

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

N. 2006 — 677

[C — 2005/22918]

8 FEBRUARI 2006. — Koninklijk besluit houdende bepaling van de wijze waarop een volledige blindheid, een volledige verlamming van de bovenste ledematen of amputatie van de bovenste ledematen en een blijvende invaliditeit die rechtstreeks is toe te schrijven aan de onderste ledematen en ten minste 50 % bedraagt, wordt vastgesteld

ALBERT II, Koning der Belgen,
Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de artikel 108 van de Grondwet;

Gelet op het Wetboek van de belasting over de toegevoegde waarde, inzonderheid op de artikelen 37, § 1, en 77, § 2;

Gelet op de wetten betreffende de politie over het wegverkeer, gecoördineerd op 16 maart 1968, inzonderheid op artikel 1;

Gelet op het koninklijk besluit nr. 20 van 20 juli 1970 tot vaststelling van de tarieven van de belasting over de toegevoegde waarde en tot indeling van de goederen en de diensten bij die tarieven, inzonderheid op de bijlage, tabel A, XXII, afdeling I, § 1, 2°;

Gelet op het advies van de Nationale Hoge Raad voor Personen met een handicap, gegeven op 25 april 2005;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 25 juli 2005;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting, gegeven op 14 oktober 2005;

Gelet op het advies 38.366/3 van de Raad van State, gegeven op 24 mei 2005, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1°, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid en van Onze Staatssecretaris voor het Gezin en Personen met een Handicap,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. Wordt beschouwd als een volledige blindheid, een volledige verlamming van de bovenste ledematen of amputatie van de bovenste ledematen en een blijvende invaliditeit die rechtstreeks toe te schrijven is aan de onderste ledematen en ten minste 50 % bedraagt, de invaliditeit die door de dienst van de medische onderzoeken van de directie-generaal Personen met een handicap van de federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid wordt vastgesteld, overeenkomstig de bijlage gevoegd bij dit besluit.

Art. 2. Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid en Onze Staatssecretaris voor het Gezin en Personen met een Handicap zijn belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 8 februari 2006.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
R. DEMOTTE

De Staatssecretaris voor het Gezin en Personen met een Handicap,
Mevr. G. MANDAILA

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

F. 2006 — 677

[C — 2005/22918]

8 FEVRIER 2006. — Arrêté royal précisant la méthode selon laquelle la cécité totale, une paralysie complète des membres supérieurs ou une amputation des membres supérieurs, et invalidité permanente d'au moins 50 % découlant directement des membres inférieurs est constatée

ALBERT II, Roi des Belges,
A tous, présents et à venir, Salut.

Vu l'article 108 de la Constitution;

Vu le Code de la taxe sur la valeur ajoutée, notamment les articles 37, § 1^{er}, et 77, § 2;

Vu les lois relatives à la police de la circulation routière, coordonnée le 16 mars 1968, notamment l'article 1^{er};

Vu l'arrêté royal n° 20 du 20 juillet 1970 fixant le taux de la T.V.A. et déterminant la répartition des biens et des services selon ces taux, notamment l'annexe, tableau A, XXII, section Ier, § 1^{re}, 2°;

Vu l'avis du Conseil supérieur national des personnes handicapées, donné le 25 avril 2005;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 25 juillet 2005;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 14 octobre 2005;

Vu l'avis 38.366/3 du Conseil d'Etat, donné le 24 mai 2005, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 1°, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique et de Notre Secrétaire d'Etat aux Familles et aux Personnes handicapées,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. Est considérée comme cécité totale, paralysie complète des membres supérieurs ou amputation des membres supérieurs, et invalidité permanente d'au moins 50 % découlant directement des membres inférieurs l'invalidité qui est constatée par le service médical de la Direction générale Personnes handicapées du Service public fédéral Sécurité sociale, conformément à l'annexe ajoutée au présent arrêté.

Art. 2. Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et Notre Secrétaire d'Etat aux Familles et aux Personnes handicapées sont chargés de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 8 février 2006.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
R. DEMOTTE

La Secrétaire d'Etat aux Familles et aux Personnes handicapées,
Mme G. MANDAILA

Bijlage bij het koninklijk besluit van 8 februari 2006 houdende bepaling van wat wordt verstaan onder volledige blindheid, een volledige verlamming van de bovenste ledematen of amputatie van de bovenste ledematen en een blijvende invaliditeit die rechtstreeks is toe te schrijven aan de onderste ledematen en ten minste 50 pct. bedraagt

Directie-generaal

Personen met een handicap

Medische Dienst

I. KINDEREN (0 tot 21 jaar)

Inleidende bemerking

Deze handleiding gebruikt als referentiekader de Officiële Belgische Schaal ter Bepaling van de Graad van Invaliditeit, goedgekeurd bij het besluit van de Regent van 12 februari 1946, hierna "OBSI" genaamd.

Hierdoor wordt een zekere coherentie met de evaluatie van de handicap in het kader van de regeling van de verhoogde kinderbijslag, in de hand gewerkt.

Volledige blindheid.

Hoewel er specifieke tests bestaan ter evaluatie van het zicht, zijn alle artsen het erover eens dat de resultaten met grote voorzichtigheid moeten geïnterpreteerd worden. Het gedetailleerde verslag van de oftalmoloog met vermelding van de diagnose blijft de voornaamste bron van informatie.

Deze evaluatie moet uitgevoerd worden met optimale correctie.

Een positieve beslissing wordt genomen als minstens :

De gezichtsscherpte

— Voor de leeftijd van 3 jaar : volgens art. 723 a) van de OBSI : verlies van de lichtperceptie.

— Van 3 jaar tot < 6 jaar : volgens art. 723 b) van de OBSI : het kind kan de vingers niet tellen.

— Vanaf de leeftijd van 6 jaar : volgens art. 723 c) van de OBSI : praktische blindheid : gezichtsscherpte < 1/20 voor elk oog.

De gezichtsveldbeperkingen

Vanaf 6 jaar, als de gezichtsveldbeperking 5° of minder bedraagt voor beide ogen.

Verlamming van de bovenste ledematen.

Een positieve beslissing wordt genomen als aan beide volgende voorwaarden voldaan is :

1. de verlamming is bilateraal
2. de verlamming is volledig; een beweeglijkheid van hoogstens enkele graden in de schouder is toegestaan.

Amputatie van de bovenste ledematen

Een positieve beslissing volgt als de amputatie bilateraal is en vanaf totale amputatie van de 10 vingers.

Aandoening van de onderste ledematen

1. Inleiding

In geval van multifocale aandoeningen wordt alleen met de afwijkingen die betrekking hebben op de onderste ledematen rekening gehouden voor de evaluatie van het «percentage onderste ledematen».

De aandoeningen van psychische oorsprong (zoals bvb. bij hysterische conversie) komen niet in aanmerking voor de schaal.

De aandoeningen van de onderste ledematen die beperkt zijn in de tijd (duur van minder dan 6 maanden) (vb : eenvoudige breuk, verstuiking) komen niet in aanmerking voor de evaluatie van het ongeschiktheidpercentage voor de onderste ledematen in het kader van de schaal.

Elke referentie «Art.» verwijst naar de OBSI.

Elke referentie «Art. OL» verwijst naar de lijst van 1991 («oude lijst»).

Elke referentie «Art. NL» verwijst naar de lijst van 2003 («nieuwe lijst»).

Meervoudige ongeschiktheden :

1° In geval van meervoudige ongeschiktheden moet de totale handicap als volgt berekend worden. Als geen enkele van de partiële ongeschiktheden een totale ongeschiktheid veroorzaakt, worden de belangrijkste ongeschiktheden in dalende volgorde gerangschikt en het toe te passen percentage wordt berekend telkens op de bekomen restwaarde. Deze berekenwijze wordt enkel toegepast als de ongeschiktheden betrekking hebben op verschillende ledematen of verschillende functies.

2° Een rationele raming wordt gebruikt in geval een lid of een functie aangetast is door verschillende letsels en de berekening volgens 1° leidt tot een percentage dat hoger is dan het totale verlies van het lidmaat of van de functie. Het ongeschiktheidpercentage mag nooit het percentage voorzien voor het totale verlies van het lidmaat of de functie overtreffen.

3° De lijst of de schaal zijn bindend of indicatief naargelang ze een vast percentage aanduiden dan wel wat ruimte laten bij de evaluatie. Nochtans blijven zij in het laatste geval bindend voor minimale en maximale percentages.

Indien de ongeschiktheid of de evaluatie van de gang niet op zekere wijze te voorzien is zal de medische evaluatie voor het bekomen van de fiscale voordelen voor BTW op voertuigen slechts uitgevoerd worden vanaf de leeftijd van drie jaar met niettemin een mogelijke retroactiviteit vanaf de geboorte.

Voor volgende aandoeningen (waarvan de lijst niet volledig uitgewerkt is) :

- myopathie,
- myasthenie,
- verlamming (paraparese, hemiparese, quadriparese),
- cerebellair syndroom,
- choreoathetose en athetose,
- medullaire aandoeningen,

zal, indien de OBSI geen juist percentage of een vork bepaalt, de GTS tabel bepalen of men 50 % behaalt voor de toekenning van de fiscale voordelen voor BTW op voertuigen (score ≤ 12 punten).

Voor de kinderen die in de oude wetgeving van deze voordelen genoten blijven de verworven rechten van toepassing voor zover er geen gunstige evolutie is van de bestaande letsels aan de onderste ledematen.

Gewijzigde Tinetti Schaal (GTS)

EVENWICHT				Score
Gezeten op een harde stoel zonder leuningen				
1°	Evenwicht zittend op de stoel			
	onstabiele zit, zakt scheef of onderuit		0	☐
	zit stabiel		1	☐
2°	Rechtkomen			
	onmogelijk zonder hulp		0	☐
	mogelijk maar armen nodig		1	☐
	mogelijk zonder armsteun		2	☐
3°	Poging tot rechtkomen			
	onmogelijk zonder hulp		0	☐
	mogelijk, maar meerdere pogingen nodig		1	☐
	mogelijk zonder enige steun		2	☐
4°	Evenwicht onmiddellijk na rechtkomen (eerste 5 seconden)			
	onstabiel (wankelt, voet- en rompbewegingen)		0	☐
	stabiel met steun		1	☐
	stabiel zonder enige steun		2	☐
DE GANG				Score
Het kind staat samen met de onderzoeker rechtop in de gang of in de kamer en stapt eerst aan een gewoon tempo, dan op de terugweg in een snellere maar veilige pas (het gebruikt eigen hulpmiddelen zoals orthopedische schoenen of orthesen maar zonder stok of kruk of looprek). Men laat het op en af een voetbankje of trede stappen.				
5°	Inzetten van de gang (onmiddellijk na het startsein)			
	aarzeling of verschillende pogingen om te starten		0	☐
	zonder aarzeling		1	☐
6°	Paslengte en –hoogte			
	beweging Re voet			
	Paslengte	Re voet komt niet voorbij de Li standvoet	0	☐
		Re voet komt wel voorbij de Li standvoet	1	☐
	Pashoogte	Re voet komt niet volledig los van de grond	0	☐
		Re voet komt goed los van de grond	1	☐
	beweging Li voet			
	☐ paslengte	Li voet komt niet voorbij de Re standvoet	0	☐
		Li voet komt wel voorbij de Re standvoet	1	☐
	Pashoogte	Li voet komt niet volledig los van de grond	0	☐
		Li voet komt goed los van de grond	1	☐
7°	Stappen			
	onderbroken door steunname of halte		0	☐
	Aarzelend		1	☐
	de passen volgen regelmatig op elkaar		2	☐
8°	Afwijkingen van de gang (geëvalueerd over een afstand van 3 m)			

	duidelijk afwijkend op een rechte lijn	0	☐
	lichte afwijking of gebruik van een loophulp	1	☐
	geen afwijking	2	☐
9°	Perimeter		
	gang onmogelijk	0	☐
	gang zeer moeilijk (enkele meters)	1	☐
	gang moeilijk maar meer dan 10 meter	2	☐
10°	Trappen/treden		
	onmogelijk zelfs met max. ondersteuning van bovenste ledematen en leuning (spierkracht 0-1-2/5)	0	☐
	mogelijk maar met bilaterale hulp der bovenste ledematen bij stijgen of dalen trede per trede (spierkracht 3/5)	1	☐
	mogelijk zonder steun (spierkracht 4-5/5)	2	☐

Totaal score : /20

Een score van 12/20 of minder = 50 % OL

Schaal van de spierkracht :

0	Geen contractie van de spier
1	Begin van spiercontractie
2	Begin van een spontane beweging of een beweging met opheffing van de zwaartekracht (geassisteerde beweging).
3	Beweging mogelijk tegen de zwaartekracht in en zonder hulp.
4	Beweging mogelijk tegen een zekere weerstand.
5	Normale beweging met normale beweeglijkheid en normale kracht.

2. Amputatie

2.1. Beide onderste ledematen.

2.1.1. Volledig verlies van de beide onderste ledematen.

Art. 309 : 100 %

2.1.2. Volledig verlies van één lidmaat en gedeeltelijk verlies van het andere.

Art. 310 : 85 tot 100%

2.1.3. Gedeeltelijk verlies

2.1.3.1. Bilaterale amputatie ter hoogte van of boven de knie

Art. 313 : 100 %

2.1.3.2. Bilaterale amputatie onder de knie

Art. 314 : 70 tot 100 %

2.1.3.3. Verlies van beide voeten.

Art. 312 : 50 tot 80 %

2.2. Eén onderste lidmaat.

2.2.1. Totaal verlies.

Totaal verlies van een onderste lidmaat door coxofemorale desarticulatie of door intratrochanterische amputatie of ook nog door subtrochanterische amputatie met een stomp, kleiner dan 4 cm, te meten vanaf het centrum van de kleine trochanter.

Art. 216 : 90 %

2.2.2. Gedeeltelijk verlies.

2.2.2.1. De dij.

2.2.2.1.1. Amputatie t.h.v. de proximale femurhelft.

Deze wordt gemeten vanaf 4 cm onder het centrum van de kleine trochanter tot een punt gelegen juist halfweg tussen de bovenrand van de grote trochanter en de gewrichtsspleet van de knie.

a) Met coxofemorale ankylose.

Art. 217 a) : 85 %

b) Zonder coxofemorale ankylose.

Art. 217 b) : 75 %

2.2.2.1.2. Amputatie t.h.v. de distale femurhelft.

Art. 218 : 70 %

2.2.2.1.3. Agenesie/Amputatie – gedeeltelijke of totale.

Art. OL n° 6

Art. 210 tot 212bis

Art. 249 tot 284

Art. NL n° 6

Te evalueren volgens de OBSI

Het dragen van een prothese evalueert men met Art. 321.

2.2.2.2. De knie.

Desarticulatie van de knie.

Art. 219 : 70 %

2.2.2.3. Het onderbeen.

2.2.2.3.1. Beenderige stomp van minder dan 10 cm.

Art. 220 a) : 65 %

2.2.2.3.2. Beenderige stomp van 10 tot 12 cm.

Art. 220 b) : 60 %

2.2.2.3.3. Beenderige stomp van meer dan 12 cm.

Art. 220 c) : 50 %

2.2.2.3.4. Agenesie / Amputatie – gedeeltelijke of totale.

Art. OL n° 6

Art. 249 tot 284

Art. NL n° 6

Te evalueren volgens de OBSI.

Het dragen van een prothese evalueert men met Art. 321.

2.2.2.4. De voet.

2.2.2.4.1. Totaal verlies.

Tibiotarsale desarticulatie of supramalleolaire amputatie.

Art. 221 : 50 %

2.2.2.4.2. Focomelie.

Art. OL n° 10

Art. 221 of 297 volgens de functionele hinder.

Art. NL n° 6

Te evalueren volgens de OBSI.

Het dragen van een prothese evalueert men met Art. 321.

2.2.2.4.3. Gedeeltelijk verlies.

a) Posterieure transtarsale of subtalaire amputatie :

Zonder mogelijkheid tot steunen zonder prothese.

Art. 223 : 50 %

Met de mogelijkheid tot steunen zonder prothese.

Art. 222 : 30 %

b) Mediotarsale desarticulatie volgens Chopart.

Met goede stand en voldoende beweeglijkheid van de stomp.

Art. 224 a) : 30 %

Met slechte stand door ombuigen van de stomp en gang op het uiteinde van de stomp.

Art. 224 b) : 40 %

c) Amputatie t.h.v. de tarsus.

Talectomie.

Art. 225 : 20 tot 40 %

Calcanectomie.

Volgens de uitgebreidheid van de resectie en de functionele weerslag.

Art. 225 bis : 0 tot 40 %

d) Verlies van metatarsalia en tenen.

Verlies der 5 metatarsalen :

Tarsotarsale desarticulatie volgens Lisfranc.

Art. 226 a) : 25 %

Transmetatarsale amputatie.

Volgens het amputatieniveau.

Art. 226 b) : 15 tot 20 %

Verlies van drie metatarsalen (III, IV en V) en hun tenen.

Art. 227 : 20 %.

Verlies van twee metatarsalen en hun tenen.

Metatarsalen I en II.

Art. 228 a) : 22 %

Metatarsalen IV en V.

Art. 228 b) : 15 %

Verlies van één metatarsaal en zijn teen.

De eerste metatarsaal en de grote teen.

Art. 229 : 16 %

De tweede metatarsaal.

Art. 230 : 6 %

De derde metatarsaal.

Art. 231 : 5 %

De vierde metatarsaal.

Art. 232 : 6 %

De vijfde metatarsaal.

Art. 233 : 10 %

e) Verlies van de tenen.
 Verlies van de 5 tenen.
 Art 234 : 12 %
 Verlies van 4 tenen.
 Tenen II tot en met V.
 Art. 235 : 8 %
 Tenen I tot IV.
 Art. 236 : 12 %
 Verlies van 3 tenen.
 Tenen II tot V.
 Art. 237 : 6 %
 Tenen I tot en met III.
 Art. 238 : 10 %
 Tenen III tot en met V.
 Art. 239 : 7 %
 Verlies van 2 tenen.
 Tenen I en II.
 Art. 240 : 8 %
 Tenen II en III.
 Art. 241 : 2 %
 Tenen III en IV.
 Art. 242 : 1 %
 Tenen IV en V.
 Art. 243 : 2 %
 Verlies van 1 teen.
 Grote teen.
 Totaal verlies.
 Art. 244 : 6 %
 Verlies van 1 ½ kootje van de grote teen.
 Art. 247 : 4 %
 Verlies van eindkootje van de grote teen.
 Art. 246 : 3 %
 Andere tenen.
 Totaal verlies.
 Teen II.
 Art. 245 a) : 1 %
 Tenen III tot V.
 Art 245 b), c), of d) : 0 %
 Gedeeltelijk verlies.
 Art. 248 : 0 %

3. Functioneel verlies van de bewegingen in het onderste lidmaat.

Men evalueert de kinderen vanaf de leeftijd van 30 maand om de weerslag op de gang te beoordelen.

3.1. Totaal functioneel verlies van de beide onderste ledematen.

Art 319 : 100 %

3.2. Gedeeltelijk functioneel verlies van de onderste ledematen.

3.2.1. De heup.

3.2.1.1. Ankylose.

3.2.1.1.1. Bilateraal.

Art. 211 : 100 %

3.2.1.1.2. Unilateraal.

In slechte stand.

Art. 210 b) : 40 tot 70 %

In goede stand.

Art. 210 a) : 35 %

3.2.1.2. Gewrichtsstramheden.

Art 212 :

Verlies van 10° flexie met abductiemogelijkheid tot 30° : 0 tot 5 %

Verlies van 30° flexie met mogelijkheid van tot 20° abductie en matige aantasting van de inwendige rotatie : 5 tot 10 %

Verlies van 30 tot 60° flexie : naargelang de beperking van de inwendige rotatie en abductie : 10 à 20 %

Verlies van meer dan 60° flexie, naargelang het tekort aan flexie : 20 tot 30 %

De vermeerdering voor een slechte houding in flexie of uitwendige rotatie kan gaan tot 10 %

De vermeerdering voor een slechte houding in adductie, abductie of inwendige rotatie kan gaan tot : 10 tot 25 %

Art 212bis :

De veranderingen in het coxofemorale gewricht kunnen, in geval van zware en pijnlijke artropathie, aanleiding geven tot een vermeerdering van het percentage voorzien voor de stijfheid van : 10 à 20 %.

