni valgus, incluant le raccourcissement réel de 3 cm ou moins ainsi que l'atrophie musculaire permanente et secondaire de la cuisse

20



4


DAP GENOU



En position de fonction
Max 20% règle #3

DSM 2016

Séquelles au genou Séquelles autres




5

123456789

Événement initial

Séquelles actuelles

Droit	DAP		
	107075	instabilité	15
	103160	ménisque	1
	FE	aucun	
Gauche	Aucune séquelle		
Bilatéralité	Ne s'applique pas		
Séquelles antérieures	Aucune séquelle		
Bilatéralité	Ne s'applique pas		

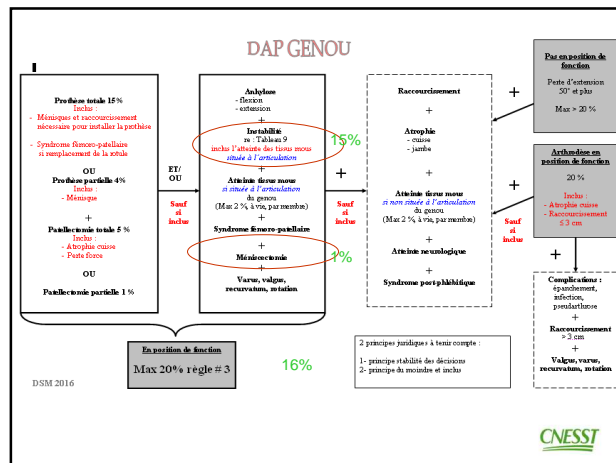


6

CODE		% DAP
TABLEAU 9		
INSTABILITÉS DU GENOU		
107039	Légère laxité sans séquelle fonctionnelle	1
107048	Légère laxité ligamentaire symptomatique	2
107057	Instabilité ligamentaire symptomatique qui ne nécessite pas le port d'une orthèse	5
107066	Instabilité simple ou complexe nécessitant le port d'une orthèse pour certaines activités de travail ou de loisir	10
107075	Instabilité simple ou complexe nécessitant le port d'une orthèse fonctionnelle pour toutes les activités	15
	Instabilité ligamentaire accompagnée de séquelles fonctionnelles	
	Le pourcentage prévu pour chacune des séquelles s'additionne, mais la somme de ceux-ci ne doit pas dépasser le pourcentage prévu pour une arthrodrèse du genou en position de fonction	

dap **CNESST**

7



8

1^{er} RRA

Séquelles actuelles

DAP		
107075	instabilité	15
103160	ménisque	1
106824	flexion	1
106922	extension	1
107002	varus	2
Maximum 20		

PE aucun

Gauche Aucune séquelle

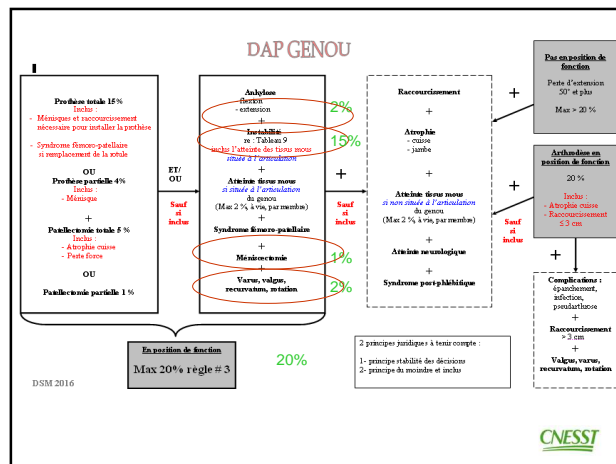
Bilatéralité Ne s'applique pas

Séquelles antérieures

DAP		
107075	instabilité	15
103160	ménisque	1
PE		aucun
Gauche		Aucune séquelle
Bilatéralité		Ne s'applique pas

CNESST

9



10

2^{ème} RRA

Séquelles actuelles

DAP		
107075	instabilité	15
103160	ménisque	1
106824	flexion	1
106922	extension	1
107002	varus	2
Maximum 20		
103131	syndrome figé	1
Maximum 20		

PE aucun

Gauche Aucune séquelle

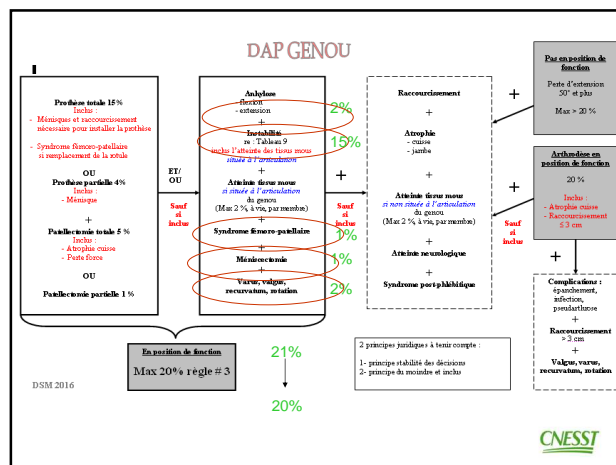
Bilatéralité Ne s'applique pas

Séquelles antérieures

DAP		
107075	instabilité	15
103160	ménisque	1
106824	flexion	1
106922	extension	1
107002	varus	2
Maximum 20		
PE		aucun
Gauche		Aucune séquelle
Bilatéralité		Ne s'applique pas

CNESST

11



12

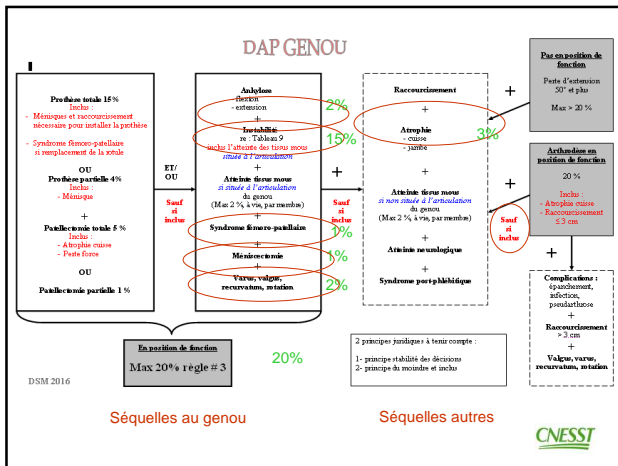
3 ^e RRA			Séquelles antérieures		
Séquelles actuelles			Droit		
DAP			DAP		
107075	instabilité	15	107075	instabilité	15
103160	ménisque	1	103160	ménisque	1
106824	flexion	1	106824	flexion	1
106922	extension	1	106922	extension	1
107002	varus	2	107002	varus	2
Maximum 20			Maximum 20		
103131	syndrome fp	1	103131	syndrome fp	1
Maximum 20			Maximum 20		
106682	atrophie cuisse > 3	3			
PE	aucun		PE	aucun	
Gauche	Aucune séquelle		Gauche	Aucune séquelle	
Bilatéralité	Ne s'applique pas		Bilatéralité	Ne s'applique pas	

13

B. ATROPHIE

106682	Atrophie musculaire permanente, de 3 cm et plus, mesurée à 15 cm au-dessus du pôle supérieur de la rotule, incluant la faiblesse musculaire qui pourrait en résulter	3
106691	Atrophie musculaire permanente de 2 cm et plus, mesurée à 15 cm au-dessous du pôle inférieur de la rotule, incluant la faiblesse musculaire qui pourrait en résulter	2

