

**APPENDIX A**

**WORKERS' COMPENSATION BOARD  
OF NEW BRUNSWICK**

**PERMANENT PHYSICAL IMPAIRMENT RATING SCHEDULE**

**JANUARY 1, 1982**

**APPENDICE A**

**COMMISSION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL  
DU NOUVEAU-BRUNSWICK**

**BARÈME DES DIMINUTIONS PHYSIQUES PERMANENTES**

**LE 1<sup>er</sup> JANVIER 1982**

**CONTENTS**

	<b><u>SECTION</u></b>
Introduction and Application of Schedule . . . . .	A
Impairment of Brain, Spinal Cord, or Peripheral Nerves . . . . .	B
Impairment of Special Senses . . . . .	C
Impaired Function of Upper Extremity . . . . .	D
Impaired Function of Lower Extremity . . . . .	E
Impaired Function of the Spine . . . . .	F
General Impairment . . . . .	G
Timing of Permanent Impairment Assessment . . . . .	H

## MATIÈRES

## SECTION

Introduction et application du barème . . . . .	A
Atteinte du cerveau, de la moelle épinière ou des nerfs périphériques . . . . .	B
Atteinte des organes des sens . . . . .	C
Fonction diminuée du membre supérieur . . . . .	D
Fonction diminuée du membre inférieur . . . . .	E
Fonction diminuée de la colonne vertébrale . . . . .	F
Diminution générale . . . . .	G
Délais prévus pour l'évaluation de la diminution permanente . . . . .	H

## INTRODUCTION TO THE SCHEDULE

The rating schedule is designed to measure the magnitude of permanent physical impairment of body function arising out of an injury for the purpose of calculating a lump sum award in accordance with subsections 38.101(9), 38.11(17) and 38.2(8) of the *Workers' Compensation Act*. The evaluation of permanent physical impairment is to be done by experienced physicians who are knowledgeable about body function. The impairment rating process is based upon the application of the following rules:

1. Awards are given for *permanent* physical impairment, so treatment must be complete, and adequate healing time allowed to elapse before the rating is done;
2. Impairment ratings are not based on the type of injury or the type of surgery performed but are based on demonstrable loss of body function;
3. Pain and suffering associated with the injury are not to be considered in impairment ratings, except as it directly affects impairment of body function;
4. Permanent physical impairment of a cosmetic nature or with respect to abdominal organs can be considered in the rating process;
5. Impairment rating for the loss of function of an extremity cannot exceed the rating allowed for amputation of that extremity;
6. Impairment rating for the loss of function at a joint is not to exceed one half of the rating allowed for an amputation at that joint, unless special circumstances exist;
7. Physical impairment is to be expressed as a percentage of total body impairment; and
8. With the exception of a special schedule for loss of hearing and loss of vision, the smallest rating to be allowed is 1% of total body impairment.

## INTRODUCTION AU BARÈME

Le barème a été élaboré pour mesurer le degré des séquelles d'une lésion causant une diminution permanente physique des fonctions du corps, en vue de calculer le montant de l'indemnité payable en une somme forfaitaire, conformément aux paragraphes 38.101(9), 38.11(17) et 38.2(8) de la *Loi sur les accidents du travail*. L'évaluation de la diminution physique permanente doit être faite par des médecins expérimentés et qui possèdent des connaissances sur les fonctions du corps. La méthode d'évaluation de la diminution est basée sur l'application des règles suivantes :

1. Les indemnités sont accordées en raison d'une diminution physique permanente, donc le traitement doit être complet, et l'évaluation n'est faite qu'après une période de récupération suffisante;
2. Les taux de diminution sont établis selon la perte démontrable des fonctions du corps et non pas selon la nature d'une lésion ou le mode de chirurgie pratiquée;
3. La douleur et les peines attribuées à la lésion ne doivent pas être prises en considération lors de l'évaluation de la diminution, sauf s'il en résulte un effet direct sur la diminution des fonctions du corps;
4. Une diminution physique permanente d'ordre esthétique ou se rapportant aux organes abdominaux peut être prise en considération au cours de l'évaluation;
5. Le pourcentage de la diminution en raison de la perte fonctionnelle d'un membre ne peut pas dépasser la moitié du pourcentage accordé pour l'amputation de ce membre;
6. Le pourcentage de la diminution en raison de la perte fonctionnelle d'une articulation ne doit pas dépasser la moitié du pourcentage accordé pour une amputation à cette articulation, sauf s'il existe des circonstances particulières;
7. La diminution physique doit être exprimée en pourcentage de la diminution de l'individu au complet; et
8. À l'exception de tables spéciales pour la perte d'audition et la perte de la vision, le taux de diminution le plus bas accordé est de 1 % de la diminution de l'individu au complet.

## APPLICATION OF THE SCHEDULE

### **THE SCHEDULE IS A GUIDE**

This schedule is at best only a guide, to be departed from when the occasion demands.

### **JUDGMENT RATINGS**

Many cases will not fit exactly into a rating category. The examining physician in using this schedule as a guide must exercise his judgement to estimate the percentage of total body impairment. The rating that is allowed should be consistent with ratings for impairment of other parts of the body which, in the average person, would have a similar effect on activities.

### **ENHANCEMENT OF MULTIPLE INJURIES**

In multiple injuries, or in serious injuries, the impairment rating may be enhanced in order to accurately reflect the effect of the injury on the worker's activities. Particularly is this true when the injuries involve parts of the body which perform identical functions, e.g., both arms, both legs, both eyes. Ordinarily, there would be no enhancement factor between a hand and a foot, a foot and an eye, etc. An enhancement factor of up to 50 percent of the lesser impairment may be warranted in injuries to both arms or both legs, but the sum of the two individual ratings plus the added enhancement must not be disproportionate when applied to the whole man.

Enhancement is particularly important when dealing with finger injuries. For this reason the enhancement factor has been included as part of the finger injury rating schedule, as will as the schedules for loss of hearing and vision.

## APPLICATION DU BARÈME

### CE BARÈME EST UN GUIDE

Ce barème ne peut que servir de guide dont il faut s'écarter dans certaines circonstances.

### APPRÉCIATION DES TAUX NON PRÉVUS

Plusieurs cas ne cadreront pas exactement avec une catégorie prévue. Le médecin examinant devra alors faire preuve de jugement pour estimer le pourcentage de la diminution de l'individu au complet, tout en se servant du présent barème comme guide. Le taux accordé devra être en proportion aux taux accordés pour la diminution d'autres parties du corps et produisant un effet semblable sur les activités d'une personne ordinaire.

### FACTEUR D'ACCROISSEMENT POUR LES LÉSIONS MULTIPLES

Dans les cas de lésions multiples ou de lésions graves, le taux de diminution peut être accru pour témoigner avec exactitude de l'effet de la lésion sur les activités du travailleur. Ceci s'applique particulièrement dans les cas de lésions des parties du corps accomplissant des fonctions identiques, e.g., les deux bras, les deux jambes, les deux yeux. Ordinairement, il n'a pas de facteur d'accroissement entre une main et un pied, un pied et un oeil, etc. Un facteur d'accroissement jusqu'à 50 % de la moindre des diminutions peut être justifié pour les lésions des deux bras ou des deux jambes, mais la somme des deux taux en plus du facteur d'accroissement ne doit pas être disproportionnée à la valeur de l'individu au complet.

L'accroissement est particulièrement important dans les cas de lésions des doigts. De ce fait, le facteur d'accroissement est compris dans les taux prévus pour les lésions des doigts, de même que dans les taux prévus pour la perte d'audition et de la vision.

## **AMPUTATIONS**

The ratings suggested for amputations compensate for loss of tissue, however, the functional and cosmetic result must be considered in addition. For an amputation with an average result, the suggested rating covers the cosmetic aspect of the amputation: if the result is more serious than the average, the suggested rating should be increased to reflect the additional cosmetic aspect.

In rating major limb amputations, the suitability of the stump for prosthetic fitting must be considered. The ratings suggested are applicable to “average” stumps suitably padded and sufficiently pain free to be functional. When an amputation stump has significant defects which cannot be repaired, a rating greater than the suggested rating may be allowed on a judgment basis.

## **SCOPE OF THE SCHEDULE**

The following schedule describes the type of impairment involved in the vast majority of compensation claims. When implementing the schedule, the medical examiner will employ judgment, taking into consideration such factors as loss of sensation, impaired circulation, muscular weakness, and loss of range of movement in the affected part.

When rating a type of physical impairment not covered in this schedule, the advice of an appropriate authority should be sought. AMA GUIDES TO EVALUATION OF PERMANENT IMPAIRMENT can be used as a reference. The impairment rating allowed should be consistent with the ratings elsewhere in this schedule.

## **AMPUTATIONS**

Les taux prévus pour les amputations sont accordés en réparation d'une perte de tissu, toutefois, le résultat doit être de plus considéré selon l'aspect fonctionnel et esthétique. Pour une amputation avec un résultat moyen, le taux prévu tient compte de l'aspect esthétique de l'amputation; si le résultat est plus grave qu'à l'ordinaire, le taux prévu doit être augmenté pour tenir compte encore plus de l'aspect esthétique.

Pour l'évaluation des amputations majeures des membres, il faut prendre en considération si le moignon est en état de supporter l'appareillage d'une prothèse. Les taux prévus s'appliquent aux moignons « normaux » bien capitonnés et assez exempts de douleur pour être utilisables. Lorsqu'il y a des déficiences importantes au moignon d'amputation et que des réparations s'avèrent impossibles, un taux plus élevé que le taux prévu peut être accordé suivant le jugement.

## **CADRE DU BARÈME**

Le présent barème décrit le genre de diminution que l'on retrouve dans le plus grand nombre de réclamations d'indemnités. La mise en application du barème exigera une certaine mesure de jugement de la part du médecin examinant, et il devra prendre en considération des facteurs tels que la perte de sensation, les troubles circulatoires, la faiblesse musculaire, et la perte d'amplitude des mouvements de la partie atteinte.