- 3.2.1.3. Congenitale heupluxatie.
- 3.2.1.3.1. Bilateraal.
- Oude lijst (1991).
Niet aangehaalde aandoening vanwaar toepassing van de OBSI.
Art. 215 : 35 tot 65 %
Nieuwe lijst (2003).
Art. NL n° 4
Art. 210 b) : bilateraal of unilateraal maar gedurende meer dan 6 maand behandeld door immobilisatie in een rolstoel.
- 3.2.1.3.2. Unilateraal.
- Oude lijst (1991).
Niet aangehaalde aandoening vanwaar toepassing van de OBSI.
Zonder musculaire atrofie maar met verkorting :
Tot 5 cm.
Art. 213 a) : 35 %
Tot 10 cm.
Art. 213 b) : 35 tot 40 %
Tot 15 cm.
Art. 213 c) : 40 tot 45 %
Met musculaire atrofie en met verkorting :
Tot 5 cm.
Art. 214 a) : 40 %
Tot 10 cm.
Art. 214 b) : 40 tot 45 %
Tot 15 cm.
Art. 214 c) : 45 tot 50 %
Nieuwe lijst (2003).
Art. NL n° 4
Art. 210 a) : unilateraal, behandeld met spalken of met een immobilisatie van minder dan 6 maand
Art. 210 b) : bilateraal of unilateraal maar gedurende meer dan 6 maand behandeld met immobilisatie in een rolstoel.
- 3.2.1.4. Ziekte van Legg-Calvé-Perthès (aseptische necrose van de femurkop)
- Art. OL n° 8 :
Art. 210
Art. 212bis
Art. NL n° 4 :
Art. 210 a) : unilateraal, behandeld met spalken of door een immobilisatie van minder dan 6 maand.
Art. 210 b) : bilateraal of unilateraal maar gedurende meer dan 6 maand behandeld met immobilisatie in een rolstoel.
- 3.2.2. De dij.
- 3.2.2.1. Fracturen van de femurdiafyse.
- Art. 252 : Rekening houden met de gevolgen in hun geheel (angulatie, asafwijking, circulatiestoornissen, spieratrofie, stijfheid, leeftijd van de gekwetste, verkorting) : evalueren volgens de art. 212, 212bis, 266, 267, 268, 269, 269bis en 277.
- 3.2.2.2. Pseudarthrose van de femur.
- Inoperabel of met contra-indicatie tot operatie, volgens de graad van stabiliteit en gewrichtsstramheid.
Art. 253 : 35 tot 70 %
- 3.2.2.3. Fracturen van het distale uiteinde van de femur.
- Te evalueren volgens de functionele weerslag op de knie.
- 3.2.3. De knie.
- 3.2.3.1. Fracturen van het distale uiteinde van de femur.
- Te evalueren volgens de functionele weerslag op de knie.
- 3.2.3.2. De knieschijf of patella.
- 3.2.3.2.1. Gevolgen van dwarse fracturen.
- Art. 254 : Lichte, middelmatige of zware gevolgen : cf. art. 263, 266 en 267 [functionele weerslag op de knie].
- 3.2.3.2.2. Gevolgen van patellectomie.
- Art. 255 : cf. art. 263, 266, 267 en 342 [functionele weerslag op de knie].
Vermeerdering, omgekeerd evenredig met de overblijvende beweeglijkheid : 0 à 5 %.
- 3.2.3.3. Fracturen van de proximale epifyse van de tibia.
- 3.2.3.3.1. Fracturen van het tibiaplateau.
- Art. 256 a) : cf. Art. 263, 266, 267, 268, 269 en 269 bis.
- 3.2.3.3.2. Afschiet van de tuberositas tibiae.
- Met losscheuren van de patellapees, extensietekort, pijn bij het gaan, enz.
Art. 256 b) : Te bepalen volgens de Art. 266 b) en 342.

- 3.2.3.4. Ankylose.
 - 3.2.3.4.1. Verstijvingen in goede stand (van 0 tot 15°).
Art. 259 : 35 %
 - 3.2.3.4.2. Verstijvingen in hoekstand
Hoekstand in flexie > 45°
Art. 260 : 45 tot 55 %
Hoekstand in flexie van 45° tot 35°
Art. 260 : 40 tot 45 %
Hoekstand in flexie van 35° tot 15°
Art. 260 : 35 tot 40 %
- 3.2.3.5. Stramheid :
 - 3.2.3.5.1. Beperking van de flexie.
Art. 266 a)
 - Beweeglijkheid behouden van 0 tot 15° : 30 %
 - Beweeglijkheid behouden van 0 tot 30° : 20 %
 - Beweeglijkheid behouden van 0 tot 45° : 10 %
 - Beweeglijkheid behouden van 0 tot 60° : 8 %
 - Beweeglijkheid behouden van 0 tot 100° : 4 %
 - 3.2.3.5.2. Beperking van de extensie met :
Art. 266 b)
 - 10 ° : 5 %
 - 15 ° : 8 %
 - 20 ° : 20 %
 - 30 ° : 35 %
 - 45 ° : 50 %
 - 3.2.3.5.3. Simultane beperking van de flexie en van de extensie.
Art. 267
Wanneer er beperking is van flexie en extensie, mag de som van beide waarden niet groter zijn dan het percentage voorzien voor de gunstigste overeenkomstige gewrichtsverstijving.
- 3.2.3.6. Asafwijkingen
 - 3.2.3.6.1. Genu valgum :
Art. 268 : 2 tot 20 %
 - 3.2.3.6.2. Genu varum :
Art. 269 : 4 tot 20 %
 - 3.2.3.6.3. Genu recurvatum :
Art. 269bis : 2 tot 20 %
- 3.2.3.7. Letsels van de weke delen.
 - 3.2.3.7.1. Ligamentaire letsels.
Chronische hydrops.
Volgens de graad : kan bij de waarde voorzien voor gewrichtsstramheid gevoegd worden.
Art. 263 a) : 2 tot 20 %
Articulaire laxiteit.
Volgens de graad; kan bij de waarde voorzien voor gewrichtsstramheid gevoegd worden.
Art. 263 a) : 2 tot 20 %
De volledig labiele knie.
Art. 263 b) : 35 tot 70 %
Vermindering volgens de hulpapparaten.
 - 3.2.3.7.2. Meniscale laesies.
Niet geopereerde.
Art. 264 a) : 0 tot 10 %
Sequellen na meniscusresectie.
Art. 264 b) : 0 tot 10 %
 - 3.2.3.7.3. Osteocartilagineuze letsels of intra-articulaire vreemde lichamen.
Art. 265 : 0 tot 10 %
- 3.2.4. Het onderbeen.
 - 3.2.4.1. Tibiafracturen.
 - 3.2.4.1.1. Tibiaplateau of bovenste deel.
Art. 256 a) : zie de art. 263, 266, 267, 268, 269 en 269 bis
 - 3.2.4.1.2. Diafyse.
In geval van spieratrofie en asafwijking.
Art. 274 a) : 5 tot 15 %
 - 3.2.4.1.3. Tuberositas tibiae.
Volgens de weerslag op de kniefunctie en quadricepsatrofie.
Art. 274 b) zie art. 256
 - 3.2.4.1.4. Malleolus internus.
Volgens de weerslag op de functie van de enkel.
Art. 274 c) zie de art. 279, 280 en 281

- 3.2.4.1.5. Supramalleolaire fractuur.
Volgens de weerslag op de functie van de enkel.
Art. 274 d)
- 3.2.4.2. Fibulafracturen.
- 3.2.4.2.1. Fibulakop.
Volgens de functionele hinder.
Art. 275 a) : 0 à 5 %
- 3.2.4.2.2. Diafyse.
Volgens de functionele hinder.
Art. 275 a) : 0 à 5 %
- 3.2.4.2.3. Malleolus externus.
Volgens de weerslag op de functie van de enkel.
Art. 275 b)
- 3.2.4.3. Fracturen van tibia en fibula.
Volgens asafwijking of rotatiemoeilijkheden, spieratrofie, trofische stoornissen en de leeftijd.
Art. 276 : 5 à 45 %
- 3.2.4.4. Vermeerdering voor verkorting van het lidmaat.
De verkorting wordt uitgedrukt in volledige cm (geen mm) en vanaf 2 cm verkorting.

Art.	Verkorting in cm	Percentage
277 a)	2 cm	2
277 b)	3 cm	4
277 c)	4 cm	9
277 d)	5 cm	15
277 e)	6 cm	18
277 f)	7 cm en meer	21 tot 30

- 3.2.4.5. Pseudarthrose van 1 of beide beenderen van het onderbeen.
Volgens de graad van stabiliteit en de functionele weerslag.
Art. 278 : 20 tot 45 %
- 3.2.5. De enkel.
- 3.2.5.1. Ankylose van de enkel.
- 3.2.5.1.1. In goede stand met voldoende beweeglijkheid van het distale uiteinde van de voet.
Art. 282 a) : 15 %
- 3.2.5.1.2. In goede stand met onvoldoende distale beweeglijkheid.
Art. 282 b) : 20 tot 25 %
- 3.2.5.1.3. In slechte stand.
Volgens de weerslag op de gang.
Art. 283 : 20 tot 35 %
- 3.2.5.2. Enkelstramheid.
- 3.2.5.2.1. Lichte enkelstramheid zonder weerslag op de gang.
Art. 284 a) : 3 tot 8 %
- 3.2.5.2.2. Met belangrijke beperking van de dorsiflexie en/of van de plantaire extensie.
Art. 284 b) : 10 tot 20 %
- 3.2.5.3. Fracturen en ligamentaire letsels van het enkelgewricht
Sequellen te evalueren volgens de articulaire stramheid, de statiekafwijking, de instabiliteit, de asafwijkingen, de trofische en degeneratieve stoornissen.
- 3.2.5.3.1. Lichte functionele gevolgen.
Zonder statiekafwijking of instabiliteit.
Art. 279 : 4 tot 8 %
- 3.2.5.3.2. Middelmatige functionele gevolgen.
Gekenmerkt door een statiekafwijking of door een geobjectiveerde matige instabiliteit.
Art. 280 : 10 tot 20 %
- 3.2.5.3.3. Ernstige functionele hinder.
Gekenmerkt door een belangrijke weerslag op de statiek, een ernstige instabiliteit of door uitgesproken trofische en degeneratieve stoornissen.
Art. 281 : 25 tot 40 %
- 3.2.6. De voet.
- 3.2.6.1. Fracturen van de tarsus.
- 3.2.6.1.1. De talus.
Fractuur van de talus alleen.
Evaluatie volgens de enkelstramheid.
Art. 286 a) cf. art. 284 (cf. 3.2.5.2).
Fractuur of luxatie van de talus met asafwijking en ernstige functionele hinder, pijn, enz..
Art. 286 b) : 20 tot 40 %
Talectomie.
Art. 287 : 20 tot 40 %

- Fractuur van beide tali.
De beide percentages samenvoegen zonder de berekening voor de meervoudige ongeschiktheden.
Art. 291
- 3.2.6.1.2. Het calcaneum.
Fractuur van het corpus calcanei.
Lichte functionele hinder.
Art. 288 a) : 5 tot 8 %
Middelmatige hinder : matige indeuking, asafwijking, stramheid.
Art. 288 b) : 8 tot 20 %
Ernstige hinder.
Complexe fracturen met verbrijzeling en botverlies, multiple gewrichtsklachten, doorzakking van het voetgewelf, belangrijke asafwijking.
Art. 288 c) : 20 tot 40 %
Fractuur van het tuber calcanei.
Volgens de weerslag op de achillespees of volgens de gevolgen t.h.v. het corpus calcanei.
Art. 289 : zie Art. 285 en 288.
Fractuur van beide calcanei.
De beide percentages samenvoegen zonder de berekening voor de meervoudige ongeschiktheden.
Art. 290
- 3.2.6.1.3. Het os naviculare pedis (of scafoïd).
Solitaire fractuur van het scafoïd.
Volgens de verandering aan het voetgewelf.
Art. 292 a) : 3 tot 10 %
Luxatie of fractuur-luxatie.
Art. 292 b) : 5 tot 15 %
Complexe fracturen van de voorste of middenste tarsus.
Volgens de stramheid en de statiekafwijking.
Art. 293 : 5 tot 25 %
- 3.2.6.1.4. Het os cuboïdeum.
Volgens de afwijkingen van de stand van de voet.
Art. 294 : 0 tot 10 %
- 3.2.6.1.5. Het os cuneiforme.
Fractuur van één of meer ossa cuneiformia.
Volgens de afwijkingen van de stand van de voet.
Art. 295 : 0 tot 10 %
- 3.2.6.2. Stoornissen van de stand en misvormingen.
- 3.2.6.2.1. Doorzakking van het voetgewelf.
Volgens de functionele hinder.
Art. 296 : 3 tot 15 %
- 3.2.6.2.2. De klompvoet.
Oude lijst (1991).
Geen vermelding en dus OBSI-toepassing.
Matige vervorming.
Vervorming in talus of equinus, varus of valgus, in pronatie of in supinatie.
Art. 297 : 20 tot 30 %
Belangrijke gefixeerde asafwijking.
Art. 298 : 30 tot 50 %
Nieuwe lijst (2003).
Art. NL n° 5
Art. 300 : te evalueren volgens de kliniek en volgens de volgende Art. :
— art. 297 voor een klompvoet welke conservatief behandeld wordt (gipsen, spalken, kinesitherapie, kinetec en/of percutane ingrepen).
— art. 298 voor een ernstige en rigide klompvoet waarvoor verscheidene ingrepen nodig zijn naast de conservatieve behandeling.
In het geval van bilaterale klompvoeten is een rationele aanpak nodig gebaseerd op het onderzoek van elke voet afzonderlijk en volgens de bovenstaande criteria.
- 3.2.6.2.3. De holvoet (pes cavus).
Art. 299 : 3 tot 15 %
- 3.2.6.3. Ankylose of arthrodese van de tarsus.
- 3.2.6.3.1. In goede stand.
Volgens de weerslag op de gang.
Art. 301 a) : 8 tot 12 %
- 3.2.6.3.2. In slechte stand.
Art. 301 b) : zie de art. over de statiekafwijkingen en misvormingen van de voet (Art. 286 tot 299).
- 3.2.6.4. Fracturen van de metatarsalen.
- 3.2.6.4.1. Metatarsaal I.
Art. 302 a) : 0 tot 7 %

- 3.2.6.4.2 Metatarsaal V.
Art. 302 b) : 0 tot 5 %
- 3.2.6.4.3. Metatarsaal II, III en IV.
Eén metatarsaal.
Art. 302 c) : 0 tot 5 %
Verscheidene metatarsalen.
Art. 302 d) : 0 tot 10 %
- 3.2.6.5. Stramheid of metatarso-falangiale ankylose van de grote teen.
 - 3.2.6.5.1. Ankylose.
In goede stand.
Art. 303 a) : 0 tot 3 %
In slechte stand.
Art. 303 b) : 5 tot 10 %
 - 3.2.6.5.2. Stramheid.
Volgens de graad van afwijking.
Art. 303 c) : 0 tot 6 %
- 3.2.6.6. Ankylose van één of meer andere tenen.
 - 3.2.6.6.1. In goede stand.
Art. 304 a) : 0 tot 2 %
 - 3.2.6.6.2. In slechte stand.
Art. 304 b) : 2 tot 8 %
- 3.2.6.7. Fracturen van de vijf basisfalangen van de tenen.
 - 3.2.6.7.1. In goede stand.
Art. 305 a) : 0 %
 - 3.2.6.7.2. In slechte stand.
Art. 305 b) : 2 tot 10 %

4. Andere aandoeningen van het osteoarticulaire systeem.

Voor deze aandoeningen mogen alleen die ongeschiktheden gebruikt worden die betrekking hebben op de onderste ledematen.

4.1. Achondroplasie.

Oude lijst (1991).

Art. OL n° 138

Art. 779/7 : invloed op de groei.

Art. 783 : weerslag van eventuele osteoarticulaire afwijkingen.

Nieuwe lijst (2003).

Art. NL n° 7

Art. 779/7 a) volgens de gestalte cf. NL n° 83.

Art. 783 verwijzend naar, volgens de ernst der functionele stoornissen :

— Art. 212 voor de aantasting van de heup.

— Art. 268-269 voor de letsels van de knie.

— Art. 296 voor de letsels van de voet.

4.2. Arthrogrypose.

Oude lijst (1991).

Art. OL n° 147

Art. 783 : Volgens de osteoarticulaire beperkingen der ledematen.

Nieuwe lijst (2003).

Art. NL n° 8

Art. 783 : Volgens de belangrijkheid van de gewrichtsletsels.

4.3. Ziekte van Lobstein (osteogenesis imperfecta).

Oude lijst (1991).

Art. OL n° 12

Art. 341 : osteotendineuse retracties welke de mobiliteit aantasten.

Nieuwe lijst (2003).

Art. NL n° 9

Te evalueren volgens het aantal en de aard van de breuken, de lokalisatie en het belang van de functionele gevolgen op grond van de overeenkomstige art. van de O.B.S.I.

4.4. Vitamine-resistente rachitis.

Oude lijst (1991).

Art. OL n° 9

Art. 212 : voor de aandoeningen van de heup.

Art. 779/7 : gestalte onder 3e percentiel van de officiële Belgische groeicurve.

Nieuwe lijst (2003).

Art. NL n° 10

Art. 212 : voor de aandoeningen van de heup.

Art. 779/7 : ingeval van groeiachterstand cf. NL n° 83.

4.5. Syndroom van Marfan.

Oude lijst (1991).

Art. OL n° 11

Art. 341 : hyperlaxiteit van de ligamenten.

Art. 366-367 : vasculaire letsels.

Nieuwe lijst (2003).

Art. NL n° 97

Art. 341 : hyperlaxiteit van de ligamenten.

Art. 366 : vasculaire letsels.

4.6. Lupus erythematosus disseminatus.

Oude lijst (1991).

Art. OL n° 25

Art. 362 b) : vasculaire letsels.

Art. 783 : gewrichtsletsels.

Nieuwe lijst (2003).

Art. NL n° 98

Art. 362 b) : vasculaire letsels.

Art. 783 : gewrichtsletsels.

4.7. Veralgemeende artritis.

Oude lijst (1991).

Art. OL n° 146

Art. 783

Nieuwe lijst (2003).

Art. NL n° 117

Art. 783 : te evalueren volgens het aantal opstoten en de weerslag op de gewrichten en de algemene toestand.

5. Aandoeningen van de spieren en aponeurosen.**5.1. Scheuren van spieren en aponeurosen.****5.1.1. Scheur van de m. quadriceps.****5.1.1.1. Scheur van de quadricepspees.**

Volgens de functionele hinder en spieratrofie.

Art. 257 : zie art. 266 b) (knie-extensie) en 342 (atrofie)

5.1.1.2. Scheur van de m. quadriceps in zijn musculaire gedeelte.

Art. 337 : 0 tot 10 %

5.1.2. Scheur van het ligamentum patellae.

Volgens de functionele hinder en spieratrofie.

Art. 258 : zie de art. 266 b) (knie-extensie) en 342 (atrofie)

5.1.3. Scheur van de triceps surae.**5.1.3.1. Scheur van de achillespees.**

Volgens de weerslag op de gang.