14



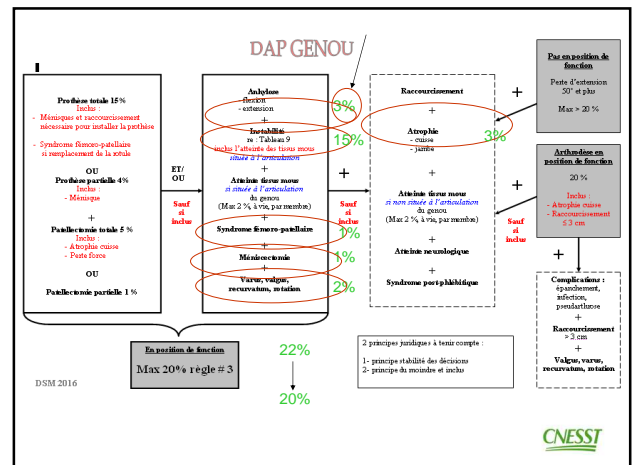
15

3 ^e RRA			Séquelles antérieures		
Séquelles actuelles			Droit		
DAP			DAP		
107075	instabilité	15	107075	instabilité	15
103160	ménisque	1	103160	ménisque	1
106824	flexion	1	106824	flexion	1
106922	extension	1	106922	extension	1
107002	varus	2	107002	varus	2
Maximum 20			Maximum 20		
103131	syndrome fp	1	103131	syndrome fp	1
Maximum 20			Maximum 20		
106682	atrophie cuisse > 3	3			
PE	aucun		PE	aucun	
Gauche	Aucune séquelle		Gauche	Aucune séquelle	
Bilatéralité	Ne s'applique pas		Bilatéralité	Ne s'applique pas	

16

4 ^e RRA			Séquelles antérieures		
Séquelles actuelles			Droit		
DAP			DAP		
107075	instabilité	15	107075	instabilité	15
103160	ménisque	1	103160	ménisque	1
106824	flexion	1	106824	flexion	1
106922	extension	1	106922	extension	1
107002	varus	2	107002	varus	2
Maximum 20			Maximum 20		
103131	syndrome fp	1	103131	syndrome fp	1
Maximum 20			Maximum 20		
106682	atrophie cuisse > 3	3	106682	atrophie cuisse > 3	3
106833	flexion	2	106833	flexion	2
Maximum 20			Maximum 20		
PE	aucun		PE	aucun	
Gauche	Aucune séquelle		Gauche	Aucune séquelle	
Bilatéralité	Ne s'applique pas		Bilatéralité	Ne s'applique pas	

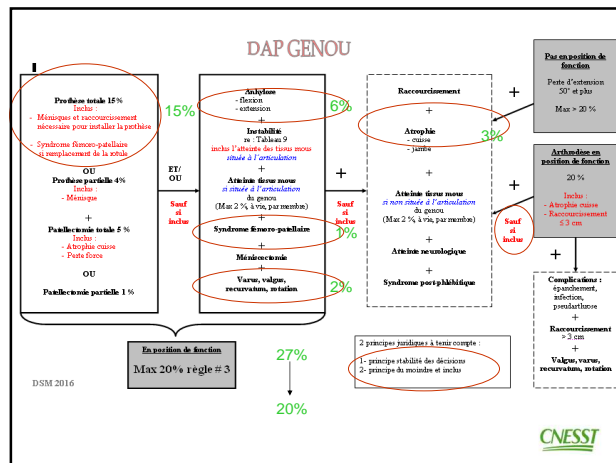
17



18

5 ^e RRA		Séquelles actuelles		Séquelles antérieures	
Droit		DAP		Droit	
DAP		107075	instabilité	15	
102806	prot. tot	103160	ménisque	1	
106833	flexion	106824	flexion	1	
106931	extension	106922	extension	1	
107602	varus	107002	varus	2	
Maximum	20	Maximum	20		
103131	syndrome fp.	103131	syndrome fp.	1	
Maximum	20	Maximum	20		
106682	atrophie cuisse > 3	106682	atrophie cuisse > 3	3	
Maximum	20	Maximum	20		
106833	flexion	106833	flexion	2	
Maximum	20	Maximum	20		
PE	aucun	PE	aucun		
Gauche	Aucune séquelle	Gauche	Aucune séquelle		
Bilatéralité	Ne s'applique pas	Bilatéralité	Ne s'applique pas		

19

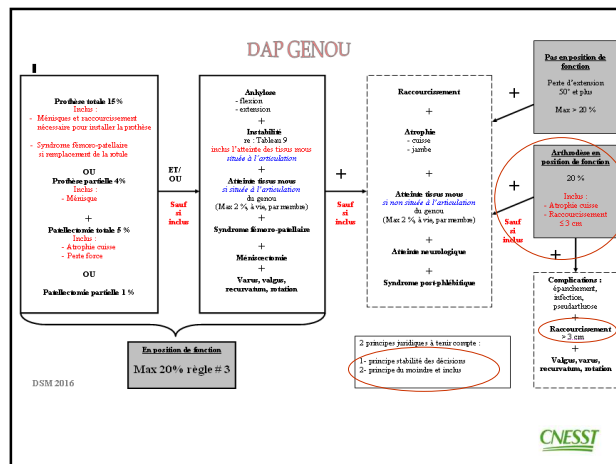


20

Exercice

6 ^e RRA		Séquelles actuelles		Séquelles antérieures	
Droit		DAP		Droit	
DAP		107075	instabilité	15	
106833	arthrodèse	103160	ménisque	1	
106931	atrophie cuisse	106824	flexion	1	
107602	raccourcissement 4 cm	106922	extension	1	
107602	raccourcissement 4 cm	107002	varus	2	
Maximum	20	Maximum	20		
103131	syndrome fp.	103131	syndrome fp.	1	
Maximum	20	Maximum	20		
106682	atrophie cuisse > 3	106682	atrophie cuisse > 3	3	
Maximum	20	Maximum	20		
106833	flexion	106833	flexion	2	
Maximum	20	Maximum	20		
PE	aucun	PE	aucun		
Gauche	Aucune séquelle	Gauche	Aucune séquelle		
Bilatéralité	Ne s'applique pas	Bilatéralité	Ne s'applique pas		

21



22

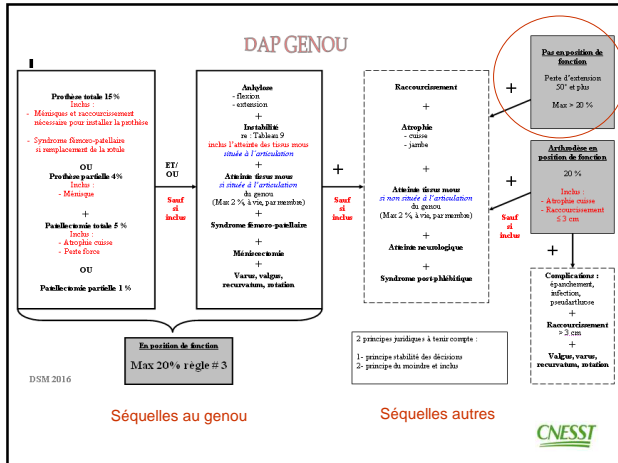
CODE	% DAP	CODE	% DAP
TABLIÉAU 8			
ANKYLOSES PERMANENTES DU GENOU			
A. COMPLÈTE			
106708	10%	106771	2
	15%	106780	2
	25%	106799	2
		106806	2
106717	10%		
106726	15%		
106735	25%		
106744			
106753			
106762			