Lorsqu'une diminution physique à évaluer n'est pas énumérée dans le présent barème, il faut rechercher l'opinion d'une autorité appropriée. L'Association américaine des médecins a préparé des guides d'évaluation de la diminution permanente qui peuvent être consultés à cette fin. Le taux de diminution accordé doit être en proportion aux autres estimations de taux dans le présent barème.

# IMPAIRMENT OF BRAIN, SPINAL CORD, OR PERIPHERAL NERVES

## **BRAIN AND SPINAL CORD**

Quadriplegia . . . . . 100%

Paraplegia . . . . . 100%

Paraparesis - rated on loss of function

Hemiplegia . . . . . 100%

Hemiparesis - rated on loss of function

Diffuse injury to brain and / or spinal cord - rated on loss of body function

## **DENERVATION**

Peroneal nerve, complete . . . . . 12.5%

Median nerve, complete at elbow . . . . . 40%

Median nerve, complete at wrist . . . . . 20%

Ulnar nerve, complete at elbow . . . . . 10%

Ulnar nerve, complete at wrist . . . . . 8%

# ATTEINTE DU CERVEAU, DE LA MOELLE ÉPINIÈRE OU DES NERFS PÉRIPHÉRIQUES

## CERVEAU ET MOELLE ÉPINIÈRE

Quadriplégie ..... 100 %

Paraplégie ..... 100 %

Paraparésie - évaluée selon la perte fonctionnelle

Hémiplégie ..... 100 %

Hémiaparésie - évaluée selon la perte fonctionnelle

Lésion diffuse du cerveau et/ou de la moelle épinière - évaluée selon la perte des fonctions du corps.

## ÉNERVATION

Nerf péronier, complète ..... 12,5 %

Nerf médian, complète au coude ..... 40 %

Nerf médian, complète au poignet ..... 20 %

Nerf cubital, complète au coude ..... 10 %

Nerf cubital, complète au poignet ..... 8 %

## IMPAIRMENT OF SPECIAL SENSES

### SENSE OF SMELL

Complete loss of sense of smell (including impairment of sense of taste) . . . . . 3%

### LOSS OF VISION

Complete loss of one eye . . . . . 18%  
Total loss of vision, one eye . . . . . 16%  
Cataract or aphakia, one eye . . . . . 6%  
Double aphakia . . . . . 10%  
Hemianopsis, right field . . . . . 25%  
Hemianopsis, left field . . . . . 20%  
Diplopia, all fields . . . . . 10%  
Scotoma, depending on location and extent . . . . . 0-16%  
Total loss of vision, both eyes . . . . . 100%

**NOTE:** In rating a cataract or aphakia, the visual impairment must be rated in addition.

### PARTIAL LOSS OF VISION

Best Corrected vision 20/30 . . . . . 0%  
Best Corrected vision 20/40 . . . . . 1%  
Best Corrected vision 20/50 . . . . . 2%  
Best Corrected vision 20/60 . . . . . 4%  
Best Corrected vision 20/80 . . . . . 6%  
Best Corrected vision 20/100 . . . . . 8%  
Best Corrected vision 20/200 . . . . . 14%  
Best Corrected vision 20/400 . . . . . 16%

Partial loss of vision in both eyes will be calculated according to the above schedule employing an enhancement factor of 84/16 for the better eye, i.e., the poorer eye is rated according to the above schedule and the better eye is rated according to the same schedule but multiplied by 84/16 and the sum of the two gives the combined rating.

## ATTEINTE DES ORGANES DES SENS

### SENS OLFACTIF

Perte complète du sens olfactif (y compris la diminution du sens gustatif) . . . . . 3 %

### PERTE DE LA VISION

Enucléation d'un oeil . . . . .	18 %
Perte complète de la vision, un oeil . . . . .	16 %
Cataracte ou aphakie, un oeil . . . . .	6 %
Aphakie double. . . . .	10 %
Hémianopsie, portion droite du champ visuel . . . . .	25 %
Hémianopsie, portion gauche du champ visuel . . . . .	20 %
Diplopie, tout le champ visuel . . . . .	10 %
Scotome, selon localisation et étendue . . . . .	0 - 16 %
Perte complète de la vision, les deux yeux. . . . .	100 %

**NOTE :** Lors de l'évaluation de la cataracte ou de l'aphakie, le pourcentage de la diminution visuelle doit être ajouté.

### PERTE PARTIELLE DE LA VISION

Vision optimale après correction 20/30 . . . . .	0 %
Vision optimale après correction 20/40 . . . . .	1 %
Vision optimale après correction 20/50 . . . . .	2 %
Vision optimale après correction 20/60 . . . . .	4 %
Vision optimale après correction 20/80 . . . . .	6 %
Vision optimale après correction 20/100 . . . . .	8 %
Vision optimale après correction 20/200 . . . . .	14 %
Vision optimale après correction 20/400 . . . . .	16 %

La perte partielle de la vision des deux yeux est calculée selon les taux ci-dessus en utilisant un facteur d'accroissement de 84/16 pour l'oeil le moins atteint, i.e., l'oeil le plus atteint est évalué selon les taux ci-dessus et l'oeil le moins atteint est évalué selon les mêmes taux mais en multipliant par 84/16 et la somme des deux donne le taux combiné.

**LOSS OF HEARING**

2000-35

When calculating impairment due to loss of hearing, the ANSI audiometric calibration will be used and the hearing loss will be averaged at 500, 1,000, 2,000 and 3,000 hertz. No presbycusis will be deducted. Audiometers shall be calibrated according to ANSI audiometric specifications and audiograms must be performed by an ear, nose and throat specialist or audiologist under standardized conditions.

A preliminary audiogram must be performed within 12 hours after significant noise exposure with a second audiogram being performed within 48 hours after the preliminary audiogram. In the event that significant noise exposure occurs elsewhere than at work between the preliminary audiogram and the second scheduled audiogram, the second audiogram shall be performed 48 hours after the intervening significant noise exposure.

Interim reassessments for noise-induced hearing impairment shall be performed no sooner than every 5 years after the initial assessment while the worker is still exposed to significant levels of noise. A final permanent physical impairment award for loss of hearing due to noise shall be based on an audiogram performed within 1 to 3 months after permanently leaving a job with significant noise exposure.

In order to merit an award, there must be an average hearing loss of at least 30 decibels in one ear. A hearing loss averaging 80 decibels is considered to be total loss of hearing in that ear, based on ANSI rating.

Deafness, complete one ear . . . . .	5%
Deafness, complete both ears . . . . .	30%
Deafness, complete in both ears occurring as a sudden and complete traumatic loss of hearing . . . . .	60%

2000-35

**TINNITUS**

In cases of longstanding distressing tinnitus, an additional rating of up to 5% total body impairment may be added. Tinnitus is a subjective experience for which there is no objective measurement. In order to merit an award, the rating physician must be convinced that the tinnitus has been continuous for at least two years and that it is distressing to the claimant. If it is distressing, it is almost certain that the attending physician, the consultant otolaryngologist, and the audiologist will have mentioned it in their reports. It is exceedingly rare for tinnitus due to either direct trauma or acoustic trauma to be sufficiently distressing to warrant a 5% rating.

**UNILATERAL HEARING LOSS**

When dealing with unilateral hearing loss, the chief cause of impairment is due to loss of stereococsis. For partial, unilateral hearing loss, therefore, the average hearing loss in the unaffected ear is subtracted from the average hearing loss in the affected ear and the difference determines the impairment rating.

## **PERTE D'AUDITION**

2000-35

Lors du calcul de la diminution attribuable à la perte d'audition, l'étalonnage audiométrique de l'ANSI sera utilisé et la perte d'audition sera en moyenne de 500, 1 000, 2 000 et 3 000 hertz. Aucun facteur de presbyacousie ne sera déduit. Les audiomètres doivent être étalonnés suivant les spécifications audiométriques de l'ANSI et les audiogrammes doivent être administrés par un oto-rhino-laryngologiste ou un audiologiste dans des conditions normalisées.

Un audiogramme préliminaire doit être administré dans un délai de 12 heures après une exposition à un bruit important, puis un second audiogramme dans un délai de 48 heures de l'audiogramme préliminaire. Au cas où une exposition à un bruit important se produirait à un autre endroit qu'au lieu de travail, entre l'audiogramme préliminaire et le second audiogramme prévu, le second audiogramme doit être administré 48 heures après la dernière exposition à un bruit important.

Des réévaluations intérimaires pour les pertes d'audition causées par le bruit doivent être effectuées au plus tôt tous les 5 ans après l'évaluation initiale alors que le travailleur est encore exposé à des niveaux de bruits importants. Une indemnité pour diminution physique permanente en cas de perte d'audition causée par le bruit doit être basée sur un audiogramme administré dans un délai de 1 à 3 mois après avoir quitté définitivement un emploi présentant une exposition importante au bruit.

Pour avoir droit à une indemnité, il doit y avoir une perte auditive moyenne d'au moins 30 décibels pour une oreille. Une perte auditive de 80 décibels en moyenne est considérée comme une perte complète d'audition pour cette oreille, sur la base du taux de l'ANSI.

Surdité complète d'une oreille . . . . .	5 %
Surdité complète des deux oreilles. . . . .	30 %
Surdité complète des deux oreilles produite par une perte d'audition traumatique, soudaine et complète. . . . .	60 %

2000-35

## **TINTEMENT D'OREILLES**

Dans les cas de tintement d'oreilles pénible et de longue date, un pourcentage additionnel jusqu'à 5 % de la diminution de l'individu au complet peut être ajouté. Le tintement d'oreilles est une expérience subjective pour laquelle il n'y a pas de mesure objective. Afin de donner droit à une indemnité, le médecin-évaluateur doit être convaincu que le tintement d'oreilles a été continu pour au moins deux ans et que cela est pénible pour le réclamant. Si cela est pénible, il est presque certain que le médecin traitant, l'oto-laryngologiste consultant, et l'audiologiste en ont fait mention dans leurs rapports. Il est extrêmement rare que le tintement d'oreilles provoqué par un traumatisme direct ou un traumatisme sonore soit assez pénible pour justifier un taux de 5 %

## **PERTE D'AUDITION UNILATÉRALE**

Dans le cas de perte d'audition unilatérale, la diminution est généralement attribuable à la perte de la stéréoaousie. Pour la perte d'audition unilatérale et partielle, la perte auditive moyenne de l'oreille non atteinte est donc déduite de la perte auditive moyenne de l'oreille atteinte, et la différence détermine le taux de diminution.