Art. 285 : 0 tot 20 %

5.1.3.2. Scheur van de triceps in zijn musculair gedeelte.

Art. 339 : 0 tot 20 %

5.2. Andere musculaire aandoeningen.**5.2.1. Spieratrofie.**

GTS : $\leq 12/20 = 50\%$ OL

Oude lijst (1991)

Art. OL n° 14

Art. 342

Art. 342bis : de evaluatie gebeurt volgens de analoge ongeschiktheden beschreven in de art. 545, 546 en 580 tot 605

Nieuwe lijst (2003)

Art. NL n° 11

Art. 342 - 342bis : de evaluatie gebeurt volgens de neurologische letsels beschreven in de art. 545, 546 en 580 tot 605

5.2.2. Atrofie van één segment.

GTS : $\leq 12/20 = 50\%$ OL

Oude lijst (1991)

Art. OL n° 15

Art. 342 : evaluatie volgens de ernst van de functionele letsels

Nieuwe lijst (2003)

Niet weerhouden.

5.2.3. Myasthenie.

GTS : $\leq 12/20 = 50\%$ OL

Oude lijst (1991)

Art. OL n° 16

Art. 342bis

Art. 580 : de evaluatie gebeurt volgens de neurologische letsels beschreven in de art. 545, 546 en 580 tot 605

Nieuwe lijst (2003)

Niet weerhouden.

Art. 342bis

5.2.4. Myopathie.

GTS : $\leq 12/20 = 50\%$ OL

Oude lijst (1991)

Art. OL n° 17

Art. 342

Art. 342bis : de evaluatie gebeurt volgens de neurologische letsels beschreven in de art. 545, 546 en 580 tot 605

Nieuwe lijst (2003)

Art. NL n° 12

Art. 342 - 342bis : de evaluatie gebeurt volgens de neurologische letsels beschreven in de art. 545, 546 en 580 tot 605

6. Vasculaire aandoeningen.

In het totale beeld van de verschillende aandoeningen komen alleen de letsels der onderste ledematen in aanmerking.

6.1. Ziekten van de arteries en arteriolen.

Letsels die weefselnecrose of amputatie veroorzaakt hebben.

Art. 367bis c) : 20 tot 50 %

6.2. Ziekten van de venen.

Letsels die ulceraties of gangreen veroorzaakt hebben.

Art. 375ter c) : 20 tot 40 %

6.3. Ziekten van de lymfebanen.**6.3.1. Elefantiasis en aanverwante aandoeningen.**

Elefantiasis, lymfangiopathia obliterans (syndroom van Kaindl).

Art. 376 e) : 0 tot 40 %

6.3.2. Malformaties van de lymfewegen.

Oude lijst (1991)

Art. OL n° 36

Art. 376 b) en e)

Nieuwe lijst (2003)

Niet weerhouden : verwijzing naar de OBSI.

6.4. Andere vasculaire aandoeningen.**6.4.1. Syndroom van Marfan.**

Zie 4.5.

6.4.2. Lupus erythematosus disseminatus.

Zie 4.6.

6.4.3. Ziekte van Klippel- Trenaunay (hypertrofe hemiangiectasie).

Oude lijst (1991)

Art. OL n° 35

Art. 374 : arteriële letsels

Art. 375

Art. 783 : articulaire letsels

Nieuwe lijst (2003)

Art. NL n° 100

Art. 374-375 : arteriële letsels

Art. 783 : articulaire letsels

6.4.4. Periarteritis nodosa.

Oude lijst (1991)

Art. OL n° 26

Art. 362 b) en 367 : vasculaire letsels

Nieuwe lijst (2003)

Art. NL n° 99

Art. 362 b) en 367 : vasculaire letsels

7. Neurologische aandoeningen.**7.1. Paralyse.****7.1.1. Hemiplegie en hemiparese.**

Oude lijst (1991).

Te interpreteren volgens de weerslag op het onderste lidmaat : cf. 7.1.2.

7.1.2. Monoplegie en monoparese.

Art. 546 c) : 10 tot 80 %

7.1.3. Paraplegie en paraparese.**7.1.3.1. Paraplegie.**

Paraplegie die een bestendig verblijf in bed of zetel vergt.

GTS : $\leq 12/20 = 50\%$ OL

Art. 547 c) : 100 %

7.1.3.2. Paraparese.

Als de gang mogelijk is stabiel en zonder steun :

Art. 547 a) : 20 tot 40 %

Als de gang moeilijk is of onstabiel : volgens GTS.

GTS : $\leq 12/20 = 50\%$ OL

Art. 547 b) : 40 tot 80 %

7.1.4. Hersenletsels.

GTS : $\leq 12/20 = 50\%$ OL

Oude lijst (1991).

Art. OL n° 87

Art. 545

Art. 546

Art. 547

Art. 548

Nieuwe lijst (2003).

Niet weerhouden en dus verwijzing naar de OBSI.

7.1.5. Meningocoele - myelomeningocoele - lipomyelomeningocoele

GTS : $\leq 12/20 = 50\%$ OL

Oude lijst (1991).

Art. OL n° 100

Art. 579, 580 : parese der onderste ledematen.

Art. 586 tot 590 : sensibele stoornissen of cauda equina syndroom.

Te evalueren volgens de functionele weerslag.

Nieuwe lijst (2003).

Art. NL n° 54

Art. 579-580 : volgens de parese der onderste ledematen.

Art. 586 tot 588 : bij sensibele stoornissen.

7.1.6. Spina bifida.

GTS : $\leq 12/20 = 50\%$ OL

Oude lijst (1991).

Art. OL n° 101

Art. 579, 580 : volgens de paraplegie.

Art. 586 tot 590 : zie meningocoele.

Nieuwe lijst (2003).

Art. NL n° 54

Art. 579-580 : volgens de parese der onderste ledematen.

Art. 586 tot 588 : bij sensibele stoornissen.

7.1.7. Poliomyelitis

GTS : $\leq 12/20 = 50\%$ OL

Oude lijst (1991).

Art. OL n° 102

Art. 596 : volgens de gevolgen.

Nieuwe lijst (2003).

Niet weerhouden aandoening en dus verwijzing naar de OBSI.

Acute poliomyelitis.

Art. 596 : verwijst naar medullaire spieratrofie en de andere rubrieken.

Medullaire paraplegie.

Zeer moeilijke gang.

Art. 580 a) : 40 tot 100 %.

Onmogelijke gang.

Art. 580 b) : 100 %.

Medullaire paraparese.

Gang zonder steun

Art. 579 a) : 15 tot 30 %.

Gang met steun (stokken of krukken).

[Bij het kind komt « gang met steun » overeen met « onstabiele gang »].

Art. 579 b) : 30 tot 50 %

Letsels van het motorische neuron.

Voet.

Art. 584 a) : aantasting van de spieren van de voet, naar de graad en de functionele hinder : 0 tot 15 %

Onderbeen.

Art. 584 b) : aantasting van de anterolaterale streek van het been, naar de graad en de functionele hinder : 5 tot 20 %

Art. 584 c) : diffuse aantasting van alle spieren van het been, naar de graad en de functionele hinder : 5 tot 30 %

Voet en onderbeen.

Art. 584 d) : aantasting van de spieren van de voet en van het been, naar de graad en de functionele hinder : 5 tot 30 %

Dij.

Art. 584 e) : aantasting van al de spieren van de voorzijde van de dij, naar graad en functionele hinder : 10 à 40 %

Art. 584 f) : aantasting van alle spieren van de dij, naar graad en functionele hinder : 10 à 50 %
Bekkengordel en sacrolumbale streek.

Art. 584 g) : aantasting van de spieren van de bekkengordel of van de sacrolumbale streek : 20 tot 60 %

Een volledig onderste lidmaat.

Art. 584 h) : volledige aantasting met totaal functioneel verlies : 85 %

De 2 onderste ledematen.

Art. 584 i) : bilaterale volledige aantasting met totaal functioneel verlies : 100 %

Multipiele aantasting van één of meerdere ledematen.

Art. 584 j) : indien er meerdere aantastingen zijn van één of meerdere ledematen, moet men deze niet optellen, maar de regel voor het berekenen van de veelvuldige lichaamsgebreken toepassen.

Chronische poliomyelitis.

Art. 597 : verwijst naar de medullaire aandoeningen (cfr. supra).

7.1.8. Paralyse door letsel van de perifere zenuw.

7.1.8.1. n. femoralis.

Art. 622 a) : gedeeltelijke of totale eenzijdige aantasting : 10 tot 50 %

Art. 622 b) : zonder aantasting van m. iliopsoas : 8 tot 40 %

7.1.8.2. n. ischiadicus.

Art. 623 a) : gedeeltelijke of totale aantasting van de n. ischiadicus : 5 tot 40 %

Art. 623 b) : met causalgie. Verhogingspercentage (zie art. 620)

Art. 620 : causalgie, dikwijls tijdelijk, naargelang de frequentie en hevigheid. Verhogingspercentage : 10 tot 30 %

7.1.8.3. n. ischiadicus popliteus externus

Art. 624 : Gedeeltelijke of totale verlamming van de n. fibularis Communis : 10 tot 25 %

7.1.8.4. n. ischiadicus popliteus internus.

Art. 625 a) : Gedeeltelijke of totale aantasting van de n. tibialis ZONDER causalgie : 5 tot 20 %

Art. 625 b) : Gedeeltelijke of totale aantasting van de n. tibialis MET causalgie. Verhogingspercentage volgens Art. 620

Art. 620 : Causalgie, dikwijls tijdelijk, volgens de frequentie ervan en de hevigheid. Verhogingspercentage : 10 tot 30 %

7.1.8.5. nervus obturatorius.

Art. 626 : Gedeeltelijke of totale aantasting van de n. obturatorius : 10 tot 20 %

7.2. Cerebellaire syndromen.

GTS : $\leq 12/20 = 50\%$ OL

Oude lijst (1991).

Art. OL n° 91

Art. 551

Nieuwe lijst (2003).

Niet weerhouden en dus verwijzing naar de OBSI.

— Art. 551 a) : Eenzijdig cerebellair syndroom te vergelijken met de overeenkomstige graad van hemiparese :

- Actieve zijde : 10 tot 80 %

- Passieve zijde : 8 tot 70 %

— Art. 551 b) : Bilateraal cerebellair syndroom : 30 tot 100 %

— Art. 551 c) : vermis- of mediaan syndroom, gekenmerkt door evenwichtsstoornissen : 10 tot 20 %

7.3. Onwillekeurige bewegingen.

7.3.1. Chorea, athetose en chorea-athetose.

GTS : $\leq 12/20 = 50\%$ OL

Oude lijst (1991).

Art. OL n° 92

Art. 554 d), f)

Nieuwe lijst (2003).

Art. NL n° 50

Art. 554 d), f) : chorea, athetose en chorea-athetose

Art. 554 a), b) : convulsieve tics

Het syndroom van Gilles de la Tourette moet benaderd worden volgens de complexiteit der tics en/of de aanwezigheid van gedachten en compulsieve bewegingen.

7.3.2. Convulsieve tics.

GTS : $\leq 12/20 = 50\%$ OL

Oude lijst (1991).

Art. OL n° 93

Art. 554 b)

Nieuwe lijst (2003).

Art. NL n° 50

Art. 554 d), f) : chorea, athetose en choreoathetose

Art. 554 a), b) : convulsieve tics

Art. 554 c) of d) : torticollis als gevolg van spasme

Het syndroom van Gilles de la Tourette moet benaderd worden volgens de complexiteit der tics en/of de aanwezigheid van compulsieve gedachten en bewegingen.

7.3.3. Hepato-lenticulaire degeneratie (Ziekte van Wilson).

GTS : $\leq 12/20 = 50\%$ OL

Oude lijst (1991).

Art. OL n° 57

Art. 554 : voor de neurologische letsels

Nieuwe lijst (2003).

Art. NL n° 103

Art. 554 : voor de neurologische letsels

7.4. *Andere neurologische aandoeningen.*

7.4.1. Porphyrie

GTS : $\leq 12/20 = 50\%$ OL

Oude lijst (1991).

Art. OL n° 59

Art. 628 tot 631 : voor de neurologische letsels

Nieuwe lijst (2003).

Art. NL n° 105

Art. 628 tot 631 : voor de neurologische letsels

7.4.2. Syringomyelie.

7.4.2.1. Fruste of trage vormen.

Art. 602 a) : met lichte stoornissen van de gevoeligheid : 10 tot 30 %

7.4.2.2. Meer progressieve vormen.

Art. 602 b) : met beperkte amyotrofie en hinderende spastische en artropatische verschijnselen : 30 tot 60 %

7.4.2.3. Ernstige amyotrofische vormen.

Art. 602 c) : met ernstige stoornissen of met ernstige bulbaire verschijnselen : 60 tot 100 %

7.4.3. Neuropathie en polyneuropathie.

GTS : $\leq 12/20 = 50\%$ OL

7.4.4. Radiculopathie en polyradiculopathie.

GTS : $\leq 12/20 = 50\%$ OL

7.4.5. Neuralgie en radiculaire pijn.

GTS : $\leq 12/20 = 50\%$ OL**II. Volwassenen (vanaf 21 jaar).****Voorafgaande bemerkingen :**

De attesten van onbepaalde duur die toegekend werden vóór het in voege treden van het voorliggend barema blijven geldig voor zover de toestand die aanleiding gaf tot het attest sindsdien niet verbeterd is.

Letsels van tijdelijke duur (minder dan 6 maanden, zoals eenvoudige fractures, verstuikingen e.d.) komen niet in aanmerking.

Psychische aandoeningen (zoals bvb hysterische conversie) komen niet in aanmerking.

Totale blindheid.

Een gedetailleerd verslag van de oogarts met vermelding van de diagnose vormt de voornaamste bron van informatie.

Deze evaluatie gebeurt met optimale correctie.

Het BTW-voordeel wordt toegekend als aan één van de volgende voorwaarden voldaan is :

Afwezige lichtperceptie aan beide ogen

OF

Gezichtsscherpte minder dan 1/20 aan beide ogen

OF

Concentrisch gezichtsveldbeperking tot 5° of minder aan beide ogen.

Verlamming van de bovenste ledematen.

Het BTW-voordeel wordt toegekend als aan beide volgende voorwaarden voldaan is :

- 1) De verlamming is bilateraal
- 2) De verlamming is volledig; een beweeglijkheid van hoogstens enkele graden in de schouder is toegestaan.

Amputatie van de bovenste ledematen.

Het BTW- voordeel wordt toegekend vanaf de totale amputatie van de tien vingers.

Pathologie van de onderste ledematen.**1. Inleiding.**

De weerhouden percentages zijn gebaseerd op de OBSI (Officiële Belgische Schaal ter Bepaling van de Graad van Invaliditeit) en op de publicaties van de professoren LUCAS en STEHMAN.

In geval van meerdere letsels, worden de verschillende percentages bij elkaar opgeteld ongeacht de etiologie, tenzij anders gespecificeerd in de betreffende Regel. De som van de partiële percentages mag evenwel niet hoger zijn dan het percentage voorzien voor een totaal verlies of een totaal functioneel verlies van het lidmaat of desbetreffende gedeelte van een lidmaat.

Als een verhogingspercentage voorzien is, wordt het bijgeteld bij het percentage toegekend voor pijn, verkorting en functioneel verlies.

De pijn wordt éénmaal globaal in rekening gebracht, en de verkregen waarde wordt opgeteld bij deze toegekend voor de andere Regels (niet te combineren met de Test van Tinetti).

De verkorting van een onderste lidmaat wordt geëvalueerd volgens de betrokken Regels ongeacht de etiologie; het weerhouden percentage wordt opgeteld bij dat toegekend voor pijn en functioneel verlies. Dit mag niet gecombineerd worden met Test van Tinetti.

De spiertest mag uitsluitend gebruikt worden bij zenuw- of spieraandoeningen.

Wanneer de Test van Tinetti gebruikt wordt (cf. hoofdstuk III), bepaalt de uitslag op zich alleen het al dan niet toekennen van de drempel van 50 %. Deze test mag niet gecombineerd worden met andere Regels; het gaat hier immers om een globale beoordeling van de gang en het evenwicht.

Er wordt geen rekening gehouden met eventuele verbeteringen aangebracht door externe prothesen.

2. Amputaties.**2.1. Beide onderste ledematen.****2.1.1. Totaal verlies van beide OL.**

Regel 1

100 %

2.1.2. Totaal verlies van 1 lidmaat en van een gedeelte van het andere.

Regel 2

85 tot 100 %

2.1.3. Gedeeltelijk verlies van beide onderste ledematen.**2.1.3.1. Verlies van beide ledematen doorheen of boven de knie.**

Regel 3

100 %

2.1.3.2. Verlies van beide onderbenen.

Regel 4

70 tot 100 %

2.1.3.3. Volledig verlies van beide voeten.

Regel 5

70 %

2.2. Eén onderste lidmaat.**2.2.1. Totaal verlies.**

Door coxofemorale desarticulatie of door intertrochanterische of subtrochanterische amputatie, met een stomp van minder dan 4 cm lang, gemeten vanaf het centrum van de kleine trochanter.

Regel 6

80 %

2.2.2. Gedeeltelijk verlies.**2.2.2.1. De dij.****2.2.2.1.1. T.h.v. het proximale deel van het femur.**

Deze zone gaat van 4 cm onder de kleine trochanter tot een punt gelegen halfweg tussen de bovenrand van de grote trochanter en de gewrichtsspleet van de knie.

a) Met coxofemorale ankylose.

Regel 7

85 %

b) Zonder coxofemorale ankylose.

Regel 8

75 %

2.2.2.1.2. T.h.v. het distale deel van het femur.

Regel 9

70 %

2.2.2.2. De knie.

Desarticulatie van de knie.

Regel 10

70 %.

2.2.2.3. Het onderbeen.

2.2.2.3.1. Beenderige stomp van minder dan 10 cm lang.

Regel 11

65 %

2.2.2.3.2. Beenderige stomp van 10 tot 12 cm lang.

Regel 12

60 %

2.2.2.3.3. Beenderige stomp van meer dan 12 cm lang.

Regel 13

50 %

2.2.2.4. De voet.

2.2.2.4.1. Totaal verlies.

Tibiotarsale desarticulatie of supramalleolaire amputatie.

Regel 14

50 %

2.2.2.4.2. Gedeeltelijk verlies.

a) Posterieure transtarsale of subtalaire amputatie.

Steunen onmogelijk zonder prothese.

Regel 15

50 %

Steunen mogelijk zonder prothese.

Regel 16

30 %

b) Mediotarsale desarticulatie volgens Chopart.

Met goede stand en goede beweeglijkheid van de stomp.

Regel 17

30 %

Met slechte stand door ombuigen van de stomp en waarbij gegaan wordt op het uiteinde van de stomp.

Regel 18

40 %

c) Amputatie t.h.v. de tarsus.

Talectomie.

Regel 19

Te evalueren volgens de pijn en de weerslag op de functie van de enkel.

Een verhogingspercentage van 10 % wordt toegekend.

Calcanectomie.

Regel 20

Te evalueren volgens de pijn en de weerslag op de functie van de enkel.

Een verhogingspercentage van 10 % wordt toegekend.

d) Amputatie van metatarsalen.

Verlies van de 5 metatarsalen.

Tarsometatarsale desarticulatie volgens Lisfranc.

Regel 21

25 %

Transmetatarsale amputatie.

Volgens het niveau van de amputatie.

Regel 22

15 tot 20 %

Verlies van drie metatarsalen (III, IV, en V) met hun tenen.

Regel 23

20 %

Verlies van twee metatarsalen en hun tenen.

Metatarsalen I en II.

Regel 24

22 %

Metatarsalen IV en V.

Regel 25

15 %

Verlies van één metatarsaal en zijn teen.

Metatarsaal I.

Regel 26

16 %

Metatarsaal II.

Regel 27

6 %

Metatarsaal III.

Regel 28

5 %

Metatarsaal IV.

Regel 29

6 %

Metatarsaal V.

Regel 30

10 %

e) Amputatie van tenen.

Verlies van de 5 tenen.

Regel 31

12 %

Verlies van 4 tenen.