23

6 ^e RRA		Séquelles actuelles		Séquelles antérieures	
Droit		DAP		Droit	
DAP		107075	instabilité	15	
107075	Arthrodèse	103160	ménisque	1	
Maximum	20	106824	flexion	1	
106744	Raccourc.	106922	extension	1	
	4	107002	varus	2	
Maximum	20	Maximum	20		
106744	Raccourc.	103131	syndrome fp.	1	
	4	Maximum	20		
Maximum	20	106682	atrophie cuisse > 3	3	
PE	aucun	Maximum	20		
Gauche	Aucune séquelle	106833	flexion	2	
Bilatéralité	Ne s'applique pas	Maximum	20		
		PE	aucun		
		Gauche	Aucune séquelle		
		Bilatéralité	Ne s'applique pas		

DAP = 22% DAP = 20%

24

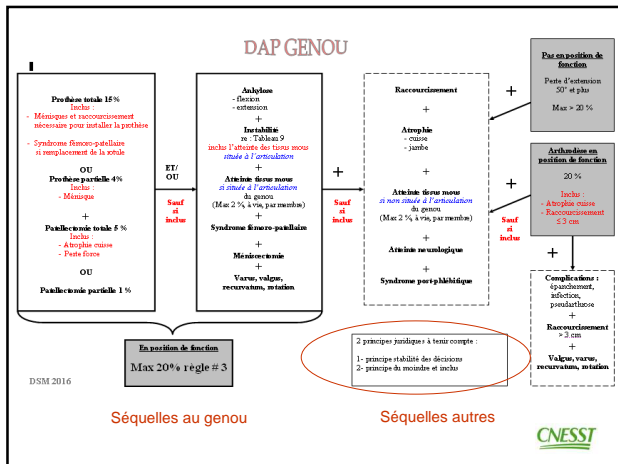


25

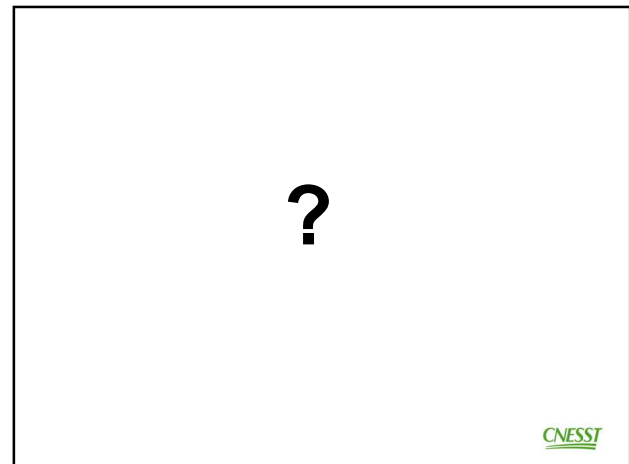
CODE	% DAP	
	■ Extension en se référant à l'extension maximale jusqu'à 0° jusqu'à	
	Degrés	
106913	0 (normal)	0
106922	5	1
106931	10	4
106940	20	7
106959	25	8
106968	35	10
106977	50	30
106986	plus de 50	45

CNESST

26



27



28



29

CHAPITRE I

SYSTÈME MUSCULOSQUELETTIQUE À L'EXCLUSION DU MAXILLO-FACIAL

RÈGLES PARTICULIÈRES

- L'examen d'une articulation se fait par comparaison à l'articulation du membre opposé lorsque saine. Dans les autres cas, on se réfère aux données conventionnelles.
- Lorsqu'une ankylose d'une articulation se situe entre deux mesures indiquées au barème, on se réfère à la mesure voisine correspondant au déficit anatomophysologique (DAP) le plus élevé.
- Le pourcentage maximum accordé pour une articulation ne peut dépasser le pourcentage maximum prévu pour une ankylose complète de cette articulation (c'est-à-dire pour une arthrodeuse en position de fonction).

Règle générale

CNESST

30


Système musculo squelettique

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

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


Pour faciliter l'application de la règle particulière numéro 5 du chapitre 1, les pourcentages additionnels de déficits anatomophysiologiques ont été calculés; ils apparaissent ci-dessous et sont précédés de leur code spécifique.

106717	épanchement	10 %	2
106726	infection chronique	15 %	3
106735	pseudarthrose	25 %	5



31

CODE	% DAP
TABLEAU 7	
RACCOURCISSEMENT ET ATROPHIE MUSCULAIRE PERMANENTE DU MEMBRE INFÉRIEUR	
A. RACCOURCISSEMENT	
Raccourcissement de la structure osseuse du membre inférieur	
106600	1,5 cm ou moins (variation normale) 0
106619	plus de 1,5 cm jusqu'à moins de 2,5 cm 2
106628	2,5 cm jusqu'à moins de 3,5 cm 3
106637	3,5 cm jusqu'à moins de 4,5 cm 4
106646	4,5 cm jusqu'à moins de 5,5 cm 6
106655	5,5 cm jusqu'à moins de 6,5 cm 8
106664	6,5 cm jusqu'à moins de 7,5 cm 10
106673	7,5 cm ou plus 15




32

Table des médecins 12 novembre 2019

Aide-mémoire pour la correction des évaluations (REM, 204 et BEM)

médecin-conseil

Direction des normes, de l'équité,
de la santé et de la sécurité du travail
cnesst.gouv.qc.ca



1

Conflits d'intérêts

Médecin-conseil à la CNESST

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux



2

Objectifs de la formation


À LA FIN DE LA PRÉSENTATION SUR

Aide mémoire pour la correction des évaluations (REM, 204, BEM)

LE PARTICIPANT SERA EN MESURE DE :

- 1- Identifier la conduite avant d'écrire au MQAC (REM)
- 2- Identifier la conduite avant d'écrire au médecin désigné (204)
- 3- Identifier la conduite avant d'écrire au médecin membre du BEM

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux




3

Correction au bilan des séquelles

Situations	MQAC	Annexe #	204 et BEM
Erreur de transcription de cote et/ou %	Corriger et informer	1 cote 2 (204/204) (24) 3 (204) et %	Corriger et informer
Séquences actuelles et antérieures attribuées à cette date accidentelles (bilan de séquelles) Méthode (présentation correcte)	Corriger et informer	4 S. actuelles 5 S. antérieures	Corriger et informer
DAP ou PE non conforme à Fonction (R, code, description)	Corriger et informer	6 Bilan d'analyse 7	Corriger et informer
DAP ou PE acceptable selon l'usage	Corriger et informer	8 Plan, actualisation 9 DAP maximum 10 ES maximum	Demandeur correcteur
Application de barème II	Corriger et informer	11 DAP ou PE	Demandeur correcteur
Interprétation du barème	Corriger et informer	12 lettre générale 13 lettre générale	Demandeur correcteur
Séquences antérieures personnelles (démarches accomplies)	Demandeur présent et correcteur	14 S. antérieures 15 (204/204)	Demandeur présent et correcteur
Méthode (présentation correcte)	Demandeur présent et correcteur	16	Demandeur présent et correcteur
Formulation, orthographe, interprétation selon le bilan et l'usage	Demandeur présent et correcteur	17 lettre générale 18 lettre générale	Demandeur présent et correcteur
Bilan des séquelles ne correspond pas à l'évaluation	Demandeur présent, correcteur et 204 le cas échéant	19	Demandeur présent et correcteur
DAP ou PE non acceptable selon la cote de la lettre ou description	Demandeur présent, correcteur et 204 le cas échéant	20	Demandeur présent et correcteur
DAP ou PE acceptable selon la cote	Demandeur présent et correcteur	21	Demandeur présent et correcteur
Nouveaux diagnostics	Statuer sur le nouveau diagnostic et informer agent	22 lettre générale 23 lettre générale	Demandeur présent et correcteur 204 : Informer que le cas n'est pas demandeur correcteur BEM : Statuer sur le cas et informer l'agent.
Nouveaux diagnostics qui peuvent constituer un MQAC	Demandeur au MQAC signaler au processus de et 204 ou non accepté.	24	