Difference of 30 - 39 dbs	1%
Difference of 40 - 49 dbs	2%
Difference of 50 - 59 dbs	3%
Difference of 60 - 69 dbs	4%
Difference of 70 dbs or greater	5%

**BILATERAL, PARTIAL HEARING LOSS**

35 dbs, in single ear	.04%
40 dbs, in single ear	.07%
45 dbs, in single ear	.10%
50 dbs, in single ear	.14%
55 dbs, in single ear	.18%
60 dbs, in single ear	.23%
65 dbs, in single ear	.28%
70 dbs, in single ear	.34%
75 dbs, in single ear	.40%
80 dbs, in single ear	.50%

In calculating the impairment for a bilateral hearing loss, the poorer ear is rated according to the above scale, the better ear according to the same scale but multiplied by 5. The sum of the two gives the combined rating.

Différence de 30 à 39 dB . . . . .	1 %
Différence de 40 à 49 dB . . . . .	2 %
Différence de 50 à 59 dB . . . . .	3 %
Différence de 60 à 69 dB . . . . .	4 %
Différence de 70 dB ou plus grande . . . . .	5 %

**PERTE D'AUDITION BILATÉRALE ET PARTIELLE**

35 dB, pour une seule oreille . . . . .	0,4 %
40 dB, pour une seule oreille . . . . .	0,7 %
45 dB, pour une seule oreille . . . . .	1,0 %
50 dB, pour une seule oreille . . . . .	1,4 %
55 dB, pour une seule oreille . . . . .	1,8 %
60 dB, pour une seule oreille . . . . .	2,3 %
65 dB, pour une seule oreille . . . . .	2,8 %
70 dB, pour une seule oreille . . . . .	3,4 %
75 dB, pour une seule oreille . . . . .	4,0 %
80 dB, pour une seule oreille . . . . .	5,0 %

Pour calculer la diminution d'une perte d'audition bilatérale, l'oreille la plus atteinte est évaluée selon l'échelle ci-dessus, et l'oreille la moins atteinte selon la même échelle mais en multipliant par 5. La somme des deux donne le taux combiné.

# IMPAIRED FUNCTION OF UPPER EXTREMITY

## JUDGMENT RATINGS

While loss of tissue and loss of range of movement at a joint is readily measured and easily rated in impairment rating schedules, circulation, sensation, and muscle power are equally important. Especially when dealing with fingers, sensation is of utmost importance to the extent that a digit with complete loss of sensation results in impairment approaching the impairment caused by amputation. Similarly, with impaired circulation and muscle power.

The examining physician must take impairment of sensation, circulation, and power into consideration on a judgement basis. It is often necessary to think in terms of retained function as well as lost function in order to ensure that the impairment rating is appropriate for the part.

## AMPUTATIONS

Proximal third of humerus or disarticulation at shoulder . . . . .	70%
Middle third of humerus . . . . .	65%
Distal third of humerus to biceps insertion . . . . .	60%
Biceps insertion to wrist (depending on usefulness of stump) . . . . .	50 - 60%
Thumb, including first metacarpal . . . . .	20%
Thumb, at MP joint . . . . .	15%
Thumb, at IP joint . . . . .	10%
Thumb, one-half distal phalanx . . . . .	5%
Thumb, at least one-quarter of distal phalanx . . . . .	2.5%

# FONCTION DIMINUÉE DU MEMBRE SUPÉRIEUR

## APPRÉCIATION DES TAUX NON PRÉVUS

Alors qu'il est facile de mesurer et d'évaluer la perte de tissu et la perte d'amplitude des mouvements d'une articulation selon les valeurs prévues dans le barème des diminutions, la circulation, la sensation et la force musculaire méritent une considération toute aussi importante. La sensation est d'une importance capitale particulièrement quand il s'agit des doigts, à tel point qu'un doigt privé totalement de sensation entraîne une diminution semblable à celle produite par l'amputation. Il en est de même pour les troubles circulatoires et la diminution de la force musculaire.

La médecin examinant doit prendre en considération l'altération de la sensation, de la circulation et de la force musculaire lorsqu'il attribue un taux selon son jugement. Il est souvent nécessaire de tenir compte de la fonction retenue aussi bien que de la fonction perdue afin d'assurer que le taux de diminution soit approprié à la partie.

## AMPUTATIONS

Tiers proximal de l'humérus ou désarticulation à l'épaule .....	70 %
Tiers moyen de l'humérus .....	65 %
Tiers distal de l'humérus à l'insertion du biceps .....	60 %
Insertion du biceps au poignet (selon l'utilité de moignon).....	50 - 60 %
Pouce, y compris le premier métacarpien .....	20 %
Pouce, à l'articulation métacarpo-phalangienne .....	15 %
Pouce, à l'articulation interphalangienne.....	10 %
Pouce, moitié de la deuxième phalange .....	5 %
Pouce, au moins le quart de la deuxième phalange .....	2,5 %

## **FINGER AMPUTATIONS**

Fingers will be rated according to the detailed finger chart (Page D-3).

Corrective shaping of the head of the next phalanx or metacarpal, done to improve the shape of the stump, does not increase the rating.

If a single finger is involved, the single finger chart will be used.

In multiple finger amputations, use the chart corresponding to the number of fingers having impaired function at, or proximal to, a specific level. Begin at the DIP joint and assign values to the distal phalanx from the chart corresponding to the number of fingers having impairment at or proximal to the distal joint. Then proceed to the PIP joint and assign values to the middle phalanx from the chart corresponding to the number of fingers having impairment at or proximal to the middle phalanx. Then proceed to the MP joint, and in a similar fashion assign values to the proximal phalanges.

Impairment ratings for finger injury must take into consideration loss of movement as well as amputation. Please refer to the appropriate section of this guide.

## **AMPUTATIONS DES DOIGTS**

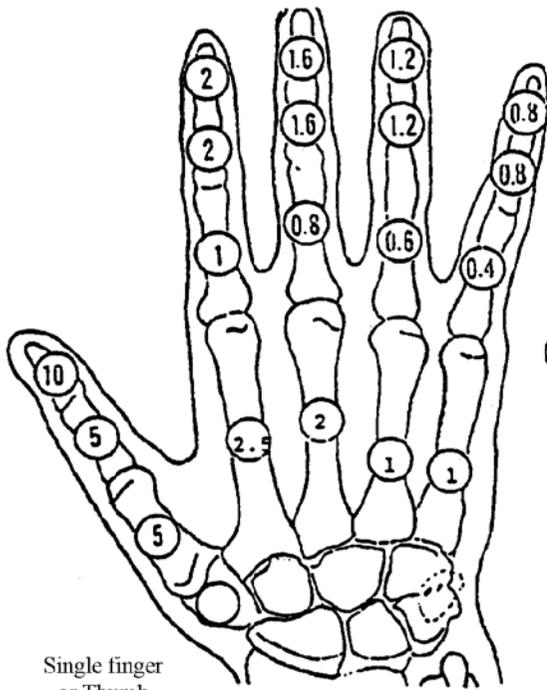
Les doigts seront évalués selon les valeurs prévues au tableau des doigts (page D-3).

Le taux n'est pas augmenté à la suite d'une intervention corrective, pour façonner l'extrémité de la phalange ou du métacarpien adjacent, afin de réaliser une meilleure forme du moignon.

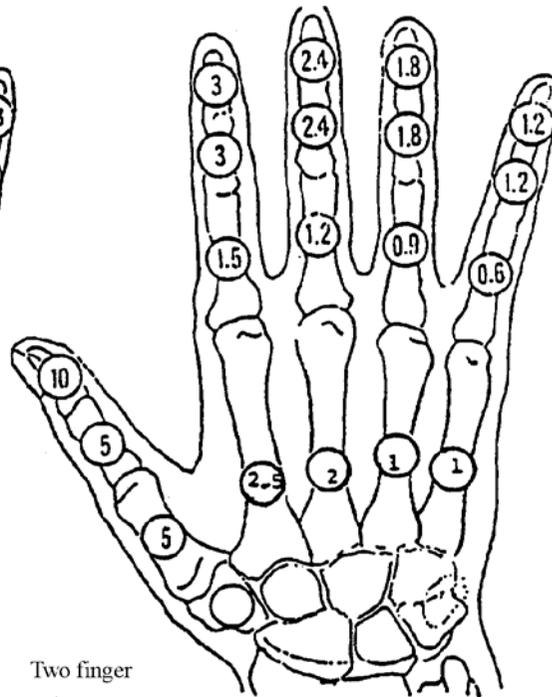
S'il s'agit d'une amputation simple, il faut se référer au diagramme pour l'amputation d'un doigt seul.

Pour les amputations multiples des doigts, il faut se référer au diagramme correspondant au nombre de doigts ayant une diminution de fonction à un niveau particulier ou en amont de ce niveau. Commencez à l'articulation interphalangienne distale, et déterminez les valeurs de la troisième phalange selon le diagramme correspondant au nombre de doigts ayant une diminution de fonction à l'articulation distale ou en amont de cette articulation. Ensuite, passez à l'articulation interphalangienne proximale et déterminez les valeurs de la deuxième phalange selon le diagramme correspondant au nombre de doigts ayant une diminution de fonction à la deuxième phalange ou en amont de cette phalange. Passez ensuite à l'articulation métacarpophalangienne, et de la même façon déterminez les valeurs de la première phalange.