Tenen II tot V.

Regel 32

8 %

Tenen I tot IV.

Regel 33

12 %

Verlies van 3 tenen.

Tenen II tot IV.

Regel 34

6 %

Tenen I tot III.

Regel 35

10 %

Tenen III tot V.

Regel 36

7 %

Verlies van 2 tenen.

Tenen I en II.

Regel 37

8 %

Tenen II en III.

Regel 38

2 %

Tenen III en IV.

Regel 39

1 %

Tenen IV en V.

Regel 40

2 %

Verlies van één teen.

Teen I.

Volledig verlies.

Regel 41

6 %

Verlies van anderhalf kootje.

Regel 42

4 %

Verlies van het eindkootje.

Regel 43

3 %

Teen II.

Regel 44

1 %

Tenen III, IV of V.

Regel 45

0 %

3. Pijn aan de onderste ledematen.

De pijn moet veroorzaakt worden door objectiveerbare organische pathologie.

De pijn wordt volgens onderstaande tabel ingedeeld in 6 niveaus, gaande van P1 tot P6. De beperkingen opgenomen in de tabel moeten wel verband houden met de pijn (beperking van de gangperimeter, manken, nood aan externe steun en beperking van de monopodale stand). Aan ieder pijnniveau beantwoordt een Regel met percentinterval (regel 46-51).

Men kent dit niveau toe waarbinnen het meest gescoord wordt. Wanneer op 2 niveaus telkens 2 maal gescoord wordt, dan neemt men het gemiddelde tussen deze 2 niveaus.

Niv	Gang	Manken	Steunmiddel of extern orthopedisch hulpmiddel	Monopodale stand
P1	-	Als moe	Grote afstanden	Aanhoudend Stabiel
P2	20 à 60 min	Duidelijk	Buitenshuis	Aanhoudend, maar onstabiel
P3	10 à 20 min	Ernstig	Permanent buitenshuis	5 sec
P4	Max 10 min	Wankel	Stok binnenshuis	< 5 sec
P5	Enkele stappen	Erg wankel	2 stokken of krukken	Onmogelijk
P6	Onmogelijk	—	Rolstoel (*)	Onmogelijk

(*) : permanent rolstoelgebruik vereist.

Regel 46

P1 = 0 tot 3 %

Regel 47

P2 = 3 tot 6 %

Regel 48

P3 = 6 tot 9 %

Regel 49

P4 = 9 tot 12 %

Regel 50

P5 = 12 tot 15 %

Regel 51

P6 = 15 tot 18 %

4. Verkorting van een OL.

Bij verkorting van een OL wordt een verhogingspercentage toegekend volgens de belangrijkheid ervan.

De verkorting wordt uitgedrukt in cm; fracties van een cm worden niet aanvaard.

Verkorting van minder dan 2 cm komen niet in aanmerking.

4.1. Verkorting van 2 cm.

Regel 52

2 %

4.2. Verkorting van 3 cm.

Regel 53

4 %

4.3. Verkorting van 4 cm.

Regel 54

8 %

4.4. Verkorting van 5 cm.

Regel 55

12 %

4.5. Verkorting van 6 cm.

Regel 56

16 %

4.6. Verkorting van 7 cm en meer.

Regel 57

20 %

5. Osteoarticulaire functionele beperkingen.**5.1. De heup.****5.1.1. Ankylose.****5.1.1.1. Bilateraal.**

Regel 58

100 %

5.1.1.2. Unilateraal.

In slechte stand.

Regel 59

50 %

In goede stand.

Goede stand betekent : flexie van 0 tot 15 ° en exorotatie van 15° (om de gang mogelijk te maken).

Regel 60

35 %

5.1.2. Gewrichtsstramheid.

Regel 61

In functie van de maximale passieve flexie :

100 ° : 0 %

90 ° : 5 %

70 ° : 10 %

45 ° : 15 %

30 ° : 20 %

< 30 ° : 25 %

5.1.3. Luxatie.**5.1.3.1. Unilateraal.**

Regel 62

Evaluatie volgens de pijn (regel 46 tot 51), de verkorting van het lidmaat (regel 52 tot 57), bepaald door radiografische meting (craniale verplaatsing van de femurkop) en de beperking van de beweeglijkheid. (regel 59 tot 61)

Regel 63

Recidiverende luxatie die het permanent dragen van een orthese noodzakelijk maakt.

Verhoging van 10 %, toe te voegen aan het percentage bekomen voor regel 62.

5.1.3.2. Bilateraal.

Regel 64

Men berekent de invaliditeit van elke heup afzonderlijk met Regel 62, zonder rekening te houden met de pijnfactor.

Vervolgens telt men het percentage van de meest geïnvalideerde heup en de helft van het percentage van de minst geïnvalideerde heup samen.

Tenslotte wordt het pijnpercentage erbij opgeteld.

Voorbeeld :

Rechts : maximaal 90° flexie en 5 cm verkorting

Links : maximaal 100° flexie en 4 cm verkorting; pijnniveau P3.

Percentage Re : $5 + 12 = 17$ %Percentage Li : $0 + 8 = 8$ %

Pijnpercentage : 8 %

Totaal : $(17) + (8/2) + (8) = 29$ %**5.1.4. Endoprothese van de heup.**

Te evalueren volgens het functioneel resultaat : cf. articulaire stramheid (regel 61).

5.2. De dij.**5.2.1. Fractuur van de femurdiaphyse.**

Te evalueren volgens de functionele weerslag op de heup (regel 61) en de knie (regel 69 en 70) en op de lengte van het lidmaat (regel 52 tot 57).

5.2.2. Pseudarthrose van het femur.

In geval van inoperabele pseudarthrose of contraindicatie voor operatie, kent men een verhogingspercentage toe bij het percentage voor pijn en functionele hinder.

Regel 65

20 %

5.2.3. Fractuur van de distale epifyse van het femur.

Te evalueren volgens de weerslag op de functie van de knie.

5.3. De knie.**5.3.1. Fractuur van de distale epifyse van het femur.**

Te evalueren volgens de weerslag op de functie van de knie.

5.3.2. De patella.**5.3.2.1. Gevolgen van fracturen.**

Te evalueren volgens de weerslag op de functie van de knie.

5.3.2.2. Totale patellectomie.

Te evalueren volgens de weerslag op de functie van de knie.

Regel 66

Verhoging voor patellectomie : 5 %

5.3.3. Fractuur van de proximale epifyse van de tibia.

Te evalueren volgens de weerslag op de functie van de knie.

5.3.4. Ankylose.**5.3.4.1. Ankylose in rechte stand (van 0 tot 15°).**

Regel 67

25 %

5.3.4.2. Ankylose in hoekstand.

Regel 68

Volgens de hoek van de ankylose :

Hoek (°)	Percentage (%)
0 à 15°	25
20°	27
25°	27
30°	30
35°	30
40°	35
45°	40
50°	45
>50	50

5.3.5. Stramheden.**5.3.5.1. Beperking van de flexie.**

Regel 69

Volgens de mogelijkheid van de flexie :

Flexiemogelijkheid (°)	Percentage (%)
0°	25
10°	25
15°	25
20°	20
30°	20
40°	15
50°	10
60°	9
70°	8
80°	7
90°	5
100° en meer	0

5.3.5.2. Beperkingen van de extensie.

Regel 70

Volgens de beperking van de extensie :

Extensiebeperking (°)	Percentage (%)
5°	0
10°	3
15°	5
20°	10
25°	15

Extensiebeperking (°)	Percentage (%)
30°	20
35°	25
40°	30
45°	35
50° en meer	40

5.3.6. Asafwijkingen.

5.3.6.1. Genu valgum.

Regel 71

Volgens de hoek van de asafwijking :

Hoek (°)	Percentage (%)
10°	5
15°	7
20°	10
> 20°	10 tot 20

5.3.6.2. Genu varum.

Regel 72

Volgens de hoek van de asafwijking :

Hoek (°)	Percentage (%)
10°	5
15°	7
20°	10
> 20°	10 tot 20

5.3.6.3. Genu recurvatum.

Volgens de pijn, de stabiliteit en de functionele weerslag.

5.3.7. Letsels van de weke delen.

5.3.7.1. Ligamentaire letsels.

Laterale ligamenten.

Evaluatie volgens de pijn en de functionele weerslag.

Kruisbanden.

Onderstaande percentages mogen bijgeteld worden bij die voor de pijn en de flexie-extensie beperkingen.

Status na ligamentoplastie met gecorrigeerde laxiteit.

Regel 73

0 tot 5 %

Laxiteit naar voor.

Regel 74

0 tot 8 %

Laxiteit naar achter.

Regel 75

0 tot 10 %

Volledig labiele knie (permanent orthese nodig).

Regel 76

50 %

5.3.7.2. Meniscusletsels.

Te evalueren volgens de pijn en de functionele weerslag.

5.4. Het onderbeen.

5.4.1. Tibiafracturen.

5.4.1.1. Tibiaschotel (proximale epifyse).

Te evalueren volgens de pijn (regel 46 tot 51) en de functionele weerslag op de knie (regel 67 tot 72).

5.4.1.2. Diafyse van de tibia.

Te evalueren volgens de verkorting (regel 52 tot 57), de pijn (regel 46 tot 51) en de functionele weerslag op de knie (regel 67 tot 72).

5.4.1.3. Tuberositas tibiae.

Te evalueren volgens de verkorting (regel 52 tot 57), de pijn (regel 46 tot 51), de functionele weerslag op de knie (regel 67 tot 72) en de m. quadriceps (regel 91).

5.4.1.4. Mediale malleolus.

Te evalueren volgens de pijn (art. 46 tot 51) en de functionele weerslag op de enkel (art. 78 en 79).

5.4.1.5. Submalleolaire fractuur.

Te evalueren volgens de pijn (regel 46 tot 51) en de functionele weerslag op de enkel (regel 78 en 79).

5.4.2. Fractuur van de fibula.

Te evalueren volgens de pijn (regel 46 tot 51) en de functionele weerslag op de enkel (regel 78 en 79).

5.4.3. Fractuur van de tibia en fibula.

Te evalueren volgens de pijn (regel 46 tot 51), en de functionele weerslag op de knie (regel 67 tot 72) en de enkel (regel 78 en 79).

5.4.4. Pseudarthrose van de tibia.

In geval van inoperabele pseudarthrose of heelkundige contraïndicaties, wordt een verhogingspercentage toegekend, rekening houdend met de pijn en de functionele weerslag.

Regel 77

20 %

5.4.5. Endoprothese van de knie.

Te evalueren volgens het functioneel resultaat: cf. gewrichtsstramheid (regel 69 en 70) en asafwijkingen (regel 71 en 72).

5.5. De enkel.

5.5.1. Ankylose.

5.5.1.1. In goede stand.

Regel 78

10 %

5.5.1.2. In slechte stand.

Cf. klompvoeten (regel 86).

5.5.2. Stramheden.

Regel 79

Men houdt alleen rekening met de pijn en de stramheid van de enkel in plantaire en dorsale flexie. Evaluatie volgens onderstaande tabel:

Hoek (°) van PF of DF	Percentage voor plantaire flexie	Percentage voor dorsale flexie
0°	5 %	5 %
5°	5 %	5 %
10°	5 %	3 %
15°	4 %	1 %
20°	4 %	0 %
25°	2 %	
30°	2 %	
35°	0 %	

5.6. De voet.

5.6.1. Fracturen van de tarsus.

5.6.1.1. Talus.

Eenvoudige fractuur.

Te evalueren volgens de pijn en de functionele weerslag op de enkel.

Fractuur of luxatie met asafwijking en ernstige functionele weerslag.

Te evalueren volgens de pijn en de functionele weerslag op de enkel.

Verhogingspercentage:

Regel 80

5 tot 10 %

Talectomie.

Cf. Regel 19.

5.6.1.2. Calcaneum.

Fractuur van het corpus calcanei.

Zonder weerslag op het voetgewelf.

Evaluatie volgens de pijn en de functionele weerslag.

Complexe fractuur met wijziging van het voetgewelf.

Evaluatie volgens de pijn en de functionele weerslag.

Verhogingspercentage:

Regel 81

5 tot 10 %

5.6.1.3. Os naviculare pedis (scafoïd).

Luxatie of fractuur-luxatie.

Volgens de weerslag op het voetgewelf.

Regel 82

5 %

5.6.1.4. Complexe fractuur van de voorste of middenste tarsus.

Men evalueert de stramheid en de afwijking van de voetstatiek.

Men evalueert de pijn (cf. regel 46 tot 51).

Men mag de percentages optellen.

Stramheid.

Regel 83

0 tot 3 %

Afwijking van de voetstatiek.

Regel 84

0 tot 3 %

5.6.2. Ankylose of arthrodese van de tarsus.

5.6.2.1. In goede stand.

Regel 85

7 %

5.6.2.2. In slechte stand.

Cf. klompvoeten (regel 86)

5.6.3. Statiekafwijkingen en misvormingen van de voet.

5.6.3.1. Klompvoet.

Regel 86

Evaluatie volgens onderstaande tabel :

Betrokken gewrichten					%
Tibio-tars.	Subtalair	Midtarsaal	Voorvoet		
			Tarso-meta	Tenen	
Ankylose		Soepel			17 %
Ankylose			Soepel		19 %
Ankylose		Verminderde Mobiliteit			20 %
Ankylose				Soepel	23 %
Ankylose					25 %

5.6.3.2. Holvoet.

Volgens de functionele weerslag.

Regel 87

0 tot 10 %

5.6.4. Fracturen van metatarsalen.

Evaluatie volgens de pijn (regel 46 tot 51).

5.6.5. Metatarsofalangeale ankylose van de 1e teen.

5.6.5.1. In goede stand.

Evaluatie volgens de pijn (regel 46 tot 51).

5.6.5.2. In slechte stand.

Verhoging bij ernstige asafwijking.

Regel 88

3 %

5.6.6. Ankylose van meerdere tenen in slechte stand (uitgezonderd de grote teen).

Regel 89

1 tot 3 %

6. Beenderige fistels.

Evaluatie volgens de pijn en de functionele weerslag.

Verhogingspercentage :

Regel 90

10 %

7. Musculaire aandoeningen.**7.1. Ruptuur van de m. quadriceps.**

Regel 91

Cf. Regels 100 en 102

7.2. Ruptuur van het ligamentum patellae of de kniepees.

Regel 92

Cf. Regel 102

7.3. Ruptuur van de m. triceps surae.

Regel 93

Cf. Regel 104

7.4. Spieraandoeningen en -dystrofie.

Te evalueren zoals de neurologische aandoeningen (zie punt 9).

8. Vasculaire aandoeningen.**8.1. Arteriële aandoeningen.****8.1.1. Arteriële insufficiëntie.**

Regel 94

Men evalueert volgens de pijn en het niveau van een eventuele amputatie.

8.1.2. Plantair malus perforans.

Regel 95

30 tot 50 %.

8.2. Huidulceraties van vasculaire oorsprong.

Regel 96

Evaluatie volgens onderstaande tabel :

	Bilateraal	Diameter $\geq$ 2 cm	Bestaand > 1 jaar
NEE	3 %	3 %	3 %
JA	6 %	9 %	6 %

Voorbeeld :

Unilateraal ulcus van 1,5 cm sinds 18 maanden.

Bilateraal = NEE : 3 %

Diameter $\geq$ 2 cm = NEE : 3 %

Bestaand > 1 jaar = JA : 6 %

Weerhouden percentage : 12 %

8.3. Elephantiasis.

Definitie : Wanstaltige onomkeerbare verdikking van zowel de huid als van de onderliggende weefsels door plaatselijke stoornissen.

Te evalueren volgens de stramheid van knie en enkel (Regels 70, 71, 79 en 80), vermeerderd met een verhogingspercentage (Regel 97 of 98).

8.3.1. Unilateraal.

Regel 97

Verhogingspercentage : 10 %

8.3.2. Bilateraal.

Regel 98

Verhogingspercentage : 20 %

9. Neurologische aandoeningen.**9.1. Verlammingen.****9.1.1. Hemiplegie en hemiparese.**

Te evalueren volgens regels 99 tot 107.

9.1.2. Monoplegie van het OL.

Regel 99

80 %

9.1.3. Paralyse van een onderdeel van het OL.**9.1.3.1. Paralyse van de extensie en de flexie van de heup.**

Regel 100

52 %

9.1.3.2. Paralyse van gans het bovenbeen (extensie en flexie van de knie).

Regel 101

48 %

9.1.3.3. Paralyse van de knie-extensie met normale flexie (m. quadriceps).

Regel 102

40 %

9.1.3.4. Paralyse van de dorsiflexie van de voet (n. fibularis).

Regel 103

20 %

9.1.3.5. Paralyse van de plantairflexie van de voet (n. tibialis).

Regel 104

16 %

9.1.4. Paralyse van meerdere delen van het lidmaat.

Regel 105

Men past de Regels per aangetast deel toe en telt de bekomen percentages samen.

De som mag niet groter zijn dan 80 %.

De Regels 101 en 102 kunnen niet samen gebruikt worden.

9.1.5. Parese van het lidmaat in zijn geheel of van een deel.

Regel 106

Men bepaalt de kracht van het ganse lidmaat of van de aangetaste onderdelen.

De spierkracht wordt ingedeeld in graden gaande van 0 t.e.m. 5 volgens onderstaande tabel (spiertest) :

0	Totale afwezigheid van enige spiercontractie.
1	Begin van spiercontractie.
2	Begin van beweging of mogelijke beweging na opheffing van de zwaartekracht (d.w.z een beweging met hulp).
3	Beweging mogelijk tegen de zwaartekracht in en zonder enige hulp.
4	Beweging mogelijk tegen een zekere weerstand in.
5	Normale kracht.

Aan de hand van volgende vaststellingen kan men al een eerste indeling maken :

Kan gaan zonder hulp	Minstens 3/5
Kan uit hurkzit rechtekomen zonder hulp	Minstens 4/5
Teen- en hielgang mogelijk	Minstens 4/5

Vervolgens past men de Regels voorzien voor paralyse toe volgens onderstaande tabel :

Kracht	Percentage
0, 1, 2	Men geeft het volledige percentage voorzien voor paralyse.
3	Men geeft de helft van het percentage voorzien voor paralyse.
4	Men geeft een vierde van het percentage voorzien voor paralyse.

In geval van een intermediaire spierkracht (2+, 3-, 3+, 4-, 4+, 5-) kent men een intermediair percentage toe tussen de twee aangrenzende waarden.

Vervolgens telt men de bekomen percentages samen.

De som mag niet groter zijn dan 80 %.

9.1.6. Ongelijke parese van meerdere delen van het lidmaat.

Regel 107

Men gaat te werk zoals beschreven onder Regel 106. Vervolgens klasseert men de bekomen percentages van hoog naar laag. Men behoudt het hoogste percentage en telt er de helft bij van het tweede en een vierde van het derde en eventueel vierde percentage. De som mag niet groter zijn dan 80%.

9.1.7. Paraplegie.

Regel 108

100 %

9.1.8. Paraparese van beide benen in hun geheel of parese/plegie van afzonderlijk delen.

Regel 109

Men gaat te werk zoals bij de monoparese : men bepaalt voor elk lidmaat afzonderlijk de Regels van de aangetaste delen, kent het percentage toe volgens de spiertest en telt de percentages samen. Vervolgens telt men het percentage van het meest aangetaste lidmaat bij de helft van dat van het minst aangetaste lidmaat. De som mag niet groter zijn dan 100 %.

Voorbeeld : een parese geschat op 40 % voor het rechter been en 30 % voor het linker komt dan op een globale invaliditeit van $40 + 15 = 55$ %.

9.2. *Senso-motorische aandoeningen.*

Hier vindt men diverse etiologieën voor stoornissen van de gang :

cerebellaire syndromen

Parkinson syndromen

onwillekeurige bewegingen

spastische diplegie (ziekte van Little)

Regel 110

Toepassing van de score van Tinetti (cf. hoofdstuk III).