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux



4

Pratique médico-administrative

Table des médecins de février 2011

PRATIQUE MÉDICO-ADMINISTRATIVE POUR LES MÉDECINS CONSEILS

31 octobre 2011 DOCUMENT DE TRAVAIL

CORRECTION AU BILAN DES SÉQUELLES (REM)

À la réception d'un rapport d'évaluation médicale (REM), il peut être nécessaire d'effectuer une démarche pour apporter une correction au bilan des séquelles.

RÈGLES GÉNÉRALES

Plusieurs situations peuvent survenir. Il peut s'agir d'une situation d'application du Règlement annoté sur le barème des dommages corporels (barème), d'interprétation du barème ou d'autres situations ayant une implication sur le bilan des séquelles.

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

En collaboration avec DSM (), la DAJ (), la DIR ()



5

Pratique médico-administrative


On a revu les conduites et les lettres

Aide-mémoire sous forme de tableau

- aider à reconnaître la conduite à tenir
- repérer plus facilement la lettre-type à utiliser

Direction de l'accès au régime
et des services médicaux

En collaboration avec () et ()



6

Correction au bilan des séquences

Situations	MQAC	Annexe #	Z04 et BEM
Erreur de transcription du code «Jus»	Corriger et informer	1 note 2 séquences (20% / 20%)	Corriger et informer
Séquences actuelles et antérieures différentes à celles des accords (problème des séquences)	Corriger et informer	4 S. actuelles 5 S. antérieures	Corriger et informer
Mémoire (Informations complètes)	Corriger et informer	8 séq. d'analyse	Corriger et informer
DSP vs PE non conformes à l'examen (% code, description)	Corriger et informer	11 non articulés 12 DAP maximum	Demande correction
DSP vs PE acceptable selon l'examen	Corriger et informer	7 séq. DSP vs PE	Demande correction
Application du barème et interprétation du barème	Corriger et informer	17 lettre générale 18 lettre générale	Donner explications et demander correction
Séquences antérieures personnelles (Informations complètes)	Demande précision et correction	6 S. antérieures personnelles	Demande précision et correction
Mémoire (Informations complètes)	Demande précision et correction	10	Demande précision et correction
Contradictions, ambiguïté, interprétation entre le libellé et l'examen	Demande précision et correction	19 lettre générale	Demande précision et correction
Libellé des séquences ne correspond pas à l'analyse	Demande précision, correction et Z04 le cas échéant	14	Demande précision et correction
DSP vs PE non acceptable selon la nature de la liaison ou description	Demande précision, correction et Z04 le cas échéant	18 lettre générale	Demande précision et correction
DSP vs PE personnel être acceptable	Demande précision et correction	19	Demande précision et correction
Nouveaux diagnostics	Demande précision et correction	17 lettre générale	Demande précision et correction
Nouveaux diagnostics par médecin substitué demandé par MQAC	Demande sur le nouveau diagnostic et informer agent	18 lettre générale	PR: Informer que de non remis et demander correction BEM: Informer sur la ds et informer l'agent
Nouveaux diagnostics par médecin substitué demandé par MQAC	Demande au MQAC opinion sur nouveaux de et Z04 si ne peut substituer	18	Demande précision et correction

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

CNESST

7

Pratique médico-administrative

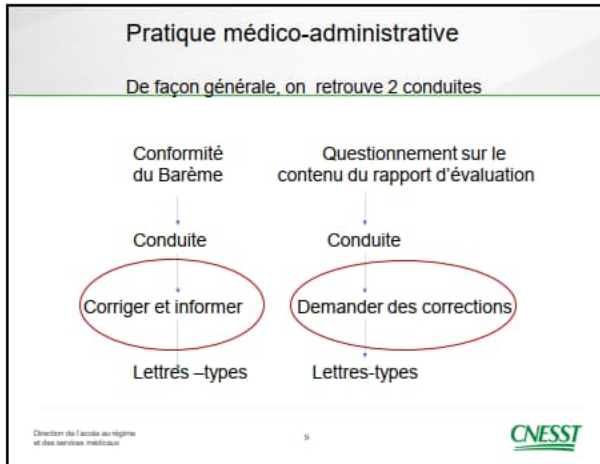
Objectifs

- Équité dans les dossiers
- Standardiser les façons de faire
- Éviter des demandes de corrections
- Éviter des demandes d'expertises (204)
- Éviter de judiciaireiser les dossiers
- Éviter des démarches inutiles

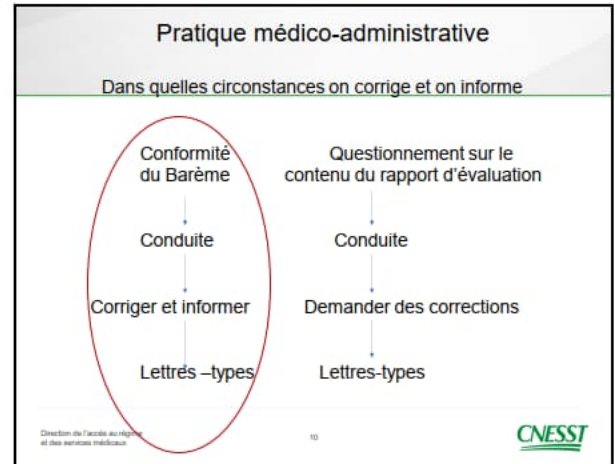
Direction de l'accès au régime et des services médicaux

CNESST

8



9



10

Correction au bilan des séquences

Situations	MQAC	Annexe #	Z04 et BEM
Erreur de transcription du code «Jus»	Corriger et informer	1 note 2 séquences (20% / 20%)	Corriger et informer
Séquences actuelles et antérieures différentes à celles des accords (problème des séquences)	Corriger et informer	4 S. actuelles 5 S. antérieures	Corriger et informer
Mémoire (Informations complètes)	Corriger et informer	8 séq. d'analyse	Corriger et informer
DSP vs PE non conformes à l'examen (% code, description)	Corriger et informer	11 non articulés 12 DAP maximum	Demande correction
DSP vs PE acceptable selon l'examen	Corriger et informer	7 séq. DSP vs PE	Demande correction
Application du barème et interprétation du barème	Corriger et informer	17 lettre générale 18 lettre générale	Donner explications et demander correction
Séquences antérieures personnelles (Informations complètes)	Demande précision et correction	6 S. antérieures personnelles	Demande précision et correction
Mémoire (Informations complètes)	Demande précision et correction	10	Demande précision et correction
Contradictions, ambiguïté, interprétation entre le libellé et l'examen	Demande précision et correction	19 lettre générale	Demande précision et correction
Libellé des séquences ne correspond pas à l'analyse	Demande précision, correction et Z04 le cas échéant	14	Demande précision et correction
DSP vs PE non acceptable selon la nature de la liaison ou description	Demande précision, correction et Z04 le cas échéant	18 lettre générale	Demande précision et correction
DSP vs PE personnel être acceptable	Demande précision et correction	19	Demande précision et correction
Nouveaux diagnostics	Demande précision et correction	17 lettre générale	Demande précision et correction
Nouveaux diagnostics par médecin substitué demandé par MQAC	Demande sur le nouveau diagnostic et informer agent	18 lettre générale	PR: Informer que de non remis et demander correction BEM: Informer sur la ds et informer l'agent
Nouveaux diagnostics par médecin substitué demandé par MQAC	Demande au MQAC opinion sur nouveaux de et Z04 si ne peut substituer	18	Demande précision et correction