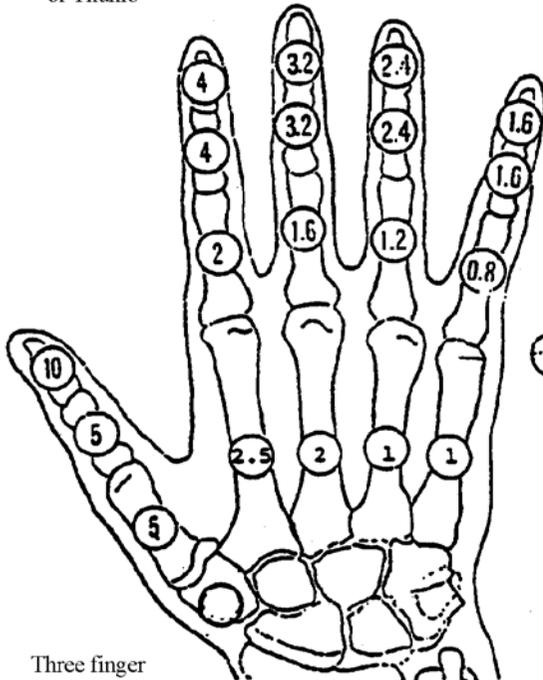
Les taux de diminution pour les lésions des doigts, doivent tenir compte de la perte de mouvement aussi bien que de l'amputation. Veuillez vous référer à la section appropriée de ce guide.



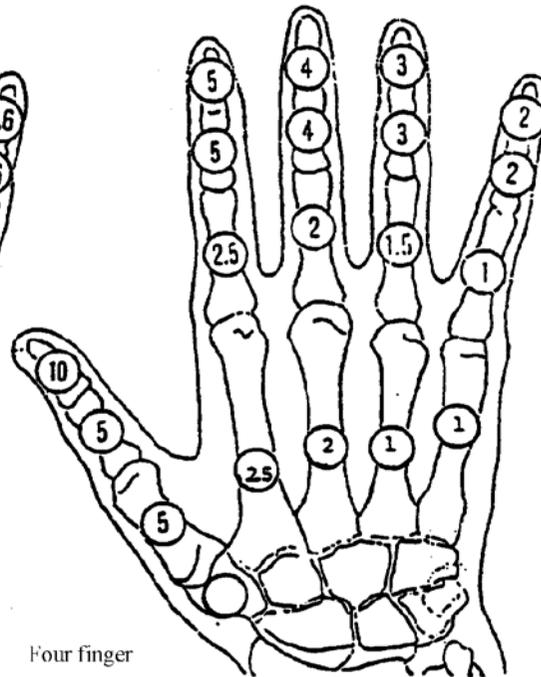
Single finger  
or Thumb



Two finger

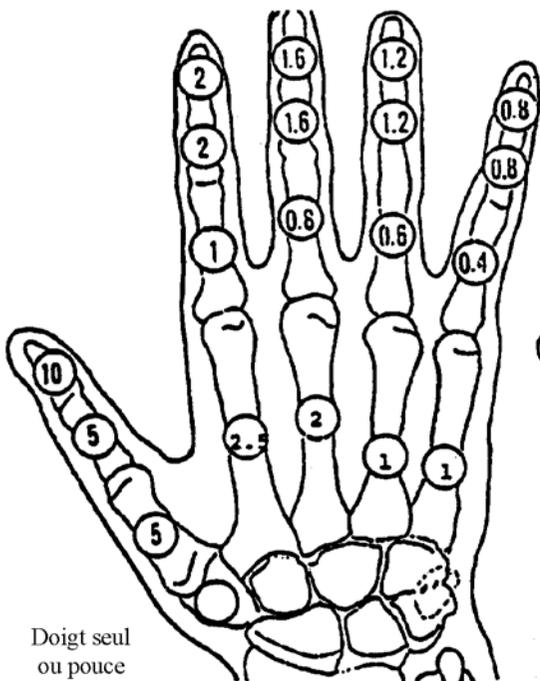


Three finger

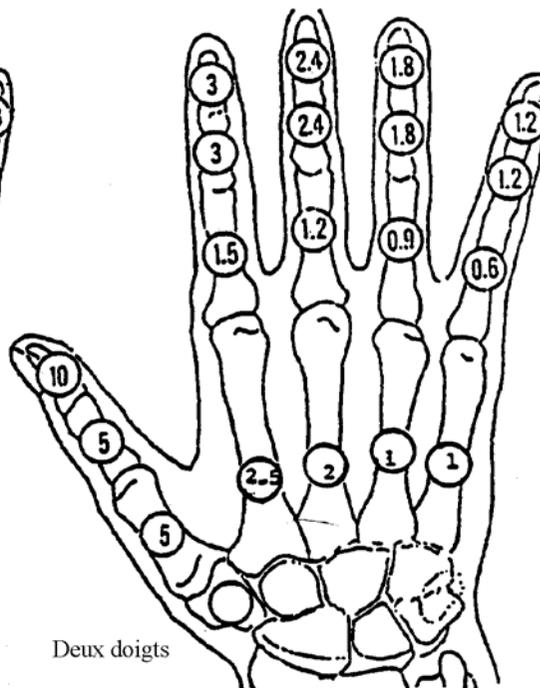


Four finger

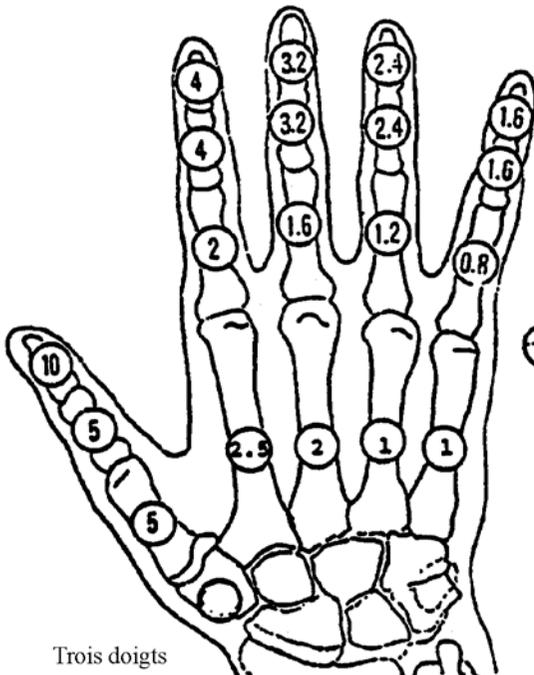
There is no enhancement factor between thumb and fingers.



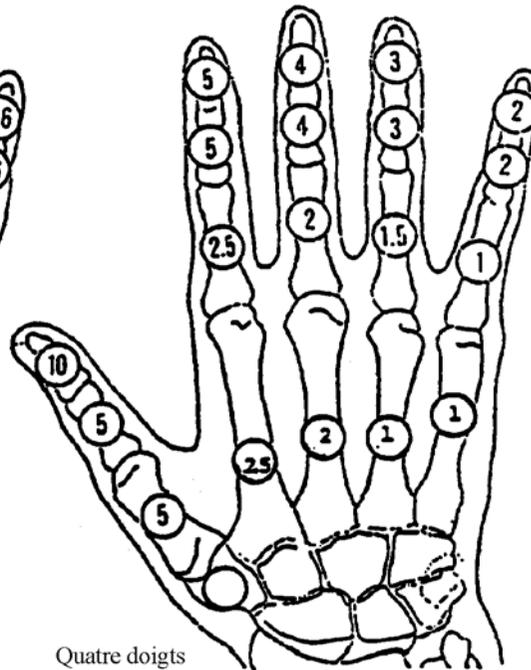
Doigt seul  
ou pouce



Deux doigts



Trois doigts

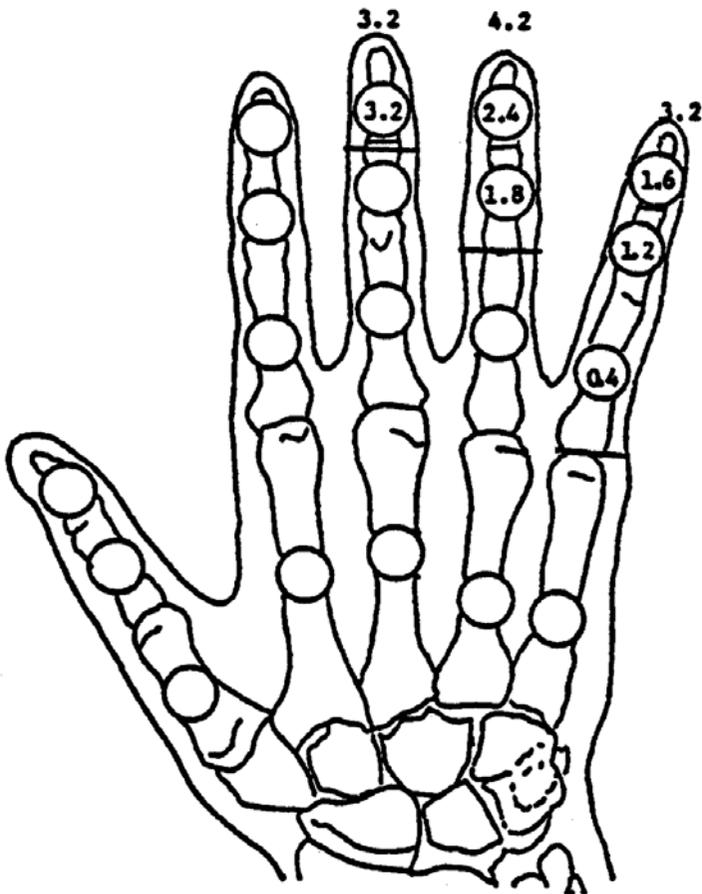


Quatre doigts

Il n'y a pas de facteur d'accroissement entre le pouce et les doigts.

**EXAMPLE NO. 1**

Suppose a worker has had amputation of the MP joint of his little finger, the PIP joint of ring finger, and the DIP joint of middle finger. All three distal phalanges will be valued on the three finger chart. The middle phalanges of ring and little fingers will be valued on the two finger chart. The proximal phalanx of the little finger will be valued on the single finger chart. The following diagram shows the values assigned to each phalanx.