Het gaat hier om een globale beoordeling met uitsluiting van de andere Regels.

Score van Tinetti < 19 = 50 %.

9.3. *Neuropathie en polyneuropathie.*

Regel 111

Evaluatie volgens de score van Tinetti (cf. hoofdstuk III) met uitsluiting van de andere Regels.

Score van Tinetti < 19 = 50 %.

9.4. Neuralgie en radicaire pijn.

Evaluatie volgens de Regels 46 tot 51.

III. Test van Tinetti

EVENWICHT		Score	/16
De patiënt zit op een stoel zonder armleuningen			
1°	Evenwicht zittend op de stoel		
	zakt scheef of onderuit	0	☐
	zit stabiel en veilig	1	☐
Men vraagt de patiënt op te staan, zo mogelijk zonder armsteun			
2°	Rechtkomen		
	onmogelijk zonder hulp	0	☐
	mogelijk, maar armsteun nodig	1	☐
	mogelijk zonder armsteun	2	☐
3°	Poging tot rechtkomen		
	onmogelijk zonder hulp	0	☐
	mogelijk, maar meerdere pogingen nodig	1	☐
	mogelijk bij de eerste poging	2	☐
4°	Evenwicht onmiddellijk na rechtkomen (eerste 5 seconden)		
	onstabiel (wankelt, voet- en rompbewegingen)	0	☐
	stabiel met steun (rollator, stok of dergelijke)	1	☐
	stabiel zonder enige steun	2	☐
Evenwichtstest in staande houding			
5°	Het evenwicht staand met de voeten tegen elkaar (Romberg-like)		
	onstabiel	0	☐
	stabiel, voetafstand > 10 cm of armsteun	1	☐
	stabiel, voeten samen	2	☐
6°	Duwtje op het sternum, 3 X (voeten samen)		
	begint te wankelen	0	☐
	wankelt maar herstelt zich	1	☐
	stabiel	2	☐
7°	Gesloten ogen voeten samen (Romberg)		
	onstabiel	0	☐
	stabiel	1	☐
De patiënt moet zich 360° omdraaien			
8°	Continuïteit		
	onregelmatige stapjes	0	☐
	regelmatige stapjes	1	☐
9°	Stabiliteit		
	onstabiel (wankelt)	0	☐
	stabiel	1	☐
De patiënt moet gaan zitten op de stoel			
10°	Gaan zitten		
	onveilig, beoordeelt slecht de afstand, laat zich vallen in de stoel	0	☐
	gebruikt zijn armen of de beweging verloopt niet vloeiend	1	☐
	veilige en vloeiende beweging	2	☐

DE GANG		Score /12	
De patiënt moet minstens 3 meter vooruit gaan, dan rechtsomkeer maken en met snelle pas naar de stoel terugkomen. Hij moet zijn normaal steunmiddel gebruiken (stok of looprek) :			
11°	Inzetten van de gang (onmiddellijk na het startsein)		
	aarzeling of verschillende pogingen om te starten	0	☐
	zonder aarzeling	1	☐
12°	Paslengte en –hoogte		
	beweging Re voet		
	Paslengte Re voet komt niet voorbij de Li standvoet	0	☐
	Re voet komt wel voorbij de Li standvoet	1	☐
	Pashoogte Re voet komt niet volledig los van de grond	0	☐
	Re voet komt goed los van de grond	1	☐
	beweging Li voet		
	Paslengte Li voet komt niet voorbij de Re standvoet	0	☐
	Li voet komt wel voorbij de Re standvoet	1	☐
	Pashoogte Li voet komt niet volledig los van de grond	0	☐
	Li voet komt goed los van de grond	1	☐
13°	Symmetrie van de paslengte		
	rechter en linker paslengte zijn ongelijk	0	☐
	rechter en linker paslengte zijn gelijk	1	☐
14°	Continuïteit van het stapritme		
	haltes of discontinuïteit tussen de passen	0	☐
	de passen volgen regelmatig op elkaar	1	☐
15°	Rechthoekigheid van de gang (waargenomen over een afstand van 3 m)		
	duidelijk afwijkend van een imaginaire rechte lijn	0	☐
	lichte afwijking, of gebruik van een hulpmiddel	1	☐
	geen afwijking en zonder hulpmiddel	2	☐
16°	Stabiliteit van de romp		
	uitgesproken rompbeweging of gebruik van loophulp	0	☐
	geen rompbeweging, maar flexie van knieën, rug of spreiding van armen	1	☐
	rechttop zonder rompbeweging of loophulp	2	☐
17°	Voetafstand		
	wijdbeens	0	☐
	de voeten raken elkaar bijna tijdens de gang	1	☐

Gezien om te worden gevoegd bij het koninklijk besluit van 8 februari 2006.

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

R. DEMOTTE

De Staatssecretaris voor het Gezin en Personen met een Handicap,

Mevr. G. MANDAILA

Annexe à l'arrêté royal du 8 février 2006 portant précision de ce qui doit être compris comme cécité totale, paralysie complète des membres supérieurs ou amputation des membres supérieurs, et invalidité permanente d'au moins 50 % découlant directement des membres inférieurs

Direction générale
Personnes Handicapées
Service Médical

I. Enfants (0 à < 21 ans)

Remarque préliminaire.

Ce guide utilise comme cadre de référence le Barème Officiel Belge des Invalidités, ratifié par l'Arrêté du Régent du 12 février 1946, ci-dessous appelé "BOBI".

Ce choix a été dicté par la recherche d'une certaine cohérence avec l'évaluation du handicap dans le cadre de la législation des allocations familiales majorées.

Cécité totale.

Malgré l'existence de tests spécifiques de la vue, tous les médecins s'accordent à dire que les résultats de ces tests doivent être interprétés avec la grande prudence et que le rapport détaillé de l'ophtalmologue avec mention du diagnostic reste encore toujours la principale source d'information.

Cette évaluation est réalisée après correction optimale.

Une décision positive est prise lorsque l'altération visuelle répond au moins :

Pour l'acuité visuelle

- Avant l'âge de 3 ans, à l'énoncé de l'art. 723 a) du BOBI : perte de la perception de la lumière
- De l'âge de 3 ans à l'âge de < 6 ans, à l'énoncé de l'art. 723 b) du BOBI : l'enfant ne peut compter les doigts
- A partir de l'âge de 6 ans, à l'énoncé de l'art. 723 c) du BOBI : cécité pratique : acuité visuelle < 1/20 à chaque œil.

Pour les champs visuels

A partir de 6 ans, en cas de réduction concentrique des champs visuels à 5 ° ou moins aux 2 yeux.

Paralysie des membres supérieurs.

Une décision positive est prise lorsque les conditions suivantes sont remplies :

1. il s'agit d'une paralysie bilatérale;
2. la paralysie est complète; une mobilité de l'épaule de quelques degrés au maximum est autorisée.

Amputation des membres supérieurs.

Une décision positive est prise lorsque l'amputation est bilatérale et à partir de l'amputation complète des 10 doigts.

Pathologie des membres inférieurs.

1. Introduction.

Dans les différentes situations pathologiques envisagées, lorsque les atteintes sont multifocales, seules celles portant sur les membres inférieurs sont prises en compte pour l'évaluation du « pourcentage membres inférieurs ».

Les atteintes d'origine psychique (comme celles rencontrées, par exemple, dans les conversions hystériques) ne sont pas prises en compte dans le cadre du barème.

Les affections limitées dans le temps (d'une durée inférieure à 6 mois), siégeant aux membres inférieurs (exemple : fracture simple, entorse) ne sont pas prises en considération pour l'évaluation du pourcentage d'invalidité des membres inférieurs dans le cadre de ce barème.

Chaque référence « Art. » désigne la référence au BOBI.

Chaque référence « Art. AL » désigne la référence à la liste de 1991 (« ancienne liste »).

Chaque référence « Art. NL » désigne la référence à la liste de 2003 (« nouvelle liste »).

Incapacités multiples :

1° En cas d'incapacités multiples, le pourcentage global d'incapacité est calculé de la manière suivante. Dans le cas où aucune des affections partielles n'entraîne une incapacité totale, le pourcentage d'incapacité est attribué entièrement pour l'affection la plus grave et, pour chacune des affections supplémentaires, il est calculé proportionnellement à la validité restante. A cet effet, les diverses affections seront rangées dans l'ordre décroissant de leur pourcentage réel d'incapacité. Ce mode de calcul n'est applicable que lorsque les affections touchent des membres ou des fonctions différentes.

2° Un mode d'évaluation rationnelle est utilisé dans le cas où un membre ou une fonction est atteint(e) par des lésions multiples et lorsque le calcul visé au 1° conduit à un pourcentage plus élevé que la perte totale du membre ou de la fonction concerné(e) : le pourcentage d'incapacité ne peut jamais dépasser le pourcentage prévu pour la perte totale de ce membre ou de cette fonction.

3° La Liste et le Barème sont impératifs ou indicatifs suivant qu'ils indiquent un pourcentage fixe ou qu'ils laissent une marge dans l'évaluation. Toutefois, dans ce dernier cas, ils restent impératifs pour les pourcentages minima et les pourcentages maxima.

Si l'incapacité ou l'évaluation de la marche n'est pas prévisible de manière certaine, l'évaluation médicale en vue de l'obtention des avantages fiscaux en matière de TVA voiture ne sera réalisée qu'à partir de l'âge de 3 ans avec néanmoins une rétroaction possible depuis la naissance.

Pour les pathologies suivantes (dont la liste n'est pas exhaustive) :

- myopathies,
- myasthénies,
- paralysie (paraparésie, hémiparésie, quadriparésie),
- syndrome cérébelleux,
- choréo-athétose et athétose,
- pathologies médullaires,

si le BOBI ne définit pas un pourcentage exact mais une fourchette de taux, le tableau ETM définira si on atteint les 50 % requis pour l'obtention des avantages fiscaux en matière automobile (score ≤ 12 points).

Pour les enfants relevant de l'ancienne législation qui bénéficiaient des avantages concernés, les droits acquis restent d'application pour autant qu'il n'y ait pas eu d'évolution favorable des lésions antérieures aux membres inférieurs.

Echelle de Tinetti Modifiée (ETM)

EQUILIBRE		Score
Assis sur une chaise dure, sans accoudoirs.		
1°	Equilibre en position assise	
	Station assise instable, se penche sur le côté ou glisse de la chaise	0 ☐
	Position assise stable	1 ☐
2°	Se mettre debout	
	Impossible sans aide	0 ☐
	Possible mais nécessite l'aide des bras	1 ☐
	Possible sans les bras	2 ☐
3°	Tentative de se mettre debout	
	Impossible sans aide	0 ☐
	Possible, plus d'un essai	1 ☐
	Possible sans appui	2 ☐
4°	Equilibre immédiat après s'être mis debout (5 premières secondes)	
	Instable (chancelant, oscillant)	0 ☐
	Stable avec appui	1 ☐
	Stable sans appui	2 ☐
MARCHE		Score
L'enfant est debout avec l'examineur dans un couloir ou dans une chambre, et marche d'abord à un rythme ordinaire, puis revient d'un pas plus rapide mais sûr (en utilisant ses propres aides : chaussures orthopédiques ou orthèses, à l'exclusion de canne, béquille, tribune). On le fait monter et descendre d'un escabeau ou marchepied.		
5°	Se mettre en marche au premier signal	
	Hésitations ou plusieurs tentatives	0 ☐
	Sans hésitation	1 ☐
6°	Longueur et hauteur du pas	
	Balancement pied D	
	Longueur pas	Ne dépasse pas le pied G en appui 0 ☐
		Dépasse le pied G en appui 1 ☐
	Hauteur pas	Pied ne décolle pas du sol 0 ☐
		Pied décolle du sol 1 ☐
	Balancement pied G	
	Longueur pas	Ne dépasse pas le pied D en appui 0 ☐
		Dépasse le pied D en appui 1 ☐
	Hauteur pas	Pied ne décolle pas du sol 0 ☐
		Pied décolle du sol 1 ☐
7°	Continuité de la marche	
	Marche interrompue par nécessité d'appuis ou de haltes	0 ☐
	Hésitations	1 ☐
	Marche normale à pas réguliers	2 ☐

8°	Déviatiôn de la marche (évaluée sur distance de 3 m)		
	Déviatiôn nette	0	☐
	Déviatiôn moyenne ou utilisation d'une aide technique.	1	☐
	Pas de déviatiôn	2	☐
9°	Périmètre de marche		
	Marche impossible	0	☐
	Marche très difficile (quelques mètres)	1	☐
	Marche difficile avec PM > 10 m	2	☐
10°	Escaliers et marches		
	Impossible même avec appui max des membres supérieurs et rampe (FM 0-1-2/5)	0	☐
	Possible seulement avec appui bilatéral des membres supérieurs, et en montant ou descendant marche par marche (FM 3/5)	1	☐
	Possible sans appui (FM 4-5/5)	2	☐

Score total : /20

Un score égal à 12/20 ou inférieur = 50 % MI

Gradation de la force musculaire :

0	Absence totale de contraction musculaire
1	Ebauche de contraction musculaire
2	Ebauche du mouvement spontané ou mouvement effectué avec élimination de la pesanteur (c'est-à-dire un mouvement assisté)
3	Mouvement possible contre la pesanteur mais sans assistance aucune.
4	Mouvement possible contre une certaine résistance.
5	Mouvement d'amplitude et de force normale.

2. Amputations

2.1. Deux membres inférieurs.

2.1.1. Perte totale des deux membres.

Art. 309 : 100 %

2.1.2. Perte totale d'un membre et d'une extrémité d'un autre membre.

Art. 310 : 85 à 100%

2.1.3. Pertes partielles

2.1.3.1. Perte partielle de deux membres au niveau ou au-dessus du genou

Art. 313 : 100 %

2.1.3.2. Perte partielle de deux membres en-dessous du genou

Art. 314 : 70 à 100 %

2.1.3.3. Perte des deux pieds.

Art. 312 : 50 à 80 %

2.2. Un membre inférieur.

2.2.1. Perte totale.

Perte totale d'un membre inférieur par désarticulation coxo-fémorale ou amputation intertrochantérienne ou amputation sous-trochantérienne, avec moignon de moins de 4 cm, mesuré à partir du centre du petit trochanter.

Art. 216 : 90 %

2.2.2. Pertes partielles.

2.2.2.1. Cuisse.

2.2.2.1.1. A la moitié supérieure du fémur.

Zone s'étendant de 4 cm sous le petit trochanter à un point situé à mi-distance entre le bord supérieur du grand trochanter et l'interligne articulaire du genou.

a) Avec ankylose coxo-fémorale.

Art 217 a) : 85 %

b) Sans ankylose coxo-fémorale.

Art 217 b) : 75 %

2.2.2.1.2. A la moitié inférieure du fémur.

Art. 218 : 70 %

2.2.2.1.3. Agénésie / amputations – partielles ou totales des membres.

Art. AL n° 6

Art. 210 à 212bis

Art. 249 à 284

Art. NL n° 6

A évaluer suivant les articles correspondants du BOBI

L'apport d'une prothèse est évalué selon l'article 321.

- 2.2.2.2. Genou.
Désarticulations du genou.
Art. 219 : 70 %.
- 2.2.2.3. Jambe.
 - 2.2.2.3.1. Moignon osseux de moins de 10 cm de long.
Art. 220 a) : 65 %.
 - 2.2.2.3.2. Moignon osseux mesurant de 10 à 12 cm de long.
Art. 220 b) : 60 %.
 - 2.2.2.3.3. Moignon osseux mesurant plus de 12 cm de long.
Art. 220 c) : 50 %.
 - 2.2.2.3.4. Agénésie / amputations – partielles ou totales des membres.
Art. AL n° 6
Art. 249 à 284
Art. NL n° 6
A évaluer suivant les articles correspondants du BOBI
L'apport d'une prothèse est évalué selon l'article 321.
- 2.2.2.4. Pied.
 - 2.2.2.4.1. Perte totale.
Désarticulation tibio-tarsienne ou amputation sus-malléolaire.
Art. 221 : 50 %
 - 2.2.2.4.2. Phocomélie.
Art AL n° 10
Art. 221 ou 297 suivant l'existence d'éléments fonctionnels
Art. NL n° 6
A évaluer suivant les articles correspondants du BOBI
L'apport d'une prothèse est évalué selon l'article 321.
 - 2.2.2.4.3. Perte partielle.
 - a) Amputation transtarsienne postérieure ou sous-astragalienne.
Avec appui impossible sans prothèse.
Art. 223 : 50 %
Avec appui possible sans prothèse.
Art. 222 : 30 %
 - b) Désarticulation médio-tarsienne du type Chopart.
Avec bonne attitude et mobilité suffisante du moignon
Art. 224 a) : 30 %.
Avec attitude vicieuse avec bascule du moignon et marche sur l'extrémité de ce dernier.
Art. 224 b) : 40 %.
 - c) Amputation au niveau du tarse.
Astragalectomie.
Art. 225 : 20 à 40 %
Calcanéectomie.
Suivant l'importance de la résection et la gêne fonctionnelle.
Art. 225bis : 0 à 40 %.
 - d) Amputation des métatarsiens.
Perte des 5 métatarsiens
Désarticulation tarso-métatarsienne de Lisfranc.
Art. 226 a) : 25 %.
Amputation transmétatarsienne.
Suivant le niveau d'amputation.
Art. 226 b) : 15 à 20 %.
Perte de trois métatarsiens (III, IV, V) avec leurs orteils.
Art. 227 : 20 %.
Perte de deux métatarsiens avec leurs orteils.
Métatarsiens I et II.
Art. 228 a) : 22 %
Métatarsiens IV et V.
Art. 228 b) : 15 %
Perte d'un métatarsien et de l'orteil correspondant.
Premier métatarsien.
Art. 229 : 16 %
Deuxième métatarsien.
Art. 230 : 6 %.
Troisième métatarsien.
Art. 231 : 5 %.
Quatrième métatarsien.
Art. 232 : 6 %.
Cinquième métatarsien.
Art. 233 : 10 %.

e) Amputation des orteils.

Perte des 5 orteils.

Art 234 : 12 %

Perte de 4 orteils.

Orteils II à V.

Art. 235 : 8 %

Orteils I à IV.

Art. 236 : 12 %

Perte de 3 orteils.

Orteils II à IV.

Art. 237 : 6 %

Orteils I à III.

Art. 238 : 10 %

Orteils III à V.

Art. 239 : 7 %

Perte de 2 orteils.

Orteils I et II.

Art. 240 : 8 %

Orteils II et III.

Art. 241 : 2 %

Orteils III et IV.

Art. 242 : 1 %

Orteils IV et V.

Art. 243 : 2 %

Perte d'un orteil.

Orteil I.

Perte totale

Art. 244 : 6 %

Perte d'une phalange et demie

Art. 247 : 4 %

Perte de la phalange.

Art. 246 : 3 %

Autres orteils.

Perte totale

Orteil II.

Art. 245 a) : 1 %

Orteils III à V.

Art. 245 b), c) ou d) : 0 %

Perte partielle

Art. 248 : 0 %

3. Limitations fonctionnelles de mobilité des membres inférieurs.

On évalue les enfants à partir de 30 mois pour apprécier les retentissements sur la marche.

3.1. *Perte fonctionnelle totale des deux membres inférieurs.*

Art 319 : 100 %

3.2. *Pertes fonctionnelles partielles des membres inférieurs.*

3.2.1. Hanche.

3.2.1.1. Ankylose

3.2.1.1.1. Bilatérale.

Art. 211 : 100 %

3.2.1.1.2. Unilatérale

En position vicieuse.

Art. 210 b) : 40 à 70 %.

En bonne position.

Art. 210 a) : 35 %.

3.2.1.2. Raideurs articulaires

Art 212 :

Perte de 10 ° de flexion avec abduction possible à 30 ° : 0 à 5 %

Perte de 30 ° de flexion avec abduction possible à 20 ° et atteinte modérée de la rotation interne : 5 à 10 %

Perte de 30 à 60 ° de flexion : suivant la limitation de l'abduction et de la rotation interne : 10 à 20 %

Perte de plus de 60 ° de flexion, suivant l'insuffisance du degré de flexion : 20 à 30 %.