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

CNESST

11

Correction au bilan des séquences

Situations	MQAC	Annexe #	Z04 et BEM
Erreur de transcription du code «Jus»	Corriger et informer	1 note 2 séquences (20% / 20%)	Corriger et informer
Séquences actuelles et antérieures différentes à celles des accords (problème des séquences)	Corriger et informer	4 S. actuelles 5 S. antérieures	Corriger et informer
Mémoire (Informations complètes)	Corriger et informer	8 séq. d'analyse	Corriger et informer
DSP vs PE non conformes à l'examen (% code, description)	Corriger et informer	11 non articulés 12 DAP maximum	Demande correction
DSP vs PE acceptable selon l'examen	Corriger et informer	7 séq. DSP vs PE	Demande correction
Application du barème et interprétation du barème	Corriger et informer	17 lettre générale 18 lettre générale	Donner explications et demander correction
Séquences antérieures personnelles (Informations complètes)	Demande précision et correction	6 S. antérieures personnelles	Demande précision et correction
Mémoire (Informations complètes)	Demande précision et correction	10	Demande précision et correction
Contradictions, ambiguïté, interprétation entre le libellé et l'examen	Demande précision et correction	19 lettre générale	Demande précision et correction
Libellé des séquences ne correspond pas à l'analyse	Demande précision, correction et Z04 le cas échéant	14	Demande précision et correction
DSP vs PE non acceptable selon la nature de la liaison ou description	Demande précision, correction et Z04 le cas échéant	18 lettre générale	Demande précision et correction
DSP vs PE personnel être acceptable	Demande précision et correction	19	Demande précision et correction
Nouveaux diagnostics	Demande précision et correction	17 lettre générale	Demande précision et correction
Nouveaux diagnostics par médecin substitué demandé par MQAC	Demande sur le nouveau diagnostic et informer agent	18 lettre générale	PR: Informer que de non remis et demander correction BEM: Informer sur la ds et informer l'agent
Nouveaux diagnostics par médecin substitué demandé par MQAC	Demande au MQAC opinion sur nouveaux de et Z04 si ne peut substituer	18	Demande précision et correction

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

CNESST

12

Conformité du barème

Situations	MQAC	Annexe #	
Erreur de transcription du code et/ou %	Corriger et informer	1 code 2 pourcentage (%) 3 code et %	Entorse lombaire avec séquelle Code 104004 au lieu de 204004 Code 204004 3% Code 104004 3%
Séquelles actuelles et antérieures différentes à celles déjà accordées (stabilité des décisions)	Corriger et informer	4.5. actuelles 5.5. antérieures	RRA hernie discale Séquelles actuelles Code 207000 hernie ant 3% Séquelles antérieures Code 207001 Hernie ant 5%
Bilatéralité (information complète)	Corriger et informer	8 grille d'analyse	Statut des séquelles Séquelles actuelles Séquelles antérieures
DAP ou PE non conforme à l'examen (% , code, descriptif)	Corriger et informer	11 max. articulation 12 DAP maximum 13 PE maximum	Autres déficits liés à la bilatéralité Du tendonite Examen normal Code 102333 ATM 2%
DAP ou PE acceptable selon l'examen	Corriger et informer	7 ajout DAP ou PE	Du amputation 06 Code 102000 20% PE visible Code 204025 8%
Application du barème et interprétation du barème	Corriger et informer Cf : SVMB	17 lettre générale 19 lettre générale	Du SVMB Classe 4 sévère 3% Ajout de séquelles neurologiques et musculosquelettiques

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 13

13

Phénomène de Raynaud et syndrome vibratoire

Code	Classe	Désignation	Autres déficits	Statut des séquelles	Statut des séquelles	Statut des séquelles	% DAP
11199	11	PHÉNOMÈNE DE RAYNAUD	PHÉNOMÈNE DE RAYNAUD	PHÉNOMÈNE DE RAYNAUD	PHÉNOMÈNE DE RAYNAUD	PHÉNOMÈNE DE RAYNAUD	0
11199	11	PHÉNOMÈNE DE RAYNAUD	PHÉNOMÈNE DE RAYNAUD	PHÉNOMÈNE DE RAYNAUD	PHÉNOMÈNE DE RAYNAUD	PHÉNOMÈNE DE RAYNAUD	0
11199	11	PHÉNOMÈNE DE RAYNAUD	PHÉNOMÈNE DE RAYNAUD	PHÉNOMÈNE DE RAYNAUD	PHÉNOMÈNE DE RAYNAUD	PHÉNOMÈNE DE RAYNAUD	0

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

14

Système cardio-vasculaire

CODE % DAP

TABLEAU 27
CLASSIFICATION DU PHÉNOMÈNE DE RAYNAUD ET DU SYNDROME VIBRATOIRE

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

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

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

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 15

15

Banque de connaissances - Publiée

Statut de la notice

Tableau de suivi

Tableau de suivi

Tableau de suivi

Tableau de suivi

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

16

ANNEXE 3

LETTRE D'INFORMATION D'UNE MODIFICATION AU BILAN DES SÉQUELLES (Correction du code et du pourcentage)

Date de l'examen

Destataire

Nom du travailleur

N° de dossier CSST du travailleur

OBJET : Atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique

Docteur

Nous avons reçu votre rapport d'évaluation médicale concernant l'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique (APPP) du travailleur nommé ci-haut.

Nous désirons vous aviser que le code _____ a été modifié pour le code _____ afin de correspondre à la séquelle indiquée au bilan des séquelles _____.

Le pourcentage de déficit anamnesto-physiologique (DAP) de _____% accordé au travailleur pour la séquelle suivante « _____ » a aussi été modifié pour _____%.

Ces modifications ont été faites afin de se conformer au Règlement annexé au le barème des dommages corporels pour l'atteinte de ci-haut.

Nous vous remercions de votre compréhension et vous prions d'acquiescer, docteur, l'expression de nos salutations distinguées.