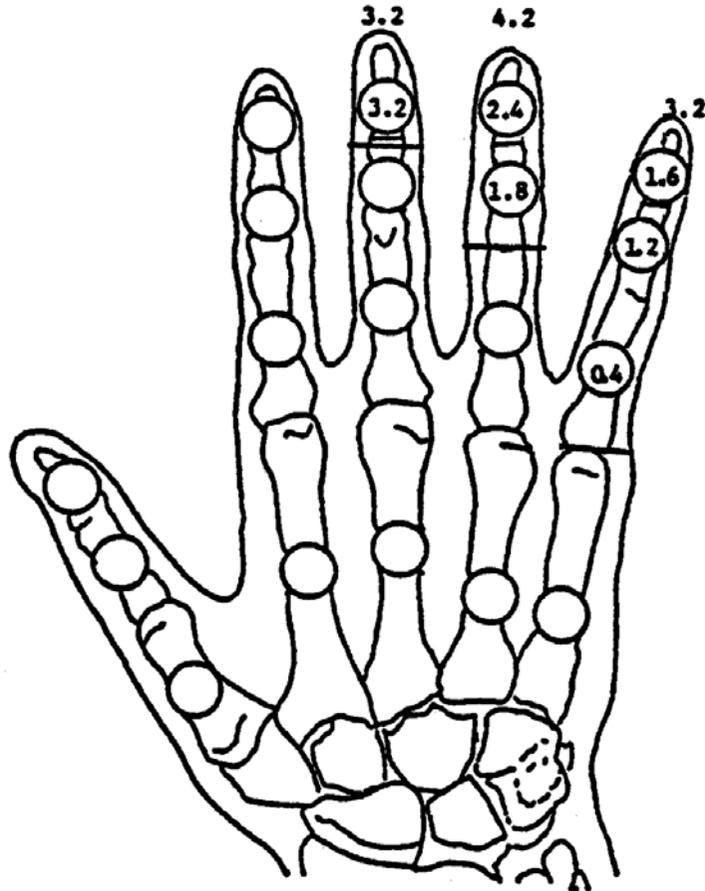
The impairment rating would, then, be as follows:

Amputation middle finger, at DIP joint. ....	3.2%
Amputation ring finger, at PIP joint ....	4.2%
Amputation of little finger, at MP joint. ....	<u>3.2%</u>
Total. ....	10.6%

which will be rounded to an impairment rating of 10.5% total body impairment.

## EXEMPLE N° 1

Supposons qu'un travailleur a subi une amputation de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'auriculaire de l'articulation interphalangienne proximale de l'annulaire, et de l'articulation interphalangienne distale du médus. Les troisièmes phalanges seront évaluées selon les valeurs prévues au diagramme pour l'amputation de trois doigts. Les deuxièmes phalanges de l'annulaire et de l'auriculaire seront évaluées selon les valeurs prévues au diagramme pour l'amputation de deux doigts. La première phalange de l'auriculaire sera évaluée selon la valeur prévue au diagramme pour l'amputation d'un doigt seul. Le diagramme suivant indique les valeurs attribuées à chaque phalange.



L'évaluation de la diminution serait alors comme suit :

Amputation du médus, à l'articulation interphalangienne distale . . . . .	3,2 %
Amputation de l'annulaire, à l'articulation interphalangienne proximale . . . . .	4,2 %
Amputation de l'auriculaire, à l'articulation métacarpo-phalangienne . . . . .	3,2 %
Total . . . . .	<u>10,6 %</u>

Cette valeur est arrondie pour donner un taux de diminution de 10,5 % de la diminution de l'individu au complet.

## **IMPAIRMENT OF MOBILITY IN UPPER EXTREMITY**

Shoulder, ankylosed without either articular or scapular movement .....	35%
Elbow, completely ankylosed in position of function .....	20%
Wrist, completely ankylosed in position of function .....	12.5%
Pronation and supination, complete immobility in mid position .....	10%
Thumb, both joints ankylosed in position of function .....	7.5%
Thumb, distal joint ankylosed in position of function .....	5%

## **FINGERS**

Fingers will be rated according to the detailed finger chart (see Page D - 3). When a finger joint is ankylosed in the position of ideal function, the rating is one half of what it would be for an amputation at that level. If a joint is ankylosed in a position that is not ideal, and there is some good reason why surgical correction will not be done, the rating could equal up to the rating for amputation of that joint.

## **PARTIAL LOSS OF MOVEMENT**

The impairment rating for partial loss of movement will be proportional to the amount of movement that is lost. Inasmuch as there are great variations from person to person in ranges of movement, when there is a completely normal extremity to compare with, loss of movement can be determined by comparing the movement in the joint being examined with the movement in the normal joint on the opposite extremity.

When there is not a normal extremity to compare with, the following will be considered to be normal ranges of movement for upper extremity joints:

Shoulder:	Forward Elevation	160°
	Backward Elevation	-50°
	Abduction	170°
	Abduction	-50°
	Internal Rotation	-70°
	External Rotation	90°

## LIMITATION DE LA MOBILITÉ DU MEMBRE SUPÉRIEUR

Epaule, ankylosée sans mouvement soit de l'articulation soit de l'omoplate .....	35 %
Coude, complètement ankylosé en position de fonction .....	20 %
Poignet, complètement ankylosé en position de fonction .....	12,5 %
Pronation et supination, immobilité complète en demi-position .....	10 %
Pouce, ankylose des deux articulations en position de fonction .....	7,5 %
Pouce, ankylose de l'articulation distale en position de fonction .....	5 %

### DOIGTS

Les doigts seront évalués selon les valeurs prévues au tableau des doigts (voir page D-3). Lorsque l'articulation d'un doigt est ankylosée en position de fonction optimum, le taux sera égal à la moitié du taux prévu pour une amputation à ce niveau. Si l'articulation est ankylosée en position vicieuse, et qu'il existe une bonne raison pour laquelle une correction chirurgicale ne peut être faite, le taux pourra être aussi élevé que le taux prévu pour une amputation de cette articulation.

### PERTE PARTIELLE DES MOUVEMENTS

Le taux de diminution pour la perte partielle des mouvements sera proportionné au degré de la perte des mouvements. Vu que l'amplitude des mouvements varie grandement d'une personne à une autre, une comparaison peut être faite entre un membre atteint et un membre complètement normal si cela est possible. La perte des mouvements peut être alors déterminée en comparant le mouvement de l'articulation examinée avec le mouvement de l'articulation normale du membre opposé.

Lorsque la comparaison n'est pas possible à défaut d'un membre normal, la table suivante indique l'amplitude des mouvements considérés comme normaux pour les articulations du membre supérieur :

Epaule :	élévation antérieure	160°
	élévation postérieure	-50°
	abduction	170°
	adduction	-50°
	rotation interne	-70°
	rotation externe	90°

Elbow:	Flexion-extension – 150°
Forearm:	Pronation – 80° Supination – 80°
Wrist:	Dorsiflexion – 70° Palmar Flexion – 80° Radial Deviation – 20° Ulnar Deviation – 30°
Thumb:	MP joint – 50° IP joint – 80° (Abduction and adduction vary greatly from person to person)
Fingers:	MP joint – 90° PIP joint – 100° DIP joint – 80°

### **PARTIAL LOSS OF MOVEMENT OF FINGERS**

For partial loss of movement at a joint, the lost range of movement, in degrees, is divided by the normal range of movement and multiplied by one half of the amputation rating at that joint. If there has been an amputation at a point distal to the joint, only the values of the retained phalanx or phalanges are employed in the calculation for loss of movement.

Coude :	flexion-extention – 150°
Avant-bras :	pronation – 80° supination – 80°
Poignet :	dorsi-flexion – 70° flexion palmaire – 80° déviation radiale – 20° déviation cubitale – 30°
Pouce :	articulation métacarpo-phalangienne – 50° articulation interphalangienne – 80° (l'abduction et l'adduction varient grandement d'une personne à une autre)
Doigts :	articulation métacarpo-phalangienne – 90° articulation interphalangienne proximale – 100° articulation interphalangienne distale – 80°

### **PERTE PARTIELLE DES MOUVEMENTS DES DOIGTS**

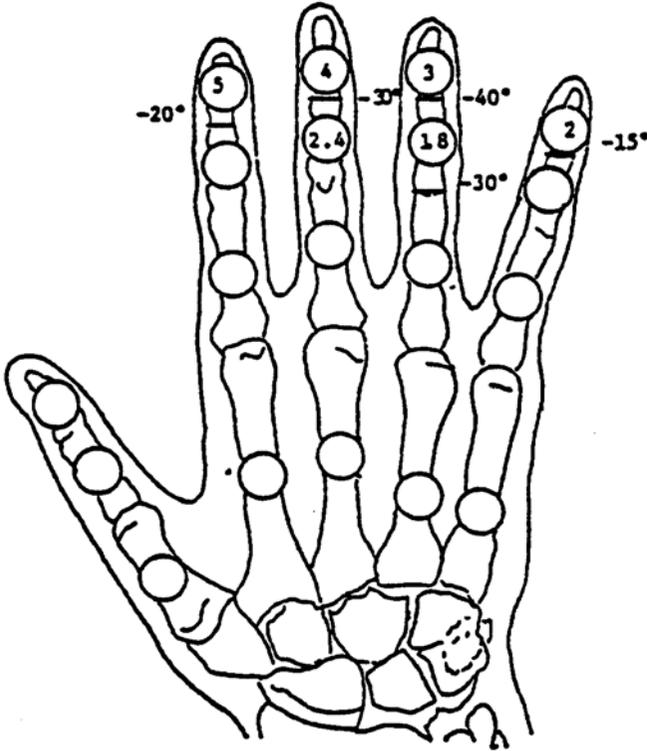
Pour la perte partielle des mouvements d'une articulation, le degré de la perte d'amplitude du mouvement est divisé par le degré d'amplitude du mouvement normal et est multiplié par la moitié du taux pour l'amputation de cette articulation. S'il y a eu une amputation en aval de cette articulation, l'on utilise seulement les valeurs de la phalange ou des phalanges conservées pour calculer la perte des mouvements.