Majoration pour attitude vicieuse en flexion ou rotation externe pouvant atteindre 10 %.

Majoration pour attitude vicieuse en adduction, abduction ou rotation interne : 10 à 25 %

Art 212bis :

Les altérations de l'articulation coxo-fémorale peuvent donner lieu en cas d'arthropathie grave et douloureuse à une majoration du taux prévu pour la raideur pouvant atteindre : 10 à 20 %.

- 3.2.1.3. Luxation congénitale de la hanche
 - 3.2.1.3.1. Bilatérale.
 - Ancienne liste (1991).
 - Affection non mentionnée d'où référence au BOBI
 - Art. 215 : 35 à 65 %.
 - Nouvelle liste (2003).
 - Art. NL n° 4
 - Art. 210 b) : bilatéral ou unilatéral mais traité pendant plus de 6 mois par immobilisation en chaise roulante.
 - 3.2.1.3.2. Unilatérale.
 - Ancienne liste (1991).
 - Affection non mentionnée d'où référence au BOBI
 - Sans atrophie musculaire mais avec raccourcissement.
 - Jusque 5 cm.
 - Art. 213 a) : 35 %
 - Jusque 10 cm.
 - Art. 213 b) : 35 à 40 %
 - Jusque 15 cm.
 - Art. 213 c) : 40 à 45 %
 - Avec atrophie musculaire et raccourcissement.
 - Jusque 5 cm.
 - Art. 214 a) : 40 %
 - Jusque 10 cm.
 - Art. 214 b) : 40 à 45 %
 - Jusque 15 cm.
 - Art. 214 c) : 45 à 50 %
 - Nouvelle liste (2003).
 - Art. NL n° 4
 - Art. 210 a) : unilatéral, traité par attelles ou par une immobilisation inférieure à 6 mois
 - Art. 210 b) : bilatéral ou unilatéral mais traité pendant plus de 6 mois par immobilisation en chaise roulante.
- 3.2.1.4. Maladie de Legg-Calvé-Perthès (ostéochondrite primitive de la hanche)
 - Art. AL n° 8 :
 - Art. 210
 - Art. 212bis
 - Art. NL n° 4 :
 - Art. 210 a) : unilatéral, traité par attelles ou par une immobilisation inférieure à 6 mois
 - Art. 210 b) : bilatéral ou unilatéral mais traité pendant plus de 6 mois par immobilisation en chaise roulante.
- 3.2.2. Cuisse.
 - 3.2.2.1. Fracture de la diaphyse fémorale.
 - Art. 252 : tenir compte des séquelles dans leur ensemble (angulation, désaxage, troubles circulatoires, atrophies musculaires, raideurs, âge du blessé, raccourcissement.) : évaluer selon les articles 212, 212bis, 266, 267, 268, 269, 269bis, et 277.
 - 3.2.2.2. Pseudarthrose du fémur.
 - En cas de pseudarthrose inopérable ou avec des contre-indications opératoires, suivant le degré de stabilité et de raideurs articulaires.
 - Art. 253 : 35 à 70 %.
 - 3.2.2.3. Fracture de l'extrémité inférieure du fémur.
 - A évaluer selon la répercussion fonctionnelle sur le genou.
- 3.2.3. Genou.
 - 3.2.3.1. Fracture de l'extrémité inférieure du fémur.
 - A évaluer selon la répercussion fonctionnelle sur le genou.
 - 3.2.3.2. Rotule.
 - 3.2.3.2.1. Séquelles de fractures transversales.
 - Art. 254 : séquelles légères, moyennes ou graves : cf. articles 263, 266 et 267 [répercussion fonctionnelle sur le fonctionnement du genou].
 - 3.2.3.2.2. Séquelles de patellectomie.
 - Art. 255 : voir les articles 263, 266, 267 et 342 [répercussion fonctionnelle sur le genou].
 - Majoration en raison inverse de la mobilité résiduelle de : 0 à 5 %.
 - 3.2.3.3. Fracture de l'épiphyse supérieure du tibia.
 - 3.2.3.3.1. Fracture plateau tibial.
 - Art. 256 a) : voir les articles 263, 266, 267, 268, 269 et 269 bis
 - 3.2.3.3.2. Arrachement de la tubérosité antérieure du tibia.
 - Avec désinsertion du ligament rotulien, insuffisance de l'extension de la jambe, douleurs à la marche, etc.
 - Art. 256 b) : à évaluer suivant les articles 266 b) et 342

- 3.2.3.4. Ankylose.
 - 3.2.3.4.1. Ankylose en rectitude (de 0 à 15 °).
Art. 259 : 35 %
 - 3.2.3.4.2. Ankylose angulaire.
Blocage en flexion > 45 °
Art. 260 : 45 à 55 %
Blocage en flexion de 45 ° à 35 °
Art. 260 : 40 à 45 %
Blocage en flexion de 35 ° à 15 °
Art. 260 : 35 à 40 %
- 3.2.3.5. Raideurs.
 - 3.2.3.5.1. Limitation de la flexion.
Art. 266 a).
— Mouvements conservés de 0 à 15 ° : 30 %
— Mouvements conservés de 0 à 30 ° : 20 %
— Mouvements conservés de 0 à 45 ° : 10 %
— Mouvements conservés de 0 à 60 ° : 8 %
— Mouvements conservés de 0 à 100 ° : 4 %
 - 3.2.3.5.2. Limitation de l'extension de :
Art 266 b)
— 10 ° : 5 %
— 15 ° : 8 %
— 20 ° : 20 %
— 30 ° : 35 %
— 45 ° : 50 %
 - 3.2.3.5.3. Limitation simultanée de la flexion et de l'extension.
Art. 267.
Lorsqu'il y a limitation de la flexion et de l'extension, l'addition des taux ne peut dépasser le taux de l'ankylose angulaire correspondante la plus favorable.
- 3.2.3.6. Déviations axiales.
 - 3.2.3.6.1. Genu valgum.
Art 268 : 2 à 20 %
 - 3.2.3.6.2. Genu varum.
Art. 269 : 4 à 20 %.
 - 3.2.3.6.3. Genu recurvatum
Art. 269bis : 2 à 20 %
- 3.2.3.7. Lésions des parties molles.
 - 3.2.3.7.1. Lésions ligamentaires.
Hydarthrose chronique.
Suivant degré; pouvant s'ajouter aux taux prévus pour la raideur articulaire.
Art. 263 a) : 2 à 20 %
Laxité articulaire.
Suivant degré; pouvant s'ajouter aux taux prévus pour la raideur articulaire.
Art. 263 a) : 2 à 20 %
Genou ballant.
Art. 263 b) : 35 à 70 %.
Réduction suivant appareillage.
 - 3.2.3.7.2. Lésions méniscales.
Non opérées.
Art. 264 a) : 0 à 10 %
Séquelles de méniscectomie.
Art. 264 b) : 0 à 10 %.
 - 3.2.3.7.3. Lésions ostéo-cartilagineuses ou corps étrangers intra-articulaires.
Art. 265 : 0 à 10 %.
- 3.2.4. Jambe.
 - 3.2.4.1. Fractures du tibia.
 - 3.2.4.1.1. Extrémité supérieure ou plateau tibial.
Art. 256 a) : voir les articles 263, 266, 267, 268, 269 et 269 bis
 - 3.2.4.1.2. Diaphyse tibiale.
En cas d'amyotrophie et déviation axiale.
Art. 274 a) : 5 à 15 %
 - 3.2.4.1.3. Tubérosité antérieure.
A évaluer selon la répercussion fonctionnelle sur le genou et l'amyotrophie quadricipitale
Art. 274 b) renvoyant à l'art. 256.
 - 3.2.4.1.4. Malléole interne.
A évaluer selon la répercussion fonctionnelle sur la cheville.
Art. 274 c) renvoyant aux articles 279, 280 et 281.

- 3.2.4.1.5. Fracture sus-malléolaire.
A évaluer selon la répercussion fonctionnelle sur la cheville.
Art. 274 d)
- 3.2.4.2. Fractures du péroné.
- 3.2.4.2.1. Extrémité supérieure.
Suivant la répercussion fonctionnelle.
Art. 275 a) : 0 à 5 %.
- 3.2.4.2.2. Diaphyse.
Suivant la répercussion fonctionnelle.
Art. 275 a) : 0 à 5 %.
- 3.2.4.2.3. Malléole externe.
A évaluer selon la répercussion fonctionnelle sur la cheville.
Art. 275 b).
- 3.2.4.3. Fractures du tibia et du péroné.
Suivant la déviation axiale et les troubles de rotation, l'amyotrophie, les troubles trophiques et l'âge.
Art. 276 : 5 à 45 %.
- 3.2.4.4. Majoration pour raccourcissement du membre inférieur.
Le raccourcissement est exprimé en cm, les fractions étant négligées.
On prend en compte un raccourcissement à partir de 2 cm.

Art.	Raccourcissement en cm	Taux
277 a)	2 cm	2
277 b)	3 cm	4
277 c)	4 cm	9
277 d)	5 cm	15
277 e)	6 cm	18
277 f)	7 cm et plus	21 à 30

- 3.2.4.5. Pseudarthrose d'un ou des deux os de la jambe.
Suivant le degré de stabilité et les séquelles fonctionnelles.
Art. 278 : 20 à 45 %.
- 3.2.5. Cheville.
- 3.2.5.1. Ankylose du cou-de-pied.
- 3.2.5.1.1. En bonne position avec mobilités distales suffisantes.
Art. 282 a) : 15 %
- 3.2.5.1.2. En bonne position avec des mobilités distales insuffisantes.
Art. 282 b) : 20 à 25 %
- 3.2.5.1.3. En attitude vicieuse
Selon la répercussion sur la marche.
Art. 283 : 20 à 35 %
- 3.2.5.2. Raideurs articulaires du cou-de-pied.
- 3.2.5.2.1. Raideur légère sans retentissement sur la marche.
Art. 284 a) : 3 à 8 %
- 3.2.5.2.2. Importante limitation de la flexion dorsale et/ou de l'extension plantaire.
Art. 284 b) : 10 à 20 %.
- 3.2.5.3. Fractures et lésions ligamentaires du cou-de-pied.
Séquelles à évaluer suivant la raideur articulaire, les troubles de la statique, l'instabilité, les déviations, les troubles trophiques et dégénératifs.
- 3.2.5.3.1. Séquelles fonctionnelles légères.
Sans troubles statiques et sans instabilité.
Art. 279 : 4 à 8 %.
- 3.2.5.3.2. Séquelles fonctionnelles moyennes.
Caractérisées par des troubles statiques ou de l'instabilité modérée objectivée.
Art. 280 : 10 à 20 %.
- 3.2.5.3.3. Séquelles fonctionnelles graves.
Caractérisées par des troubles statiques importants, une grande instabilité ou des troubles trophiques et dégénératifs considérables.
Art. 281 : 25 à 40 %.

- 3.2.6. Pied.
- 3.2.6.1. Fractures du tarse.
- 3.2.6.1.1. Astragale.
- Fracture isolée.
- Evaluation selon le retentissement fonctionnel sur la cheville.
- Art. 286 a) renvoyant à l'art. 284 (cf. 3.2.5.2).
- Fracture ou luxation avec déviation axiale et gros déficit fonctionnel, douleur, etc.
- Art. 286 b) : 20 à 40 %.
- Astragalectomie.
- Art. 287 : 20 à 40 %.
- Fracture des deux astragales.
- Additionner les deux taux sans calcul des infirmités multiples
- Art. 291
- 3.2.6.1.2. Calcanéum.
- Fracture du corps du calcanéum.
- Déficit fonctionnel léger.
- Art. 288 a) : 5 à 8 %
- Séquelles de gravité moyenne.
- Tassement modéré, déviation axiale, raideur
- Art. 288 b) : 8 à 20 %.
- Séquelles graves.
- Fractures complexes avec fracas osseux et perte de substance, arthropathies multiples, effondrement de la voûte tarsienne, déviation axiale importante.
- Art. 288c) : 20 à 40 %.
- Fracture de la tubérosité postérieure.
- Selon retentissement sur le tendon d'Achille ou selon les séquelles sur le corps du calcanéum.
- Art. 289 : renvoyant aux articles 285 et 288
- Fracture des deux calcanéums.
- Additionner les deux taux sans calcul des infirmités multiples
- Art. 290
- 3.2.6.1.3. Scaphoïde.
- Fracture isolée.
- Selon la modification de la voûte plantaire.
- Art. 292 a) : 3 à 10 %
- Luxation ou luxation-fracture.
- Art. 292 b) : 5 à 15 %
- Fracture complexe du tarse antérieur ou du médiotarse.
- Suivant la raideur et les troubles de la statique du pied.
- Art. 293 : 5 à 25 %.
- 3.2.6.1.4. Cuboïde.
- Suivant les troubles de la statique du pied.
- Art. 294 : 0 à 10 %.
- 3.2.6.1.5. Cunéiforme.
- Fracture d'un ou de plusieurs cunéiformes.
- Suivant les troubles de la statique du pied.
- Art. 295 : 0 à 10 %.
- 3.2.6.2. Troubles statiques et malformations.
- 3.2.6.2.1. Affaissement plantaire.
- Suivant les répercussions fonctionnelles.
- Art. 296 : 3 à 15 %.
- 3.2.6.2.2. Pied bot.
- Ancienne liste (1991).
- Pas de mention particulière d'où application du BOBI
- Atteinte modérée.
- Talus ou équin, varus ou valgus, en pronation ou en supination.
- Art. 297 : 20 à 30 %.
- Déviation considérable et fixe.
- Art. 298 : 30 à 50 %.
- Nouvelle liste (2003).
- Art. NL n° 5
- Art. 300 : à évaluer selon la clinique en se référant à :
- l'art. 297 pour un pied bot nécessitant un traitement conservateur (plâtres, attelles/kinésithérapie/kinétec et/ou intervention percutanée).
- l'art. 298 pour un pied bot sévère et rigide nécessitant plusieurs interventions chirurgicales en plus du traitement conservateur.
- En cas de pied bot bilatéral une estimation rationnelle est indiquée sur base de l'examen de chaque pied et selon les critères définis ci-dessus.

- 3.2.6.2.3. Pied creux.
Art. 299 : 3 à 15 %.
- 3.2.6.3. Ankylose ou arthrodèse du tarse.
 - 3.2.6.3.1. En bonne position.
Selon la répercussion sur la marche.
Art. 301 a) : 8 à 12 %.
 - 3.2.6.3.2. En position vicieuse.
Art. 301 b) : renvoie aux articles portant sur les troubles de la statique et les malformations du pied (Art 286 à 299)
- 3.2.6.4. Fractures des métatarsiens.
 - 3.2.6.4.1. Premier métatarsien.
Art. 302 a) : 0 à 7 %.
 - 3.2.6.4.2. Cinquième métatarsien.
Art. 302 b) : 0 à 5 %.
 - 3.2.6.4.3. Métatarsien moyen (II, III, IV).
Un métatarsien.
Art. 302 c) : 0 à 5 %.
Plusieurs métatarsiens moyens.
Art. 302 d) : 0 à 10 %.
- 3.2.6.5. Raideur ou ankylose métatarso-phalangienne du 1^{er} orteil.
 - 3.2.6.5.1. Ankylose.
En bonne position.
Art. 303 a) : 0 à 3 %.
En position vicieuse.
Art. 303 b) : 5 à 10 %.
 - 3.2.6.5.2. Raideur.
Suivant le degré et la déviation.
Art. 303 c) : 0 à 6 %
- 3.2.6.6. Ankylose d'un ou de plusieurs des autres orteils.
 - 3.2.6.6.1. En bonne position.
Art. 304 a) : 0 à 2 %.
 - 3.2.6.6.2. En position vicieuse.
Art. 304 b) : 2 à 8 %
- 3.2.6.7. Fractures des cinq phalanges basales des orteils.
 - 3.2.6.7.1. En bonne position.
Art. 305 a) : 0 %.
 - 3.2.6.7.2. En position vicieuse.
Art. 305 b) : 2 à 10 %

4. Autres affections du système ostéoarticulaire.

Dans ces différentes affections, ne sont prises en considération que les impotences atteignant exclusivement les membres inférieurs.

4.1. Achondroplasie.

Ancienne liste (1991).

Art. AL n° 138

Art. 779/7 : influence sur la croissance

Art 783 : séquelles d'éventuelles déformations ostéoarticulaires

Nouvelle liste (2003).

Art. NL n° 7

Art. 779/7 a) suivant la taille cf. N° 83

Art. 783 en se référant, d'après l'importance des troubles fonctionnels :

- Art. 212 pour les affections de la hanche
- Art. 268-269 pour les lésions des genoux
- Art. 296 pour les lésions des pieds.

4.2. Arthrogrypose.

Ancienne liste (1991).

Art. AL n° 147

Art. 783 : suivant les limitations ostéoarticulaires des différents membres

Nouvelle liste (2003).

Art. NL n° 8

Art. 783) : évaluation suivant l'importance des lésions ostéoarticulaires.

4.3. Maladie de Lobstein (osteogenesis imperfecta).

Ancienne liste (1991).

Art. AL n° 12

Art. 341 : rétractions ostéo-tendineuses limitant la mobilité

Nouvelle liste (2003).

Art. NL n° 9

A évaluer d'après le nombre et la nature des fractures, leur localisation et l'importance des conséquences fonctionnelles sur la base des articles correspondants du BOBI.

4.4. Rachitisme vitamino-résistant.

Ancienne liste (1991).

Art. AL n° 9

Art. 212 : pour les lésions des hanches

Art. 779/7 : avec taille se situant sous le percentile 3 de la courbe de croissance officielle belge

Nouvelle liste (2003).

Art. NL n° 10

Art. 212 : pour les affections de la hanche

Art. 779/7 : en cas de retard de croissance cf. n° 83.

4.5. Maladie de Marfan.

Ancienne liste (1991).

Art. AL n° 11

Art. 341 : hyperlaxité ligamentaire

Art. 366-367 : lésions vasculaires

Nouvelle liste (2003).

Art. NL n° 97

Art. 341 : hyperlaxité ligamentaire

Art. 366 : lésions vasculaires

4.6. Lupus érythémateux disséminé.

Ancienne liste (1991).

Art. AL n° 25

Art. 362 b) : lésions vasculaires

Art. 783 : lésions articulaires

Nouvelle liste (2003).

Art. NL n° 98

Art. 362 b) : lésions vasculaires

Art. 783 : lésions articulaires

4.7. Arthrite généralisée.

Ancienne liste (1991).

Art. AL n° 146

Art. 783

Nouvelle liste (2003).

Art. NL n° 117

Art. 783 : à évaluer en fonction des répercussions articulaires, du nombre de poussées et de l'état général.

5. Affections des muscles et des aponévroses.**5.1. Ruptures musculo-aponévrotiques.****5.1.1. Rupture du quadriceps crural.****5.1.1.1. Rupture du tendon du quadriceps.**

Selon le retentissement fonctionnel sur le genou et l'amyotrophie

Art. 257 : renvoyant aux art. 266 b) (extension genou) et 342 (amyotrophie).

5.1.1.2. Rupture du quadriceps crural dans sa portion musculaire.

Art. 337 : 0 à 10 %

5.1.2. Rupture du ligament rotulien ou tibio-rotulien

Selon le retentissement fonctionnel sur le genou et l'amyotrophie

Art. 258 : renvoyant aux articles 266 b) (extension genou) et 342 (amyotrophie).

5.1.3. Rupture du triceps sural.**5.1.3.1. Rupture du tendon d'Achille.**

Suivant le retentissement sur la marche

Art. 285 : 0 à 20 %

5.1.3.2. Rupture du triceps sural dans sa portion musculaire.

Art. 339 : 0 à 20 %.