Direction de l'accès au régime et des services médicaux Nom du médecin régional, md Médecin-conseil

17

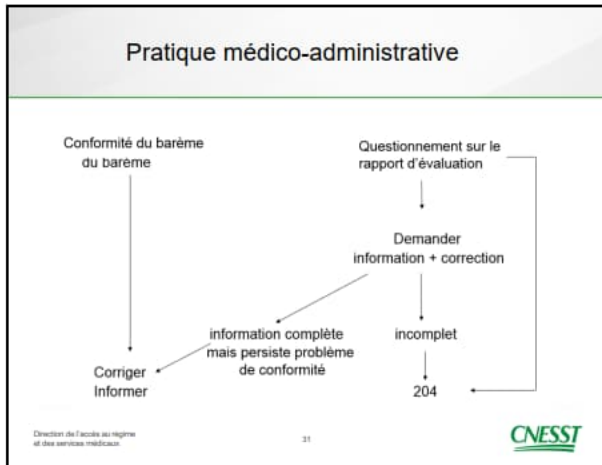
Conformité du barème pour MQAC

Conduite:

- Effectuer la correction
- Indiquer au besoin la référence dans OSI (référence à une évaluation antérieure)
- Envoyer lettre d'information au médecin qui a fait le REM
 - copie au travailleur
 - copie au médecin de l'employeur

Direction de l'accès au régime et des services médicaux 18

18



31

Correction au bilan des séquelles

Situations	MQAC	Annexe #	204 et BEM
Erreur de transcription du code de séq. %	Corriger et informer	1 code	Corriger et informer
Séquences actuelles et antérieures différentes à celles déjà acceptées (tableau des décisions)	Corriger et informer	4.5. actuelles / 5.1. antérieures	Corriger et informer
Matricielle (Informations incomplètes)	Corriger et informer	8 (3) d'analyse	Corriger et informer
DAP ou PE non conforme à l'examen (N, code, description)	Corriger et informer	11 max. actualisation / 12 DAP maximum / 13 PE maximum	Demande correction
DAP ou PE acceptable selon l'examen	Corriger et informer	7 (3) DAP ou PE	Demande correction
Application du barème et interprétation du barème	Corriger et informer (1-1040)	17 lettre générale / 18 lettre générale	Demande explications et demande correction
Séquences actuelles et antérieures différentes à celles déjà acceptées (tableau des décisions)	Demande précision et correction	6.1. actuelles / 6.2. antérieures	Demande précision et correction
Matricielle (Informations incomplètes)	Demande précision et correction	10	Demande précision et correction
Contradiction, ambiguïté, interprétation entre le bilan et l'examen	Demande précision et correction	13 lettre générale	Demande précision et correction
Bilan des séquences ne correspond pas à l'examen	Demande précision, correction et 204 le cas échéant	14 / 18 lettre générale	Demande précision et correction
DAP ou PE non acceptable selon le contenu de la lettre ou description	Demande précision, correction et 204 le cas échéant	19	Demande précision et correction
DAP ou PE prescrit être acceptable	Demande précision et correction	15	Demande précision et correction
Nouveaux diagnostics	Statuer sur le nouveau diagnostic et informer agent	17 lettre générale / 18 lettre générale	JRA : Informer qui de non retenu et demander correction BEM : Statuer sur le ds et informer l'agent
Nouveaux diagnostics par médecin substitut demandé par MQAC	Demande au MQAC opinion sur nouveau ds et copie au md substitut	16	

CNESST

32

Correction au bilan des séquelles

Situations	MQAC	Annexe #	204 et BEM
Erreur de transcription du code de séq. %	Corriger et informer	1 code	Corriger et informer
Séquences actuelles et antérieures différentes à celles déjà acceptées (tableau des décisions)	Corriger et informer	4.5. actuelles / 5.1. antérieures	Corriger et informer
Matricielle (Informations incomplètes)	Corriger et informer	8 (3) d'analyse	Corriger et informer
DAP ou PE non conforme à l'examen (N, code, description)	Corriger et informer	11 max. actualisation / 12 DAP maximum / 13 PE maximum	Demande correction
DAP ou PE acceptable selon l'examen	Corriger et informer	7 (3) DAP ou PE	Demande correction
Application du barème et interprétation du barème	Corriger et informer (1-1040)	17 lettre générale / 18 lettre générale	Demande explications et demande correction
Séquences actuelles et antérieures différentes à celles déjà acceptées (tableau des décisions)	Demande précision et correction	6.1. actuelles / 6.2. antérieures	Demande précision et correction
Matricielle (Informations incomplètes)	Demande précision et correction	10	Demande précision et correction
Contradiction, ambiguïté, interprétation entre le bilan et l'examen	Demande précision et correction	13 lettre générale	Demande précision et correction
Bilan des séquences ne correspond pas à l'examen	Demande précision, correction et 204 le cas échéant	14 / 18 lettre générale	Demande précision et correction
DAP ou PE non acceptable selon le contenu de la lettre ou description	Demande précision, correction et 204 le cas échéant	19	Demande précision et correction
DAP ou PE prescrit être acceptable	Demande précision et correction	15	Demande précision et correction
Nouveaux diagnostics	Statuer sur le nouveau diagnostic et informer agent	17 lettre générale / 18 lettre générale	JRA : Informer qui de non retenu et demander correction BEM : Statuer sur le ds et informer l'agent
Nouveaux diagnostics par médecin substitut demandé par MQAC	Demande au MQAC opinion sur nouveau ds et copie au md substitut	16	

CNESST

33

Correction au bilan des séquelles

Situations	MQAC	Annexe #	204 et BEM
Erreur de transcription du code de séq. %	Corriger et informer	1 code	Corriger et informer
Séquences actuelles et antérieures différentes à celles déjà acceptées (tableau des décisions)	Corriger et informer	4.5. actuelles / 5.1. antérieures	Corriger et informer
Matricielle (Informations incomplètes)	Corriger et informer	8 (3) d'analyse	Corriger et informer
DAP ou PE non conforme à l'examen (N, code, description)	Corriger et informer	11 max. actualisation / 12 DAP maximum / 13 PE maximum	Demande correction
DAP ou PE acceptable selon l'examen	Corriger et informer	7 (3) DAP ou PE	Demande correction
Application du barème et interprétation du barème	Corriger et informer (1-1040)	17 lettre générale / 18 lettre générale	Demande explications et demande correction
Séquences actuelles et antérieures différentes à celles déjà acceptées (tableau des décisions)	Demande précision et correction	6.1. actuelles / 6.2. antérieures	Demande précision et correction
Matricielle (Informations incomplètes)	Demande précision et correction	10	Demande précision et correction
Contradiction, ambiguïté, interprétation entre le bilan et l'examen	Demande précision et correction	13 lettre générale	Demande précision et correction
Bilan des séquences ne correspond pas à l'examen	Demande précision, correction et 204 le cas échéant	14 / 18 lettre générale	Demande précision et correction
DAP ou PE non acceptable selon le contenu de la lettre ou description	Demande précision, correction et 204 le cas échéant	19	Demande précision et correction
DAP ou PE prescrit être acceptable	Demande précision et correction	15	Demande précision et correction
Nouveaux diagnostics	Statuer sur le nouveau diagnostic et informer agent	17 lettre générale / 18 lettre générale	JRA : Informer qui de non retenu et demander correction BEM : Statuer sur le ds et informer l'agent
Nouveaux diagnostics par médecin substitut demandé par MQAC	Demande au MQAC opinion sur nouveau ds et copie au md substitut	16	

CNESST

34

Autres situations

Correction au bilan des séquelles

Situations	MQAC	Annexe #
Nouveau diagnostic	Statuer sur le nouveau diagnostic et informer agent	17 lettre générale / 18 lettre générale
Nouveau diagnostic par médecin substitut demandé par MQAC	Demande au MQAC opinion sur nouveau ds et copie au md substitut	16