**EXAMPLE NO. 2**

Suppose a worker has had a crushing injury to all four fingers. When the physical impairment is assessed, lost ranges of movement are as follows:

Index, DIP – 20°                      Middle, DIP – 30°, middle PIP normal                      Ring, DIP – 40°  
 Ring, PIP – 30°                      Little finger, DIP – 15°

Please see the diagram for Example No. 2. Values for distal phalanges are taken from the four finger chart since all fingers have impairment at or proximal to the DIP joint. Middle phalanges of middle and ring fingers are valued according to the two finger chart.



Index Finger, DIP –  $20/80 \times \frac{1}{2} \times 5 = 0.6\%$   
 Middle Finger, DIP –  $30/80 \times \frac{1}{2} \times 4 = 0.8\%$   
 Ring Finger, DIP –  $40/80 \times \frac{1}{2} \times 3 = 0.8\%$   
 Ring Finger, PIP –  $30/100 \times \frac{1}{2} \times 2 = 0.7\%$   
 Little Finger, DIP –  $15/80 \times \frac{1}{2} \times 2 = 0.2\%$

The impairments can be added up as follows:

Index finger .....	0.6%
Middle finger.....	0.8%
Ring finger.....	1.5%
Little finger .....	<u>0.2%</u>
Total .....	<u>3.1%</u>

– which will be rounded to 3.0% total body impairment.

## EXEMPLE N° 2

Supposons qu'un travailleur a subi une lésion d'écrasement des quatre doigts. Lorsque la diminution physiques est évaluée, les pertes d'amplitude des mouvements sont comme suit :

Index, l'interphalangienne distale – 20°

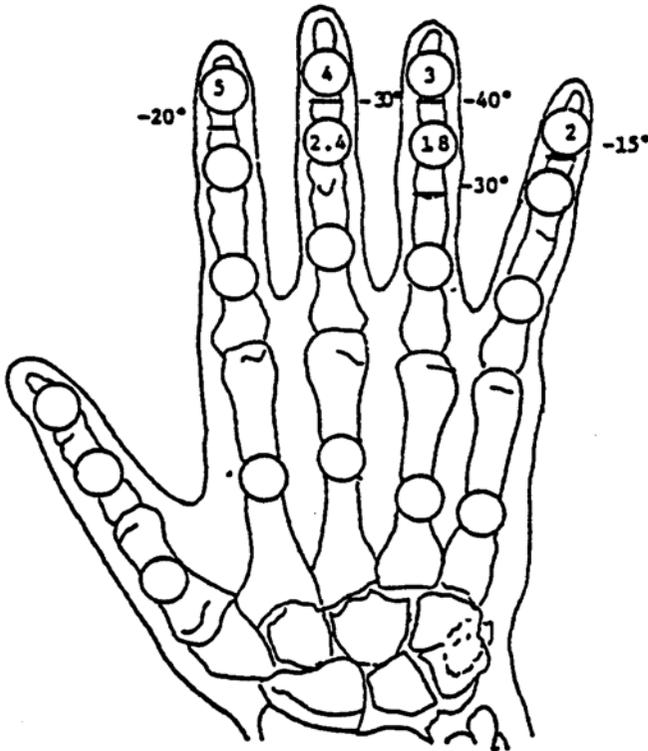
Médius, l'interphalangienne une distale – 30°,  
l'interphalangienne une proximale normale

Annulaire, l'interphalangienne distale – 40°

l'interphalangienne proximale – 30°

Auriculaire, l'interphalangienne distale – 15°

Veillez regarder le diagramme ci-dessous pour l'exemple n° 2. Les valeurs appliquées aux troisièmes phalanges valeurs prévues au diagramme pour l'amputation de quatre doigts, puisque tous les doigts ont une diminution de fonction à l'articulation interphalangienne distale ou en amont de cette articulation. Les deuxièmes phalanges du médius et de l'annulaire sont évaluées selon les valeurs prévues au diagramme pour l'amputation de deux doigts.



Index  
l'interphalangienne distale –  $20/80 \times \frac{1}{2} \times 5 = 0,6 \%$

Médius  
l'interphalangienne distale –  $30/80 \times \frac{1}{2} \times 4 = 0,8 \%$

Annulaire  
l'interphalangienne distale –  $40/80 \times \frac{1}{2} \times 3 = 0,8 \%$   
" proximale –  $30/100 \times \frac{1}{2} \times 2 = 0,7 \%$

Auriculaire  
l'interphalangienne distale –  $15/80 \times \frac{1}{2} \times 2 = 0,2 \%$

Les pourcentages de la diminution peuvent être additionnés comme suit :

Index .....	0,6 %
Médius .....	0,8 %
Annulaire .....	1,5 %
Auriculaire .....	0,2 %
Total .....	3,1 %

– cette valeur est arrondie à 30,0 % de la diminution de l'individu au complet.

**EXAMPLE NO. 3**

Suppose a worker has had a crushing injury to his fingers with amputation of the distal phalanx of the middle finger and one-half distal phalanx of the ring finger. When impairment was assessed, he was found to have the following loss of ranges of movement:

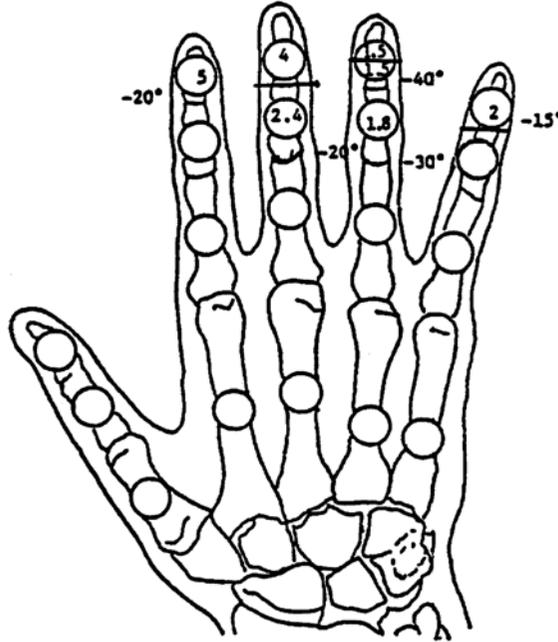
Index, DIP – 20°  
Little, DIP – 15°

Middle, PIP – 20°

Ring, DIP – 40°

Ring, PIP – 30°

Please see the diagram for the values assigned to each phalanx.



The calculations would be done as follows:

- Index finger, DIP –  $20/80 \times \frac{1}{2} \times 5 = 0.6\%$
- Middle finger, DIP amputation – 4%
- Middle finger, PIP –  $20/100 \times \frac{1}{2} \times 2.4 = 0.2\%$
- Ring finger, amputation one-half distal phalanx – 1.5%
- Ring finger, DIP –  $40/80 \times \frac{1}{2} \times 1.5 = 0.4\%$
- Ring finger, PIP –  $30/100 \times \frac{1}{2} \times 3.3 = 0.5\%$
- Little finger, DIP –  $15/80 \times \frac{1}{2} \times 2 = 0.2\%$

The impairments would be added as follows:

Index finger .....	0.6%
Middle finger .....	4.2%
Ring finger .....	2.4%
Little finger .....	0.2%
TOTAL .....	7.4%

– which will be rounded to 7.5% total body impairment.



# IMPAIRED FUNCTION OF LOWER EXTREMITY

## AMPUTATIONS

The scheduled ratings assigned to major amputations of the lower extremity assume that the amputation stump is suitable for weight-bearing prosthesis. Generally, the stump must be well padded and the scar properly placed. There should not be undue tenderness over areas that are subject to pressure. When stump defects exist which cannot be remedied, a rating greater than that shown in the schedule might be necessary.

## AMPUTATION RATINGS

Hip – disarticulation or short stump requiring ischial bearing prosthesis . . . . .	65%
Thigh, seat of election . . . . .	50%
End bearing of short below-knee stump not suitable for conventional B.K. prosthesis . . . . .	45%
Leg, suitable for B.K. prosthesis . . . . .	35%
Leg, at ankle, end bearing . . . . .	25%
Through foot . . . . .	10 – 25%
Great toe, both phalanges . . . . .	5%
Great toe, one phalanx . . . . .	2%
All toes, total amputation . . . . .	7.5%

## LOSS OF MOBILITY OF LOWER EXTREMITY

Hip, ankylosed in acceptable position . . . . .	30%
Knee, ankylosed in acceptable position. . . . .	25%
Ankle, ankylosed in acceptable position . . . . .	15%
Triple arthrodesis . . . . .	5 – 12%
Subtalar arthrodesis . . . . .	0 – 10%
Great toe, ankylosis both joints . . . . .	2%
Great toe, ankylosis distal joint . . . . .	0%

## SHORTENING OF THE LEG

1 inch (2.5 cm). . . . .	1.5%
1½ inches (4 cm) . . . . .	3%
2 inches (5 cm) . . . . .	6%
3 inches (7.5 cm) . . . . .	15%

## LENGTHENING OF THE LEG

1 inch (2.5 cm). . . . .	1.5%
1½ inches (4 cm) . . . . .	3%
2 inches (5 cm) . . . . .	6%
3 inches (7.5 cm) . . . . .	15%

## **FONCTION DIMINUÉE DU MEMBRE INFÉRIEUR**

### **AMPUTATIONS**

Les taux prévus dans le barème pour les amputations majeures du membre inférieur présupposent que le moignon d'amputation est en état de supporter l'application d'une prothèse destinée à soutenir le poids du corps. Généralement, le moignon doit être bien capitonné et la cicatrice correctement placée. Il ne doit pas y avoir de douleur excessive aux parties sur lesquelles la pression est exercée. Lorsque le moignon présente des défauts et qu'il n'est pas possible d'y remédier, un taux plus élevé que celui indiqué dans le barème peut être accordé.