5.2. Autres affections musculaires.**5.2.1. Amyotrophie.**

Echelle ETM $\leq 12/20 = 50\%$ MI

Ancienne liste (1991)

Art. AL n° 14

Art. 342

Art. 342bis : l'évaluation s'orientera sur les incapacités analogues décrites sous les art. 545, 546, 580..., 605

Nouvelle liste (2003)

Art. NL n° 11

Art. 342 - 342bis : l'évaluation se fait d'une manière analogue suivant les incapacités de lésions neurologiques décrites sous les art. 545 - 546 et les art. 580 à 605.

5.2.2. Atrophie d'un segment.

Echelle ETM $\leq 12/20 = 50\%$ MI

Ancienne liste (1991)

Art. AL n° 15

Art. 342 : évaluation selon l'importance des lésions fonctionnelles

Nouvelle liste (2003)

Non reprise.

5.2.3. Myasthénie.

Echelle ETM $\leq 12/20 = 50\%$ MI

Ancienne liste (1991)

Art. AL n° 16

Art. 342bis

Art. 580 : l'évaluation se fera par référence aux articles concernant les atteintes neurologiques entraînant des lésions analogues, notamment 545, 546, 580..., 605

Nouvelle liste (2003)

Non reprise.

Art. 342bis.

5.2.4. Myopathie.

Echelle ETM $\leq 12/20 = 50\%$ MI

Ancienne liste (1991)

Art. AL n° 17

Art. 342

Art. 342bis : l'évaluation se fera par référence aux articles concernant les atteintes neurologiques entraînant des lésions analogues, notamment 545, 546, 580..., 605

Nouvelle liste (2003)

Art. NL n° 12

Art. 342 - 342bis : l'évaluation se fera par référence aux articles concernant les atteintes neurologiques entraînant des lésions analogues, notamment les art. 545-546 / 580 à 605.

6. Affections vasculaires.

Dans ces différentes affections, ne sont prises en considération que les impotences atteignant exclusivement les membres inférieurs.

6.1. Maladies des artères et artérioles.

Lésions ayant entraîné une nécrose tissulaire ou l'amputation.

Art. 367bis c) : 20 à 50 %.

6.2. Maladies des veines.

Lésions ayant entraîné des ulcérations ou de la gangrène.

Art. 375ter c) : 20 à 40 %

6.3. Maladie des vaisseaux lymphatiques.**6.3.1. Eléphantiasis et affections apparentées.**

Eléphantiasis, lymphangiopathie oblitérante (syndrome de Kaindl).

Art. 376 e) : 0 à 40 %.

6.3.2. Malformations des vaisseaux lymphatiques.

Ancienne liste (1991)

Art. AL n° 36

Art. 376 b) et e)

Nouvelle liste (2003)

Non reprise : référence au BOBI

6.4. Autres affections vasculaires.**6.4.1. Maladie de Marfan.**

Voir 4.5.

6.4.2. Lupus érythémateux disséminé.

Voir 4.6.

6.4.3. Maladie de Klippel - Trenaunay (hémangiectasie hypertrophique).

Ancienne liste (1991)

Art. AL n° 35

Art. 374 : lésions artérielles

Art. 375

Art. 783 : lésions des articulations

Nouvelle liste (2003)

Art. NL n° 100

Art. 374-375 : lésions artérielles

Art. 783 : lésions des articulations

6.4.4. Périartérite noueuse.

Ancienne liste (1991)

Art. AL n° 26

Art. 362 b) et Art. 367 : lésions vasculaires

Nouvelle liste (2003)

Art. NL n° 99

Art. 362 b) et Art. 367 : lésions vasculaires

7. Affections neurologiques.**7.1. Paralysies.**

- 7.1.1. Hémiparésie et hémiparésie.
Ancienne liste (1991).
À interpréter selon le retentissement sur le membre inférieur : cf. 7.1.2.
- 7.1.2. Monoparésie et monoparésie.
Art. 546 c) : 10 à 80 %.
- 7.1.3. Paraparésie et paraparésie.
7.1.3.1. Paraparésie.
Paraparésie nécessitant le confinement au lit ou au fauteuil.
Echelle ETM $\leq 12/20 = 50\%$ MI
Art. 547 c) : 100 %.
- 7.1.3.2. Paraparésie.
Si la marche est possible, stable et sans appui.
Art. 547 a) : 20 à 40 %.
Si la marche est difficile ou instable : selon échelle ETM.
Echelle ETM $\leq 12/20 = 50\%$ MI.
Art. 547 b) : 40 à 80 %.
- 7.1.4. Infirmité motrice cérébrale.
Echelle ETM $\leq 12/20 = 50\%$ MI
Ancienne liste (1991).
Art. AL n° 87
Art. 545
Art. 546
Art. 547
Art. 548
Nouvelle liste (2003).
Affection non reprise d'où référence au BOBI.
- 7.1.5. Méningocèle - myéломéningocèle - lipomyéломéningocèle
Echelle ETM $\leq 12/20 = 50\%$ MI
Ancienne liste (1991).
Art. AL n° 100
Art. 579, 580 : pour les parésies des membres inférieurs
Art. 586 à 590 : troubles sensitifs ou syndrome de la queue de cheval
A estimer selon les répercussions fonctionnelles
Nouvelle liste (2003).
Art. NL n° 54
Art. 579-580 : selon les parésies des membres inférieurs
Art. 586 à 588 : en cas de troubles sensitifs
- 7.1.6. Spina bifida.
Echelle ETM $\leq 12/20 = 50\%$ MI
Ancienne liste (1991).
Art. AL n° 101
Art. 579, 580 : suivant les séquelles paraparétiques
Art. 586 à 590 : voir méningocèle
Nouvelle liste (2003).
Art. NL n° 54
Art. 579-580 : selon les parésies des membres inférieurs
Art. 586 à 588 : en cas de troubles sensitifs
- 7.1.7. Poliomyélite
Echelle ETM $\leq 12/20 = 50\%$ MI
Ancienne liste (1991).
Art. AL n° 102
Art. 596 : selon les séquelles
Nouvelle liste (2003).
Affection non reprise d'où référence au BOBI.
Poliomyélite aiguë.
Art. 596 : renvoie aux atrophies musculaires médullaires et aux autres rubriques.
Paraparésie médullaire.
Marche très difficile.
Art. 580 a) : 40 à 100 %.
Marche impossible.
Art. 580 b) : 100 %
Paraparésie médullaire.
Marche sans appui.
Art. 579 a) : 15 à 30 %.

Marche avec appui (cannes, béquilles)

[Chez l'enfant la « marche avec appui » est assimilée à la « marche instable »]

Art. 579 b) : 30 à 50 %.

Lésion du motoneurone.

Pied

Art. 584 a) : atteinte des muscles du pied, suivant degré et gêne fonctionnelle : 0 à 15 %.

Jambe.

Art. 584 b) : atteinte de la région antéro-externe de la jambe, suivant degré et gêne fonctionnelle : 5 à 20 %

Art. 584 c) : atteinte diffuse de tous les muscles de la jambe, suivant degré et gêne fonctionnelle : 5 à 30 %.

Pied + jambe.

Art. 584 d) : atteinte des muscles du pied et de la jambe, suivant degré et gêne fonctionnelle : 5 à 30 %.

Cuisse.

Art. 584 e) : atteinte des muscles de la région antérieure de la cuisse en totalité, suivant degré et gêne fonctionnelle : 10 à 40 %.

Art. 584 f) : atteinte des muscles de la cuisse en totalité, suivant degré et gêne fonctionnelle : 10 à 50 %.

Ceinture pelvienne et masse sacro-lombaire.

Art. 584 g) : atteinte des muscles de la ceinture pelvienne ou de la masse sacro-lombaire : 20 à 60 %.

Un membre inférieur complet.

Art. 584 h) : atteinte complète avec impotence absolue d'un membre inférieur : 85 %

Les 2 membres inférieurs.

Art. 584 i) : atteinte complète bilatérale avec impotence absolue des membres inférieurs : 100 %

Atteintes multiples à un ou plusieurs membres.

Art. 584 j) : en cas d'atteintes multiples à un ou plusieurs membres, on ne doit pas procéder par addition arithmétique, mais on devra se servir de la formule appliquée dans le calcul des infirmités multiples.

Poliomyélite chronique.

Art. 597.

Renvoie aux affections médullaires (cf. ci-dessus).

7.1.8. Paralysies par atteintes tronculaires.

7.1.8.1. Nerf crural.

Art. 622 a) : atteinte partielle ou totale unilatérale du nerf crural : 10 à 50 %

Art. 622 b) : avec intégrité du muscle psoas-iliaque : 8 à 40 %

7.1.8.2. Nerf sciatique.

Art. 623 a) : atteinte partielle ou totale du nerf sciatique : 5 à 40 %

Art. 623 b) : avec causalgie. Taux de majoration selon art. 620.

Art. 620 : Causalgie, souvent temporaire, suivant la fréquence et l'intensité. Taux de majoration : 10 à 30 %.

7.1.8.3. Nerf sciatique poplité externe.

Art. 624 : atteinte partielle ou totale du nerf sciatique poplité externe : 10 à 25 %.

7.1.8.4. Nerf sciatique poplité interne.

Art. 625 a) : atteinte partielle ou totale du nerf sciatique poplité interne SANS causalgie : 5 à 20 %.

Art. 625 b) : atteinte partielle ou totale du nerf sciatique poplité interne AVEC causalgie. Taux de majoration selon article 620.

Art. 620 : Causalgie, souvent temporaire, suivant la fréquence et l'intensité. Taux de majoration : 10 à 30 %.

7.1.8.5. Nerf obturateur.

Art. 626 : atteinte partielle ou totale du nerf obturateur : 10 à 20 %.

7.2. Syndromes cérébelleux.

Echelle ETM $\leq 12/20 = 50\%$ MI

Ancienne liste (1991).

Art. AL n° 91

Art. 551

Nouvelle liste (2003).

Non reprise : référence au BOBI

Art. 551 a) : syndrome cérébelleux unilatéral, à comparer au degré d'hémi-parésie correspondant :

Côté actif : 10 à 80 %

Côté opposé : 8 à 70 %

Art. 551 b) : syndrome cérébelleux bilatéral : 30 à 100 %

Art. 551 c) : syndrome vermien ou médian, caractérisé par des troubles de l'équilibre : 10 à 20 %

7.3. Mouvements involontaires.**7.3.1. Chorée, athétose et choréo-athétose.**Echelle ETM $\leq 12/20 = 50\%$ MI

Ancienne liste (1991).

Art. AL n° 92

Art. 554 d), f)

Nouvelle liste (2003).

Art. NL n° 50

Art. 554 d), f) : chorée, athétose et choréo-athétose

Art. 554 a), b) : tics convulsifs

Le syndrome de Gilles de la Tourette doit être apprécié suivant la complexité des tics et/ou la présence de pensées et mouvements compulsifs.

7.3.2. Tics convulsifsEchelle ETM $\leq 12/20 = 50\%$ MI

Ancienne liste (1991).

Art. AL n° 93

Art. 554 b)

Nouvelle liste (2003).

Art. NL n° 50

Art. 554 d), f) : chorée, athétose et choréo-athétose

Art. 554 a), b) : tics convulsifs

Le syndrome de Gilles de la Tourette doit être apprécié suivant la complexité des tics (pirouettes) et/ou la présence de pensées et mouvements compulsifs.

7.3.3. Dégénérescences hépato-lenticulaires (Maladie de Wilson).Echelle ETM $\leq 12/20 = 50\%$ MI

Ancienne liste (1991).

Art. AL n° 57

Art. 554 : pour les lésions neurologiques

Nouvelle liste (2003).

Art. NL n° 103

Art. 554 : lésions neurologiques

7.4. Autres atteintes neurologiques.**7.4.1. Porphyries.**Echelle ETM $\leq 12/20 = 50\%$ MI

Ancienne liste (1991).

Art. AL n° 59

Art. 628 à 631 : pour les lésions neurologiques

Nouvelle liste (2003).

Art. NL n° 105

Art. 628 à 631 : pour les lésions neurologiques

7.4.2. Syringomyélie.**7.4.2.1. Formes frustes ou très lentes.**

Art. 602 a) : avec troubles sensitifs modérés : 10 à 30 %.

7.4.2.2. Formes plus progressives.

Art. 602 b) : avec amyotrophies limitées et phénomènes spastiques et arthropathiques gênants : 30 à 60 %.

7.4.2.3. Formes amyotrophiques graves.

Art. 602 c) : avec troubles trophiques accentués ou avec troubles bulbaires : 60 à 100 %.

7.4.3. Neuropathies et polyneuropathies.Echelle ETM $\leq 12/20 = 50\%$ MI**7.4.4. Radiculopathies et polyradiculopathies.**Echelle ETM : $\leq 12/20 = 50\%$ MI**7.4.5. Névralgies et radiculalgies.**Echelle ETM : $\leq 12/20 = 50\%$ MI**II. Adultes (à partir de 21 ans)****Préambule**

Les attestations d'une durée indéterminées accordées avant la mise en application du présent barème gardent leur validité pour autant que la situation ouvrant le droit à l'attestation ne se soit pas améliorée depuis lors.

Les affections limitées dans le temps (d'une durée inférieure à 6 mois comme une fracture simple, une entorse etc.) ne sont pas prises en considération.

Les affections psychiques (comme par exemple les conversions hystériques) ne sont pas prises en considération.

Cécité totale.

Un rapport détaillé de l'ophtalmologue avec mention du diagnostic constitue la principale source d'information.

Cette évaluation est réalisée après correction optimale.

L'avantage TVA est accordé lorsque une des conditions suivantes est satisfaite :

Perte de la perception lumineuse aux 2 yeux

OU

Acuité visuelle bilatérale inférieure à 1/20 aux 2 yeux.

OU

Réduction concentrique des champs visuels à 5° ou moins aux 2 yeux.

Paralysie des membres supérieurs.

L'avantage TVA est accordé lorsque les deux conditions suivantes sont remplies :

il s'agit d'une paralysie bilatérale;

la paralysie est complète; une mobilité de l'épaule de quelques degrés au maximum est autorisée.

Amputation des membres supérieurs.

L'avantage TVA est accordé à partir de l'amputation complète des 10 doigts.

Pathologies des membres inférieurs.**1. Introduction.**

Les pourcentages retenus se sont inspirés du BOBI (Barème Officiel Belge des Invalidités), des travaux des Professeurs LUCAS et STEHMAN.

En cas d'invalidités multiples, on applique l'addition simple des taux quelles que soient les étiologies des déficiences sauf dispositions particulières spécifiées dans la Règle concernée. La sommation des taux d'invalidité partielle ne peut cependant pas dépasser la valeur des taux d'amputation ou de perte fonctionnelle totale pour le membre ou segment de membre concerné.

Quand un taux de majoration est signalé, il s'ajoute aux taux obtenus pour la douleur, le raccourcissement et l'évaluation fonctionnelle.

La douleur est comptabilisée une seule fois, globalement, et le taux obtenu est additionné à ceux obtenus en application des autres Règles (sauf usage du test de Tinetti).

Les raccourcissements du membre inférieur sont également évalués dans des Règles distinctes, quelles qu'en soient les étiologies, et le taux retenu est additionné aux taux obtenus pour la douleur et l'évaluation fonctionnelle (sauf usage du test de Tinetti).

L'échelle de gradation de la force musculaire est utilisée exclusivement pour les pathologies musculaires et neurologiques.

Lorsqu'il est fait usage du Test de Tinetti (cf. chapitre III) pour établir le taux, ce test justifie à lui seul l'octroi du taux seuil de 50 %, sans adjonction possible de taux d'autres Règles du barème (appréciation globale de la marche et de l'équilibre).

Il n'est pas tenu compte des améliorations éventuellement apportées par les prothèses externes.

2. Amputations.**2.1. Deux membres inférieurs.****2.1.1. Perte totale des deux membres.**

Règle 1

100 %

2.1.2. Perte totale d'un membre et d'une extrémité d'un autre membre.

Règle 2

85 à 100%

2.1.3. Pertes partielles des membres inférieurs.**2.1.3.1. Perte des deux membres au niveau ou au-dessus du genou**

Règle 3

100 %

2.1.3.2. Perte des deux jambes

Règle 4

70 à 100 %

2.1.3.3. Perte complète des deux pieds.

Règle 5

70 %.

2.2. Un membre inférieur.**2.2.1. Perte totale.**

Perte totale d'un membre inférieur par désarticulation coxo-fémorale ou amputation intertrochantérienne ou amputation sous-trochantérienne, avec moignon de moins de 4 cm, mesuré à partir du centre du petit trochanter.

Règle 6

80 %

2.2.2. Pertes partielles.**2.2.2.1. Cuisse.****2.2.2.1.1. A la moitié supérieure du fémur.**

Zone s'étendant de 4 cm sous le petit trochanter à un point situé à mi-distance entre le bord supérieur du grand trochanter et l'interligne articulaire du genou.

a) Avec ankylose coxo-fémorale.

Règle 7

85 %

b) Sans ankylose coxo-fémorale.

Règle 8

75 %

2.2.2.1.2. A la moitié inférieure du fémur.

Règle 9

70 %

2.2.2.2. Genou.

Désarticulation du genou.

Règle 10

70 %.

2.2.2.3. Jambe.**2.2.2.3.1. Moignon osseux de moins de 10 cm de long.**

Règle 11

65 %.

2.2.2.3.2. Moignon osseux mesurant de 10 à 12 cm de long.

Règle 12

60 %.

2.2.2.3.3. Moignon osseux mesurant plus de 12 cm de long.

Règle 13

50 %.

2.2.2.4. Pied.**2.2.2.4.1. Perte totale.**

Désarticulation tibio-tarsienne ou amputation sus-malléolaire.

Règle 14

50 %

2.2.2.4.2. Perte partielle.

a) Amputation transtarsienne postérieure ou sous-astragalienn.

Avec appui impossible sans prothèse.

Règle 15

50 %

Avec appui possible sans prothèse.

Règle 16

30 %

b) Désarticulation médio-tarsienne du type Chopart.

Avec bonne attitude et mobilité suffisante du moignon

Règle 17

30 %.

Avec attitude vicieuse avec bascule du moignon et marche sur l'extrémité de ce dernier.

Règle 18

40 %.

c) Amputation au niveau du tarse.

Astragalectomie.

Règle 19

A évaluer selon les douleurs et la répercussion fonctionnelle sur la cheville.

Un taux de majoration de 10 % est ajouté.

Calcanéectomie.

Règle 20

A évaluer selon les douleurs et la répercussion fonctionnelle sur la cheville.

Un taux de majoration de 10 % est ajouté.

d) Amputation des métatarsiens.

Perte des 5 métatarsiens

Désarticulation tarso-métatarsienne de Lisfranc.

Règle 21

25 %.

Amputation transmétatarsienne.

Suivant le niveau d'amputation.

Règle 22

15 à 20 %.

Perte de trois métatarsiens (III, IV, V) avec leurs orteils.

Règle 23

20 %.

Perte de deux métatarsiens avec leurs orteils.

Métatarsiens I et II.

Règle 24

22 %

Métatarsiens IV et V.

Règle 25

15 %

Perte d'un métatarsien et de l'orteil correspondant.

Premier métatarsien.

Règle 26

16 %

Deuxième métatarsien.

Règle 27

6 %.

Troisième métatarsien.

Règle 28

5 %.

Quatrième métatarsien.

Règle 29

6 %.

Cinquième métatarsien.

Règle 30

10 %.

e) Amputation des orteils.

Perte des 5 orteils.

Règle 31

12 %

Perte de 4 orteils.

Orteils II à V.

Règle 32

8 %

Orteils I à IV.

Règle 33

12 %

Perte de 3 orteils.

Orteils II à IV.

Règle 34

6 %

Orteils I à III.

Règle 35

10 %

Orteils III à V.

Règle 36

7 %

Perte de 2 orteils.

Orteils I et II.