CNESST

35

Correction au bilan des séquelles

Situations	MQAC	Annexe #	204 et BEM
Erreur de transcription du code de séq. %	Corriger et informer	1 code	Corriger et informer
Séquences actuelles et antérieures différentes à celles déjà acceptées (tableau des décisions)	Corriger et informer	4.5. actuelles / 5.1. antérieures	Corriger et informer
Matricielle (Informations incomplètes)	Corriger et informer	8 (3) d'analyse	Corriger et informer
DAP ou PE non conforme à l'examen (N, code, description)	Corriger et informer	11 max. actualisation / 12 DAP maximum / 13 PE maximum	Demande correction
DAP ou PE acceptable selon l'examen	Corriger et informer	7 (3) DAP ou PE	Demande correction
Application du barème et interprétation du barème	Corriger et informer (1-1040)	17 lettre générale / 18 lettre générale	Demande explications et demande correction
Séquences actuelles et antérieures différentes à celles déjà acceptées (tableau des décisions)	Demande précision et correction	6.1. actuelles / 6.2. antérieures	Demande précision et correction
Matricielle (Informations incomplètes)	Demande précision et correction	10	Demande précision et correction
Contradiction, ambiguïté, interprétation entre le bilan et l'examen	Demande précision et correction	13 lettre générale	Demande précision et correction
Bilan des séquences ne correspond pas à l'examen	Demande précision, correction et 204 le cas échéant	14 / 18 lettre générale	Demande précision et correction
DAP ou PE non acceptable selon le contenu de la lettre ou description	Demande précision, correction et 204 le cas échéant	19	Demande précision et correction
DAP ou PE prescrit être acceptable	Demande précision et correction	15	Demande précision et correction
Nouveaux diagnostics	Statuer sur le nouveau diagnostic et informer agent	17 lettre générale / 18 lettre générale	JRA : Informer qui de non retenu et demander correction BEM : Statuer sur le ds et informer l'agent
Nouveaux diagnostics par médecin substitut demandé par MQAC	Demande au MQAC opinion sur nouveau ds et copie au md substitut	16	

CNESST

36

Correction au bilan des séquences


Situations	MQAC	Annexe #	204 et BEM
Nouveaux diagnostics	Statuer sur le nouveau diagnostic et informer agent	37 lettre générale	204 : Informer que de son rôle et de demander correction BEM : Statuer sur le D et informer l'agent
Nouveaux diagnostics par médecin substitué demandé par MQAC	Démarrer au MQAC option sur nouveau D et COSE. Ne mod substitué	38	

Autres situations pour 204 et BEM

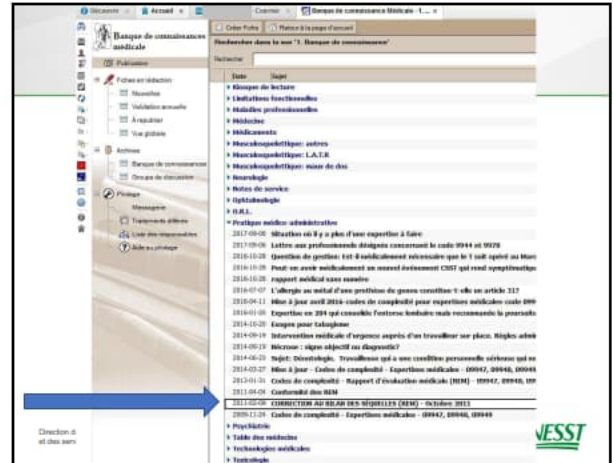
Demande seulement sur les points 4 et 5

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

37




37

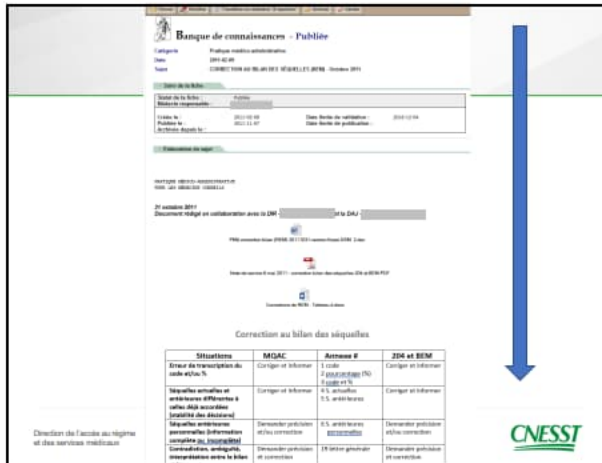


Direction de l'accès au régime et des services médicaux

38



38




Correction au bilan des séquences

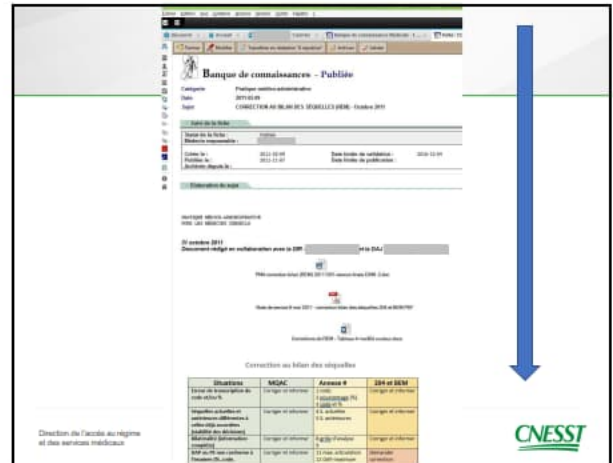
Situations	MQAC	Annexe #	204 et BEM
Arrivée de nouvelles de code activité	Changer et évaluer	1 code d'activité (P)	Changer et évaluer
Nouvelles activités et activités éliminées à partir des données (sauf des données)	Changer et évaluer	1,5 activités	Changer et évaluer
Nouvelles activités personnelles (information susceptible de diagnostic)	Démarrer procédure et/ou correction	0,5 activités	Démarrer procédure et/ou correction
Constatations, enquêtes, recommandations relatives à la BEM	Démarrer procédure et correction	18 lettre générale	Démarrer procédure et correction

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

39



39




Correction au bilan des séquences

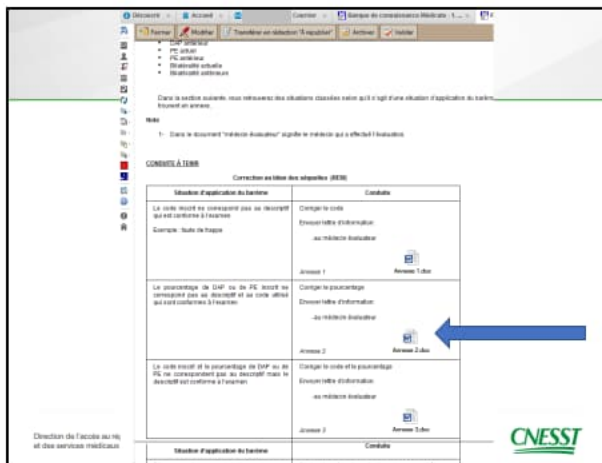
Situations	MQAC	Annexe #	204 et BEM
Arrivée de nouvelles de code activité	Changer et évaluer	1 code d'activité (P)	Changer et évaluer
Nouvelles activités et activités éliminées à partir des données (sauf des données)	Changer et évaluer	1,5 activités	Changer et évaluer
Nouvelles activités personnelles (information susceptible de diagnostic)	Démarrer procédure et/ou correction	0,5 activités	Démarrer procédure et/ou correction
Constatations, enquêtes, recommandations relatives à la BEM	Démarrer procédure et correction	18 lettre générale	Démarrer procédure et correction

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

40



40




Correction au bilan des séquences (REM)