### **TAUX D'AMPUTATIONS**

Hanche – désarticulation ou moignon court nécessitant une prothèse, appui ischiatique . . . . .	65 %
Cuisse, siège d'incision . . . . .	50 %
Moignon à appui distal ou moignon court non appareillable à une prothèse conventionnelle au-dessous du genou. . . . .	45 %
Jambe, appareillable à une prothèse au-dessous du genou. . . . .	35 %
Jambe, à la cheville, appui distal . . . . .	25 %
A travers le pied . . . . .	10 - 25 %
Le gros orteil, les deux phalanges . . . . .	5 %
Le gros orteil, une phalange . . . . .	2 %
Les cinq orteils, amputation totale . . . . .	7,5 %

### **PERTE DES MOUVEMENTS DU MEMBRE INFÉRIEUR**

Hanche, ankylosée en bonne position . . . . .	30 %
Genou, ankylosé en bonne position . . . . .	25 %
Cheville ankylosée en bonne position . . . . .	15 %
Triple arthrodèse . . . . .	5 - 12 %
Arthrodèse sous-astragalienne . . . . .	0 - 10 %
Le gros orteil, ankylose des deux articulations . . . . .	2 %
Le gros orteil, ankylose de l'articulation distale . . . . .	0 %

### **RACCOURCISSEMENT DE LA JAMBE**

1 pouce (2,5 cm) . . . . .	1,5 %
1½ pouce (4 cm) . . . . .	3 %
2 pouces (5 cm) . . . . .	6 %
3 pouces (7,5 cm) . . . . .	15 %

### **ALLONGEMENT DE LA JAMBE**

1 pouce (2,5 cm) . . . . .	1,5 %
1½ pouce (4 cm) . . . . .	3 %
2 pouces (5 cm) . . . . .	6 %
3 pouces (7,5 cm) . . . . .	15 %

## **IMPAIRED FUNCTION OF THE SPINE**

The assessment of physical impairment due to spinal diseases and injuries is primarily a judgment rating. Such factors as muscle spasm, limitation of movement ranges and muscle wasting, among other things, should be taken into consideration. Since these are largely judgment ratings, the lowest rating for spinal disease or injury will be 2.5% total body impairment and all other ratings will be in multiples of 2.5%. Because of the amount of judgment involved in rating impairment due to spinal disease or injury, a rigid rating schedule is not possible, however it is important that consistency of rating be achieved.

The methodology to be employed in determining the physical impairment is as follows:

1. The physician shall ensure that there is an average of three consecutive range of motion measurements for a given direction for the spinal area being assessed.
2. If the average of the three consecutive measurements is under 50 degrees, then all three measurements must fall within 5 degrees of the average.
3. If the average of the three consecutive measurements is over 50 degrees, then all three measurements must fall within 10 degrees of the average.
4. If the examining physician cannot get a consistent and realistic measurement in six tries for a given direction of the spinal area being assessed, then he or she shall declare this part of the assessment to be invalid and recommend that no award be made for the area being assessed.
5. Where an extent of loss category as set out in the tables below differs across the given directions for a spinal area, a physician shall select the category with the greatest validated restriction on the range of motion to classify the overall loss of movement.
6. The extent of loss shall be determined by using the greatest degree of range of movement (ROM) lost as set out in the tables below.
7. Once the extent of loss is determined, the physician shall use it in conjunction with the presence or absence of the signs found in the table of signs to determine the percentage rating of the impairment.

## FONCTION DIMINUÉE DE LA COLONNE VERTÉBRALE

L'évaluation de la diminution physique attribuable aux maladies et aux blessures de la colonne vertébrale se fait essentiellement selon le jugement. Des facteurs tels que les spasmes musculaires, la limitation de l'amplitude des mouvements, l'atrophie des tissus, etc. doivent être pris en considération. Puisqu'il s'agit de taux de diminution basés sur le jugement, le taux de diminution le plus bas pour les maladies ou les blessures de la colonne vertébrale sera de 2,5 % de la diminution totale du corps et tous les autres taux de diminution seront des multiples de 2,5 %. Puisque le jugement compte énormément dans l'évaluation de la diminution attribuable aux maladies ou aux blessures de la colonne vertébrale, il n'est pas possible d'établir un barème d'évaluation fixe. Il est cependant important que l'évaluation se fasse de façon uniforme.

La méthodologie à suivre dans la détermination de la diminution physique est la suivante :

1. Le médecin doit s'assurer qu'il existe une moyenne de trois mesures consécutives de l'amplitude des mouvements dans une direction donnée pour la région de la colonne vertébrale évaluée.
2. Si la moyenne des trois mesures consécutives est inférieure à 50 degrés, alors les trois mesures doivent arriver dans les limites de 5 degrés de la moyenne.
3. Si la moyenne des trois mesures consécutives est supérieure à 50 degrés, alors les trois mesures doivent arriver dans les limites de 10 degrés de la moyenne.
4. Si le médecin traitant ne peut obtenir de mesures uniformes et réalistes en six essais dans une direction donnée pour la région de la colonne vertébrale évaluée, il doit déclarer invalide cette partie de l'évaluation et recommander qu'aucune indemnité ne soit accordée pour la région évaluée.
5. Lorsque l'étendue de la catégorie de perte indiquée aux tableaux qui figurent plus bas diffère selon les directions données pour une région de la colonne vertébrale, le médecin doit choisir la catégorie dont la restriction validée de l'amplitude des mouvements est la plus grande pour classifier la perte de mouvement totale.
6. L'étendue de perte est déterminée en utilisant le degré d'amplitude des mouvements (ADM) le plus élevé perdu, tel qu'indiqué aux tableaux qui figurent plus bas.
7. Une fois que l'étendue de la perte est déterminée, le médecin doit l'utiliser en conjonction avec la présence ou l'absence de signes figurant dans le tableau de signes pour cette étendue de perte afin de déterminer le pourcentage du taux de diminution.

## **CERVICAL SPINE**

### **Cervical Forward and Lateral Flexion**

<b>Extent of Loss</b>	<b>Measured Range</b>	<b>Degrees ROM Lost</b>
Minor	30 to 45	0 to 15
Moderate	15 to 29	16 to 30
Moderate to severe	0 to 14	31 to 45

### **Cervical Extension**

<b>Extent of Loss</b>	<b>Measured Range</b>	<b>Degrees ROM Lost</b>
Minor	40 to 60	0 to 20
Moderate	20 to 39	21 to 40
Moderate to severe	0 to 19	41 to 60

### **Cervical Rotation**

<b>Extent of Loss</b>	<b>Measured Range</b>	<b>Degrees ROM Lost</b>
Minor	60 to 80	0 to 20
Moderate	40 to 59	21 to 40
Moderate to severe	0 to 39	41 to 80

### **Table of Signs**

<b><u>Extent of Loss</u></b>	<b><u>Signs</u></b>	<b><u>Impairment Rating</u></b>
Minor	Minor loss of movement. No muscular spasm.	0 - 5%
Moderate	Moderate loss of movement. Some flattening of lordotic curve. No nerve root signs.	5 - 10%
Moderate to severe	Moderate to severe loss of movement. Muscular spasm of neck. Motor and sensory neurological changes.	10 - 20%

## COLONNE VERTÉBRALE CERVICALE

### Flexion cervicale avant et latérale

<u>Étendue de la perte</u>	<u>Mesure de l'amplitude</u>	<u>Degrés d'ADM perdus</u>
Mineure	30 à 45	0 à 15
Modérée	15 à 29	16 à 30
Modérée à majeure	0 à 14	31 à 45

### Extension cervicale

<u>Étendue de la perte</u>	<u>Mesure de l'amplitude</u>	<u>Degrés d'ADM perdus</u>
Mineure	40 à 60	0 à 20
Modérée	20 à 39	21 à 40
Modérée à majeure	0 à 19	41 à 60

### Rotation cervicale

<u>Étendue de la perte</u>	<u>Mesure de l'amplitude</u>	<u>Degrés d'ADM perdus</u>
Mineure	60 à 80	0 à 20
Modérée	40 à 59	21 à 40
Modérée à majeure	0 à 39	41 à 60

### Tableau des Signes

<u>Étendue de la perte</u>	<u>Signes</u>	<u>Taux de diminution</u>
Mineure	Perte mineure des mouvements. Pas de spasme musculaire.	0 - 5 %
Modérée	Perte modérée des mouvements. Un certain aplatissement de la courbure lordotique. Pas de phénomène radiculaire.	5 - 10 %
Modérée à majeure	Perte modérée à majeure des mouvements. Spasme musculaire du cou. Changements neurologiques moteurs et sensoriels.	10 - 20 %

## **THORACIC SPINE**

### **Thoracic Flexion**

<b>Extent of Loss</b>	<b>Measured Range</b>	<b>Degrees ROM Lost</b>
Minor	30 to 60	0 to 30
Moderate	15 to 29	31 to 45
Moderate to severe	0 to 14	46 to 60

### **Thoracic Rotation**

<b>Extent of Loss</b>	<b>Measured Range</b>
Minor	20 to 30
Moderate	10 to 19
Moderate to severe	0 to 9

### **Table of Signs**

<u>Extent of Loss</u>	<u>Signs</u>	<u>Impairment Rating</u>
Minor	Minor loss of movement. No neurological signs.	0 - 5%
Moderate	Moderate loss of movement. No neurological signs.	5 - 10%
Moderate to severe	Moderate to severe loss of movement. Paravertebral muscle spasm.	10 - 20%

## **LUMBAR SPINE**

### **Lumbar Flexion**

<b>Extent of Loss</b>	<b>Measured Range</b>	<b>Degrees ROM Lost</b>
Minor	45 to 60	0 to 15
Moderate	30 to 44	16 to 30
Moderate to severe	15 to 29	31 to 45
Severe	0 to 14	46 to 60

## COLONNE DORSALE

### **Flexion thoracique**

<b>Étendue de la perte</b>	<b>Mesure de l'amplitude</b>	<b>Degrés d'ADM perdus</b>
Mineure	30 à 60	0 à 30
Modérée	15 à 29	31 à 45
Modérée à majeure	0 à 14	46 à 60