Missions d'application du barème	Constat
Le code doit être corrigé sans se décrire si est conforme à l'examen	Changer le code
Compte, suite de temps	Démarrer l'évaluation
Le pourcentage de DAP ou de PC doit se composer par le décrire et se code selon qu'il est conforme à l'examen	Changer le pourcentage
Le code doit être le pourcentage de DAP ou de PC, ou composition par le décrire sans se décrire si est conforme à l'examen	Changer le code et le pourcentage

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

41



41

Objectifs de la formation

À LA FIN DE LA PRÉSENTATION SUR


Aide mémoire pour la correction des évaluations (REM, 204, BEM)

LE PARTICIPANT SERA EN MESURE DE :

- 1- Identifier la conduite avant d'écrire au MQAC (REM)
- 2- Identifier la conduite avant d'écrire au médecin désigné (204)
- 3- Identifier la conduite avant d'écrire au médecin membre du BEM

Direction de l'accès au régime et des services médicaux

42



42

Correction au bilan des séquences

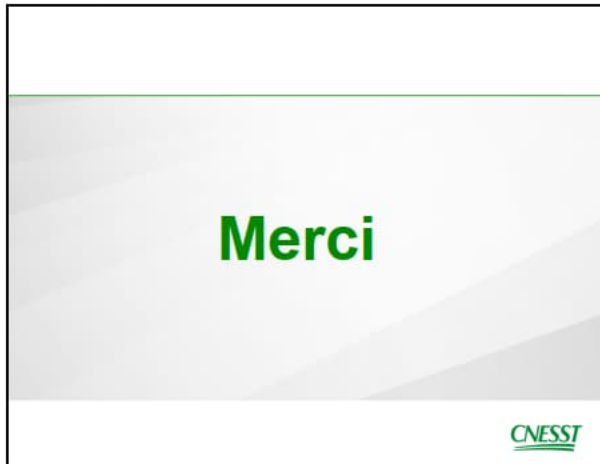
Situations	MGAC	Annexe #	204 et BEM
Erreur de transcription de code alpha	Compte et informe	1 code	Compte et informe
Sigles et acronymes et antécédents différents à moins être acronyme (tableau des décisions)	Compte et informe	2 (MGAC) 204 et BEM	Compte et informe
Mauvaise ponctuation complète	Compte et informe	4 grille d'analyse	Compte et informe
DAP ou FK non conforme à l'annexe (%, code)	Compte et informe	11 non, articulation	Demande correction
DAP ou FK acceptable selon l'annexe	Compte et informe	12 DAP maximum	Demande correction
Application de la norme de orthographe de l'annexe	Compte et informe	13 FK maximum	Demande correction
Sigles acronymes personnalisés (abréviations complètes)	Demande précision et correction	14 DAP ou FK	Demande précision et correction
Mauvaise ponctuation incomplète	Demande précision et correction	15 non, articulation	Demande précision et correction
Contractions, orthographe, orthographe selon le bilan et l'annexe	Demande précision et correction	16 lettres générales	Demande précision et correction
Mise des sigles en correspondance à l'annexe	Demande précision, correction et 204 le cas échéant	17 lettres générales	Demande précision et correction
DAP ou FK non acceptable selon le bilan de la lettre ou l'orthographe	Demande précision et correction	18 lettres générales	Demande précision et correction
DAP ou FK correct si être acceptable	Demande précision et correction	19 lettres générales	Demande précision et correction
Mauvaise ponctuation	Demande précision et informe agent	20 lettres générales	Demande précision et correction
Mauvaise ponctuation pour abréviations validées demandées par MGAC	Demande et MGAC agent sur l'annexe de et 204 le cas échéant	21 lettres générales	Demande précision et correction

CNESST

43



44



45

NOTE DE SERVICE

DESTINATAIRES : Médecins-conseils

EXPÉDITRICE : 

DATE : 6 mai 2011

OBJET : Correction au bilan des séquelles dans un rapport d'expertise d'un médecin désigné ou un avis du BEM

Chers collègues,

Nous avons présenté à la table des médecins de février 2011 une pratique médico-administrative concernant la correction au bilan des séquelles dans les rapports d'évaluation médicale (REM). Nous désirons maintenant vous informer des démarches qui devraient être faites lorsque des corrections doivent être apportées à un bilan des séquelles établi par un médecin désigné par la CSST (204) ou un membre du BEM.

Ainsi, on vous suggère de corriger directement les erreurs évidentes (faute de frappe, erreur de code, erreur de pourcentage, etc.) lorsque le descriptif de l'examen clinique et le libellé des séquelles permanentes ne laissent aucun doute possible sur la nature de l'erreur. De même, vous pouvez ajouter les séquelles antérieures déjà indemnisées par la CSST lorsqu'elles ont été omises par le médecin désigné ou le membre du BEM. Dans les deux cas, il est demandé d'aviser l'expert ou le membre du BEM des modifications apportées.

Dans les situations où il y a un oubli possible, une contradiction entre la description de l'examen et le libellé des séquelles ou toute autre ambiguïté, vous devrez demander une précision au médecin désigné ou un avis complémentaire au membre du BEM pour vous assurer que le bilan des séquelles correspond bien à l'état du travailleur.

Il demeure finalement une troisième catégorie de situations sur laquelle nous voulions plus particulièrement attirer votre attention. Il s'agit des cas où une règle clairement

inscrite dans le barème ne serait pas respectée et où le bilan des séquelles s'en trouverait donc invalide. Voici des exemples des situations les plus susceptibles d'être rencontrées :

- L'expert ou le membre du BEM accorde un DAP pour une prothèse totale du genou (15 %), des ankyloses (5 %) et de l'instabilité (5 %) sans tenir compte de la règle 3 du chapitre I qui limite le pourcentage maximum pour une articulation à celui prévu pour une arthrodèse en position de fonction de cette articulation (qui est de 20 % dans le cas du genou).
- L'expert ou le membre du BEM accorde à la fois un pourcentage de PE de 3 % pour une cicatrice vicieuse sur une main et un autre pourcentage de PE de 4 % pour une modification modérée de la forme et de la symétrie de cette main, ce qui ne respecte pas la règle d'évaluation notée au début du tableau 35 et qui stipule que, dans un tel cas, on ne doit retenir que le pourcentage le plus élevé des deux.
- L'expert ou le membre du BEM accorde un pourcentage de PE de 24 % pour des cicatrices de brûlure de 24 cm² aux deux mains alors que le PE maximum pour les deux mains est de 16 %, selon le tableau 35.
- L'expert ou le membre du BEM accorde un pourcentage de DAP de 5 % pour une commotion cérébrale grave et un autre pourcentage de DAP de 15 % pour un syndrome cérébral organique de classe 1 alors que le barème indique que, dans un tel cas, c'est le pourcentage de DAP le plus élevé de la commotion cérébrale ou des séquelles fonctionnelles qui est retenu.

Il s'agit ici de situations qui correspondent à une application d'une règle du barème qui ne prête pas à interprétation et où la correction à faire semble évidente. Toutefois, considérant un litige potentiel ou existant, il nous semble préférable, dans de tels cas, de demander au médecin désigné ou au membre de BEM de faire lui-même les corrections. Nous souhaitons ainsi éviter qu'une modification du rapport de notre part soit considérée inopportune et que ceci entraîne des contestations inutiles.

Pour toutes questions à ce sujet, nous vous invitons à communiquer avec

[REDACTED] de la Direction des services médicaux.

En vous remerciant de votre collaboration.

La directrice des services médicaux

[REDACTED]

[REDACTED]