### **Rotation thoracique**

<b>Étendue de la perte</b>	<b>Mesure de l'amplitude</b>	<b>Degrés d'ADM perdus</b>
Mineure	20 à 30	0 à 10
Modérée	10 à 19	11 à 20
Modérée à majeure	0 à 9	21 à 30

### Tableau des signes

<u>Étendue de la perte</u>	<u>Signes</u>	<u>Taux de diminution</u>
Mineure	Perte mineure des mouvements. Pas de signe neurologique.	0 - 5 %
Modérée	Perte modérée des mouvements. Pas de signe neurologique.	5 - 10 %
Modérée à majeure	Perte modérée à majeure des mouvements. Spasme musculaire paravertébra.	10 - 20 %

## COLONNE LOMBAIRE

### **Flexion lombaire**

<b>Étendue de la perte</b>	<b>Mesure de l'amplitude</b>	<b>Degrés d'ADM perdus</b>
Mineure	45 à 60	0 à 15
Modérée	30 à 44	16 à 30
Modérée à majeure	15 à 29	31 à 45
Majeure	0 à 14	46 à 60

## Lumbar Extension and Lateral Flexion

<u>Extent of Loss</u>	<u>Measured Range</u>	<u>Degrees ROM Lost</u>
Minor	20 to 25	0 to 5
Moderate	15 to 19	6 to 10
Moderate to severe	10 to 14	11 to 15
Severe	0 to 9	16 to 25

### Table of Signs

<u>Extent of Loss</u>	<u>Signs</u>	<u>Impairment Rating</u>
Minor	Mild loss of movement. No spasm. No neurological changes.	0 - 5%
Moderate	Moderate loss of movement. No persisting muscle spasm. Only minor neurological changes, that is, sensory.	5 - 10%
Moderate to severe	Moderate to severe loss of movement. Intermittent muscle spasm. Mild to moderate neurological changes.	10 - 20%
Severe	Severe restrictions of movement. Persisting muscular spasm. Moderate to severe neurological changes including muscle wasting and weakness.	20 - 50%

2000-35

## Extension lombaire et flexion latérale

Étendue de la perte	Mesure de l'amplitude	Degrés d'ADM perdus
Mineure	20 à 25	0 à 5
Modérée	15 à 19	6 à 10
Modérée à majeure	10 à 14	11 à 15
Majeure	0 à 9	16 à 25
Tableau des signes		
Étendue de la perte	Signes	<u>Taux de diminution</u>
Mineure	Perte peu importante des mouvements. Pas de spasme. Pas de changement neurologique.	0 - 5 %
Modérée	Perte modérée des mouvements. Pas de spasme musculaire persistant. Changements neurologiques mineurs, seulement, c'est-à-dire, sensoriels.	5 - 10 %
Modérée à majeure	Perte modérée à majeure des mouvements. Spasme musculaire intermittent. Changements neurologiques mineurs à modérés.	10 - 20 %
Majeure	Restriction sérieuse des mouvements. Spasme musculaire persistant. Changements neurologiques modérés à majeurs, y compris l'atrophie et la faiblesse musculaire.	20 - 50 %

2000-35

## GENERAL IMPAIRMENT

The assessment of physical impairment requiring individual consideration will be dealt with on the merits of the case.

Heart attacks . . . . . 0 - 50%

Loss of one kidney . . . . . 10%

Total knee replacement . . . . . 10 - 25%

Total hip replacement. . . . . 25 - 50%

Head injuries - individual consideration

Loss of abdominal organs - individual consideration

## DIMINUTION GÉNÉRALE

Lorsque l'évaluation de la diminution physique nécessite une prise de considération particulière, chaque cas sera étudié en toute objectivité.

Crises cardiaques . . . . . 0 - 50 %

Perte d'un rein. . . . . 10 %

Prothèse totale du genou. . . . . 10 - 25 %

Prothèse totale de la hanche . . . . . 25 - 50 %

Lésions de la tête - considération particulière

Perte des organes abdominaux - considération particulière

## **TIMING OF PERMANENT IMPAIRMENT ASSESSMENT**

The following are the minimum times that should be allowed to elapse between injury or surgery and the assessment of permanent partial physical impairment. In cases where the rating for the award is so obvious that no examination will be required, the award for physical impairment can be set at any time. Examples of this are severe brain injury without hope of recovery, quadriplegia, paraplegia and hemiplegia.

In the case of eye injury resulting in enucleation of the eye or obvious total permanent loss of vision of an eye, the award for permanent partial physical impairment can be given early.

In the case of a single finger injury, where it is evident that there will be measurable permanent physical impairment but of sufficiently minor degree that examination in the WCB office is not anticipated, the award can be given when the worker is fit to resume work.

In the case of cosmetic impairment, adequate healing time must be allowed following treatment. It is suggested that in the case of cosmetic impairment due to lacerations or minor burns at least one year should elapse following surgery and in the case of severe or multiple burns, at least two years should elapse after injury and at least one year after the most recent surgery.

The following are the minimum time intervals that should be allowed to elapse prior to permanent partial physical impairment assessment, following injury or surgery whichever is the most recent:

<b><u>INJURY</u></b>	<b><u>TIME INTERVAL</u></b>
Head Injuries . . . . .	2 years
Major Nerve Injuries . . . . .	2 years
Back Injuries . . . . .	1 year
Pelvic Fractures . . . . .	18 months
Intra-abdominal Injuries . . . . .	1 year
Single Digit Injuries . . . . .	6 months
Multiple Digit Injuries . . . . .	1 year

## DÉLAIS PRÉVUS POUR L'ÉVALUATION DE LA DIMINUTION PERMANENTE

La table suivante indique le minimum de temps qu'il faut laisser écouler entre la lésion ou l'intervention chirurgicale et l'évaluation de la diminution physique permanente et partielle. Dans les cas où le taux d'indemnité est si évident qu'aucun examen ne sera requis, l'indemnité accordée en raison d'une diminution physique peut être déterminée n'importe quand. Des cas en exemple sont les lésions cérébrales graves sans espoir de guérison, la quadriplégie, la paraplégie et l'hémiplégie.

Dans le cas de lésion oculaire entraînant une énucléation de l'oeil ou la perte évidente complète et permanente de la vision d'un oeil, l'indemnité pour la diminution physique permanente et partielle peut être accordée sans délai.

Dans le cas d'une lésion d'un doigt seul, lorsqu'il est évident que la mesure de la diminution physique et permanente n'est pas assez importante pour nécessiter un examen au bureau de la C.A.T., l'indemnité peut être accordée lorsque le travailleur est en état de reprendre le travail.

Dans le cas de diminution esthétique, un laps de temps suffisant doit s'écouler après le traitement pour permettre la guérison. Lorsque la diminution esthétique est attribuable à des lacérations ou brûlures mineures, il est proposé qu'une période d'au moins un an devra s'écouler après l'intervention chirurgicale; dans le cas de brûlures graves ou multiples, une période d'au moins deux ans devra s'écouler après la lésion et d'au moins un an après la dernière intervention chirurgicale.

Le table suivante indique les intervalles de temps minimum qu'il faut laisser écouler avant l'évaluation de la diminution physique permanente et partielle, à la suite d'une lésion ou d'une intervention chirurgicale si cette dernière est la plus récente :

### LÉSION

### INTERVALLE DE TEMPS

Lésions de la tête. . . . .	2 ans
Lésions nerveuses majeures . . . . .	2 ans
Lésions du dos. . . . .	1 an
Fractures du bassin . . . . .	18 mois
Lésions intra-abdominales . . . . .	1 an
Lésions d'un doigt seul. . . . .	6 mois
Lésions multiples des doigts . . . . .	1 an

**INJURY**

**TIME INTERVAL**

Gross Hand Injuries . . . . .	.1 year
Colles' Fracture . . . . .	.1 year
Forearm Fractures . . . . .	.1 year
Elbow Fractures . . . . .	.1 year
Humeral Shaft Fractures . . . . .	.1 year
Shoulder Injuries . . . . .	18 months
Amputation of Toes . . . . .	6 months
Serious Injuries to Toes and Forefoot . . . . .	.1 year
Os Calcis Fractures . . . . .	18 months
Ankle Fractures . . . . .	18 months
Tibia and Fibula Fractures . . . . .	18 months
Injury Involving Knee Joint . . . . .	.1 year
Fractures of Femur . . . . .	.1 year
Major Limb Amputations . . . . .	3 months (after satisfactory fitting of prosthesis)
Corneal Scars and Ulcers . . . . .	.1 year (from end of treatment)
Retinal Detachment and Major Eye Injuries . . . . .	.1 year
Diplopia, Hemianopsia, Field Defect . . . . .	.1 year
Trauma to Ear Including Traumatic Deafness . . . . .	6 months
Noise Deafness (acoustic trauma) . . . . .	see under heading <b><u>LOSS OF HEARING</u></b>

## LÉSION

## INTERVALLE DE TEMPS

Lésions macroscopiques de la main . . . . .	1 an
Fracture de Pouteau-Colles . . . . .	1 an
Fractures de l'avant-bras. . . . .	1 an
Fractures du coude . . . . .	1 an
Fractures de la diaphyse humérale . . . . .	1 an
Lésions de l'épaule . . . . .	18 mois
Amputation des orteils . . . . .	6 mois
Lésions graves des orteils et de la partie antérieure du pied. . . . .	1 an
Fractures du calcanéum . . . . .	18 mois
Fractures de la cheville . . . . .	18 mois
Fractures du tibia et du péroné . . . . .	18 mois
Lésion intéressant l'articulation du genou . . . . .	1 an
Fractures du fémur . . . . .	1 an
Amputations majeures des membres . . . . .	3 mois (après l'appareillage satisfaisant de prothèses)
Taies et ulcérations de la cornée . . . . .	1 an (après le traitement terminé)
Décollement rétinien et lésions majeures des yeux . . . . .	1 an
Diplopie, hémianopsie, champ déficitaire . . . . .	1 an
Traumatisme de l'oreille y compris la surdité traumatique . . . . .	6 mois
Surdité due au bruit (traumatisme sonore) . . . . .	voir sous la rubrique <u>PERTE D'AUDITION</u>