Règle 37

8 %

Orteils II et III.

Règle 38
2 %
Orteils III et IV.
Règle 39
1 %
Orteils IV et V.
Règle 40
2 %
Perte d'un orteil.
Orteil I.
Perte totale
Règle 41
6 %
Perte d'une phalange et demie
Règle 42
4 %
Perte de la phalange.
Règle 43
3 %
Orteil II.
Règle 44
1 %
Orteil III, IV ou V.
Règle 45
0 %

3. Douleurs aux membres inférieurs.

Les douleurs doivent être justifiées par une pathologie organique objectivable.

Les douleurs sont appréciées en 6 niveaux de D1 à D6 selon les critères du tableau ci-dessous. Les limitations reprises dans ce tableau sont celles liées à la symptomatologie douloureuse (limitation de la marche, boiterie, appuis, limitation des activités et de la station monopodale à cause des douleurs).

Ces niveaux sont traduits en 6 intervalles de taux repris aux règles 46 à 51 figurant sous le tableau.

On accordera le niveau dont le plus de critères est retenu.

Lorsque 2 niveaux contiennent chacun 2 critères retenus, on prend la moyenne entre ces 2 niveaux.

Niv	Marche	Boiterie	Appuis ou appareils orthopédiques externes	Monopodale
D1	-	Si fatigue	Longues distances	Stable et tenue
D2	20 à 60 min	Nette	A l'extérieur	Instable mais tenue
D3	10 à 20 min	Forte	Permanents à l'extérieur	5 sec
D4	Max 10 min	Instable	Canne à l'intérieur	< 5 sec
D5	Quelques pas	Très inst.	2 cannes ou tribune	Impossible
D6	Impossible	—	Chaise roulante (*)	Impossible

(*) : nécessité d'utiliser une chaise roulante de façon permanente.

Règle 46

D1 = 0 à 3 %

Règle 47

D2 = 3 à 6 %

Règle 48

D3 = 6 à 9 %

Règle 49

D4 = 9 à 12 %

Règle 50

D5 = 12 à 15 %

Règle 51

D6 = 15 à 18 %

4. Raccourcissements du membre inférieur.

Un taux de majoration est ajouté selon l'importance du raccourcissement d'un membre inférieur. Ce raccourcissement est exprimé en cm, les fractions étant négligées.

On prend en compte un raccourcissement à partir de 2 cm.

4.1. Raccourcissement de 2 cm.

Règle 52

2 %

4.2. Raccourcissement de 3 cm.

Règle 53

4 %

4.3. Raccourcissement de 4 cm.

Règle 54

8 %

4.4. Raccourcissement de 5 cm.

Règle 55

12 %

4.5. Raccourcissement de 6 cm.

Règle 56

16 %

4.6. Raccourcissement de 7 cm et plus.

Règle 57

20 %

5. Limitations fonctionnelles ostéo-articulaires.**5.1. Hanche.****5.1.1. Ankylose****5.1.1.1. Bilatérale.**

Règle 58

100 %

5.1.1.2. Unilatérale

En position vicieuse.

Règle 59

50 %.

En bonne position.

La bonne position est définie comme une flexion de 0 à 15 ° et une exorotation de 15 ° (pour permettre la marche).

Règle 60

35 %.

5.1.2. Raideurs articulaires

Règle 61

En fonction de la flexion passive maximale obtenue :

100° : 0 %

90° : 5 %

80° : 7 %

70° : 10 %

45° : 15 %

30° : 20 %

< 30° : 25 %

5.1.3. Luxation.**5.1.3.1. Unilatérale.**

Règle 62

Evaluation selon la douleur (Règles 46 à 51), le raccourcissement du membre inférieur (Règles 52 à 57) établi par scaniométrie (ascension de la tête fémorale) et la limitation de l'amplitude articulaire (Règles 59 à 61).

Règle 63

Luxation récidivante nécessitant le port permanent d'une prothèse anti-luxation.

Majoration de 10 % du taux obtenu selon la douleur (Règles 46 à 51), le raccourcissement du membre inférieur (Règles 52 à 57) établi par scaniométrie (ascension de la tête fémorale) et la limitation de l'amplitude articulaire.

5.1.3.2. Bilatérale.

Règle 64

On calcule l'invalidité de chaque hanche comme à la Règle 62, sans tenir compte de la douleur.

On additionne ensuite le taux de la hanche la plus invalidée à la moitié du taux de celle qui l'est le moins.

On ajoute enfin le taux douleur.

Exemple :

à droite : limitation de flexion de 90° et raccourcissement de 5 cm du membre inférieur;
à gauche : limitation de flexion de 100° et raccourcissement de 4 cm; niveau de douleur D3.

Taux hanche droite : $5 + 12 = 17 \%$

Taux hanche gauche : $0 + 8 = 8 \%$

Taux douleur : 8 %

Taux final : $(17) + (8/2) + (8) = 29 \%$

5.1.4. Endoprothèse de la hanche.

A évaluer selon le résultat fonctionnel : cf. raideurs articulaires (Règle 61)

5.2. Cuisse.

5.2.1. Fracture de la diaphyse fémorale.

A évaluer selon les répercussions fonctionnelles sur la hanche (Règle 61) et le genou (Règles 69 et 70) ainsi que sur la longueur du membre inférieur (Règles 52 à 57)

5.2.2. Pseudarthrose du fémur.

En cas de pseudarthrose inopérable ou avec des contre-indications opératoires, on accorde une majoration qu'on ajoute aux taux obtenus en tenant compte des douleurs et de la répercussion fonctionnelle.

Règle 65

20 %.

5.2.3. Fracture de l'extrémité inférieure du fémur.

A évaluer selon la répercussion fonctionnelle sur le genou.

5.3. Genou.

5.3.1. Fracture de l'extrémité inférieure du fémur.

A évaluer selon la répercussion fonctionnelle sur le genou.

5.3.2. Rotule.

5.3.2.1. Séquelles de fracture.

A évaluer selon la répercussion fonctionnelle sur le genou.

5.3.2.2. Patellectomie totale

A évaluer selon la répercussion fonctionnelle sur le genou.

Règle 66

Majoration spécifique à la patellectomie : 5 %

5.3.3. Fracture de l'épiphyse supérieure du tibia.

A évaluer selon la répercussion fonctionnelle sur le genou.

5.3.4. Ankylose.

5.3.4.1. Ankylose en rectitude (de 0 à 15 °).

Règle 67

25 %

5.3.4.2. Ankylose angulaire.

Règle 68

Selon l'angle d'ankylose

Angle (°)	Taux (%)
0 à 15°	25
20°	27
25°	27
30°	30
35°	30
40°	35
45°	40
50°	45
> 50°	50

5.3.5. Raideurs.

5.3.5.1. Limitation de la flexion

Règle 69

Amplitude de flexion (°)	Taux (%)
0°	25
10°	25
15°	25
20°	20
30°	20
40°	15
50°	10
60°	9
70°	8
80°	7
90°	5
100° et plus	0

5.3.5.2. Limitation de l'extension

Règle 70

On mesure le retard d'extension (ou le flessum).

Retard d'extension (°)	Taux (%)
5°	0
10°	3
15°	5
20°	10
25°	15
30°	20
35°	25
40°	30
45°	35
50° et plus	40

5.3.6. Déviations axiales.

5.3.6.1. Genu valgum.

Règle 71

Angle (°)	Taux (%)
10°	5
15°	7
20°	10
> 20°	10 à 20

5.3.6.2. Genu varum.

Règle 72

Angle (°)	Taux (%)
10°	5
15°	7
20°	10
> 20°	10 à 20

5.3.6.3. Genu recurvatum.

Selon les douleurs, la stabilité et les répercussions fonctionnelles.

5.3.7. Lésions des parties molles.

5.3.7.1. Lésions ligamentaires.

Ligaments latéraux.

Évaluation selon les douleurs et les répercussions fonctionnelles.

Ligaments croisés.

Les taux ci-dessous peuvent être ajoutés à ceux établis pour les douleurs et les limitations de flexion-extension.

Status post ligamentoplastie avec laxité corrigée

Règle 73

0 à 5 %

Laxité antérieure.

Règle 74

0 à 8 %

Laxité postérieure

Règle 75

0 à 10 %

Genou ballant (exigeant le port permanent d'une orthèse)

Règle 76

50 %.

5.3.7.2. Lésions méniscales.

A évaluer selon les douleurs et la répercussion fonctionnelle

5.4. *Jambe.*

5.4.1. Fractures du tibia.

5.4.1.1. Extrémité supérieure ou plateau tibial.

A évaluer selon la douleur (Règles 46 à 51) et la répercussion fonctionnelle sur le genou (Règles 67 à 72).

5.4.1.2. Diaphyse tibiale.

A évaluer selon le raccourcissement (Règles 52 à 57), la douleur (Règles 46 à 51) et la répercussion fonctionnelle sur le genou (Règles 67 à 72).

5.4.1.3. Tubérosité antérieure.

A évaluer selon le raccourcissement (Règles 52 à 57), la douleur (Règles 46 à 51), la répercussion sur le genou (Règles 67 à 72) et sur le quadriceps crural (Règle 91).

5.4.1.4. Malléole interne.

A évaluer selon la douleur (Règles 46 à 51) et la répercussion fonctionnelle sur la cheville (Règles 78 et 79).

5.4.1.5. Fracture sus-malléolaire.

A évaluer selon la douleur (Règles 46 à 51) et la répercussion fonctionnelle sur la cheville (Règles 78 et 79).

5.4.2. Fractures du péroné.

A évaluer selon la douleur (Règles 46 à 51) et la répercussion fonctionnelle sur la cheville (Règles 78 et 79).

5.4.3. Fractures du tibia et tibio-péronières.

A évaluer selon la douleur (Règles 46 à 51) et la répercussion fonctionnelle sur le genou (Règles 67 à 72) et la cheville (Règles 78 et 79).

5.4.4. Pseudarthrose du tibia

En cas de pseudarthrose inopérable ou avec des contre-indications opératoires, on accorde une majoration qu'on ajoute aux taux obtenus en tenant compte des douleurs et des répercussions fonctionnelles.

Règle 77

20 %

5.4.5. Endoprothèse du genou.

A évaluer selon le résultat fonctionnel : cf. raideurs articulaires (Règles 69 et 70) et déviations axiales (Règles 71 et 72).

5.5. Cheville.**5.5.1. Ankylose.****5.5.1.1. En bonne position**

Règle 78

10 %

5.5.1.2. En attitude vicieuse

Cf. règles concernant les pieds bots (Règle 86).

5.5.2. Raideurs.

On ne tient compte que de la douleur et de la raideur de l'articulation tibio-astragaliennne en flexion plantaire ou dorsale. Cette dernière est évaluée selon le tableau ci-dessous.

Règle 79

Angle (°) de FP ou FD	Taux pour flexion plantaire	Taux pour flexion dorsale
0°	5 %	5 %
5°	5 %	5 %
10°	5 %	3 %
15°	4 %	1 %
20°	4 %	0 %
25°	2 %	
30°	2 %	
35°	0 %	

5.6. Pied.**5.6.1. Fractures du tarse.****5.6.1.1. Astragale.**

Fracture isolée.

Evaluation selon la douleur et le retentissement fonctionnel sur la cheville.

Fracture ou luxation avec déviation axiale et gros déficit fonctionnel.

Evaluation selon la douleur et le retentissement fonctionnel sur la cheville.

Taux de majoration.

Règle 80

5 à 10 %

Astragalectomie.

Cf. Règle 19

5.6.1.2. Calcanéum.

Fracture du corps du calcanéum.

Sans modification de la voûte plantaire.

Evaluation selon la douleur et les limitations fonctionnelles.

Fractures complexes avec modification de la voûte plantaire.

Evaluation selon la douleur et les limitations fonctionnelles

Taux de majoration.

Règle 81

5 à 10 %

5.6.1.3. Scaphoïde.

Luxation ou luxation-fracture.

Selon les séquelles sur la voûte plantaire.

Règle 82

5 %

5.6.1.4. Fracture complexe du tarse antérieur ou du médiotarse.

On apprécie la raideur et les troubles de la statique.

On apprécie les douleurs (cf. Règles 46 à 51)

Ces taux peuvent s'additionner.

Raideur.

Règle 83

0 à 3 %

Troubles de la statique.

Règle 84

0 à 3 %

5.6.2. Ankylose ou arthrodèse du tarse.

5.6.2.1. En bonne position.

Règle 85

7 %.

5.6.2.2. En position vicieuse.

Cf. pieds bots (Règle 86).

5.6.3. Troubles de la statique et malformations du pied.

5.6.3.1. Pied bot.

Règle 86

Evaluation selon le tableau ci-dessous.

Articulations concernées				Taux	
Tibio-tars.	Sous-astra	Médio-tars	Avant-pied		
			Tarso-méta		Orteils
Ankylose		Souples		17 %	
Ankylose			Souples	19 %	
Ankylose		Mobilité réduite		20 %	
Ankylose				Souple	23 %
Ankylose				25 %	

5.6.3.2. Pied creux

Suivant la répercussion fonctionnelle.

Règle 87

0 à 10 %.

5.6.4. Fractures des métatarsiens.

Evaluation selon la douleur (Règles 46 à 51).

5.6.5. Ankylose métatarso-phalangienne du 1^{er} orteil.

5.6.5.1. En bonne position.

Evaluation selon la douleur (Règles 46 à 51).

5.6.5.2. En position vicieuse.

Majoration pour déviation importante.

Règle 88

3 %

5.6.6. Plusieurs orteils (sauf gros orteil) en position vicieuse.

Règle 89

1 à 3 %

6. Fistules osseuses.

Evaluation selon la douleur et les répercussions fonctionnelles.

Taux de majoration.

Règle 90

10 %

7. Affections des muscles.**7.1. Rupture du quadriceps crural.**

Règle 91

Cf. Règles 100 et 102

7.2. Rupture du ligament rotulien ou tibio-rotulien

Règle 92

Cf. Règle 102

7.3. Rupture du muscle triceps sural.

Règle 93

Cf. Règle 104

7.4. Dystrophies musculaires et myopathies.

Se reporter au mode d'évaluation des affections neurologiques (cf. point 9.)

8. Affections vasculaires.**8.1. Maladies des artères et artérioles.****8.1.1. Artériopathies ischémiques.**

Règle 94

On évalue selon les douleurs et le niveau éventuel d'amputation

8.1.2. Mal perforant plantaire.

Règle 95

30 à 50 %.

8.2. Ulcérations cutanées d'origine vasculaire

Règle 96

On applique le tableau suivant :

	Bilatéral	Diamètre $\geq$ 2 cm	Ancienneté > 1 an
NON	3 %	3 %	3 %
OUI	6 %	9 %	6 %

Exemple :

Ulcère unilatéral de 1,5 cm depuis 18 mois.

Bilatéral = NON : 3 %

Diamètre $\geq$ 2 cm = NON : 3 %

Ancienneté > 1 an = OUI : 6 %

Taux de majoration à retenir : 12 %

8.3. Eléphantiasis.

Définition : complication trophique survenant au cours d'un lymphoedème chronique donnant aux membres atteints un aspect de pied de pachyderme par augmentation de volume irréductible et modifications épidermiques hyperkératosiques et verruqueuse.

A évaluer selon les répercussions fonctionnelles sur la cheville (Règles 79 et 80) et le genou (Règles 70 et 71).

On y ajoute les taux de majoration prévus aux Règles 97 et 98

8.3.1. Unilatéral.

Règle 97

10 %

8.3.2. Bilatéral.

Règle 98

20 %

9. Affections neurologiques.**9.1. Paralysies.****9.1.1. Hémiparésie et hémiparésie.**

À interpréter selon les Règles 99 à 107.

9.1.2. Monoparésie du membre inférieur.

Règle 99

80 %

9.1.3. Paralysie d'un segment du membre inférieur.**9.1.3.1. Paralysie de l'extension et la flexion de la hanche.**

Règle 100

52 %

9.1.3.2. Paralysie de la cuisse (extension et flexion du genou).

Règle 101

48 %

9.1.3.3. Paralysie de l'extension du genou avec flexion normale (quadriceps).

Règle 102

40 %

9.1.3.4. Paralysie de la dorsiflexion du pied (nerf sciatique poplitée externe).

Règle 103

20 %

9.1.3.5. Paralysie de la flexion plantaire (triceps sural, nerf...tibialis).

Règle 104

16 %

9.1.4. Paralysie de plusieurs segments du membre inférieur.

Règle 105

On applique les Règles correspondantes aux segments concernés et on additionne les pourcentages obtenus.

La somme de ceux-ci ne peut dépasser les 80 %.

Les Règles 101 et 102 ne sont pas cumulables.

9.1.5. Parésie de l'entière ou d'un segment du membre inférieur.

Règle 106

On évalue la force musculaire du membre inférieur ou des segments atteints, et on l'exprime en une valeur de test musculaire allant de 0 à 5, selon la gradation suivante :

0	Absence totale de contraction musculaire
1	Ebauche de contraction musculaire
2	Ebauche du mouvement spontané ou mouvement effectué avec élimination de la pesanteur (c'est-à-dire un mouvement assisté)
3	Mouvement possible contre la pesanteur mais sans assistance aucune.
4	Mouvement possible contre une certaine résistance.
5	Mouvement d'amplitude et de force normale.

Les constatations suivantes permettent d'effectuer un premier tri fonctionnel :

Marche sans aide		Au moins 3/5
Accroupissement	Capable de se redresser sans aide	Au moins 4/5
Marche sur talons et pointes		Au moins 4/5

On applique ensuite les Règles prévues pour la paralysie selon le tableau suivant :

Force	Taux à appliquer
0, 1, 2	On attribue le taux de la Règle correspondante pour la paralysie
3	On attribue la moitié du taux de la Règle correspondante pour la paralysie
4	On attribue le quart du taux de la Règle correspondante pour la paralysie

En cas de gradation de force tombant entre 2 catégories (2+, 3-, 3+, 4-, 4+, 5-), on effectue une moyenne arithmétique entre les pourcentages des 2 catégories de force adjacentes.

On additionne ensuite les pourcentages obtenus sans dépasser une somme de 80 %.

9.1.6. Parésie inégale de plusieurs segments du membre inférieur

Règle 107

Procéder comme décrit sous la Règle 106.

On classe les invalidités en partant de la plus importante à la moins importante.

On retient l'invalidité la plus élevée à son taux et on lui ajoute la 1/2 de la deuxième et le 1/4 de la troisième (et d'une quatrième éventuelle).

La somme ne peut pas dépasser 80 %.

9.1.7. Paraplégie.

Règle 108

100 %

9.1.8. Paraparésie des 2 membres inférieurs globalement ou de certaines parties de ceux-ci.

Règle 109

On pratiquera comme en cas de monoparésie : on détermine pour chaque membre séparément les Règles correspondantes aux parties atteintes. Les pourcentages sont établis en fonction du testing de la force musculaire et sont additionnés.

Ensuite on additionne le pourcentage d'invalidité obtenu pour le membre le plus atteint à la moitié de celui obtenu pour le membre le moins atteint. La somme ne peut pas dépasser 100 %.

Exemple : parésie évaluée à 40 % pour le membre inférieur droit et 30 % pour le membre inférieur gauche = atteinte globale de $40 + 15 = 55$ % pour la parésie des membres inférieurs.

9.2. Troubles sensitivo-moteurs.

On reprend sous ce titre des pertes de fonction de la marche d'étiologies diverses :

- syndromes cérébelleux
- syndromes Parkinsoniens
- mouvements involontaires
- IMC
- maladie de Little (diplopie spastique)

Règle 110

Application du score de TINETTI (cf. chapitre III) comme mode d'évaluation global (exclusion de toutes les autres Règles du barème).

Score de Tinetti < 19 = 50 %

9.3. Neuropathies et polyneuropathies.

Règle 111

Application du score de TINETTI (cf. chapitre III) comme mode d'évaluation global (exclusion de tous les autres Règles du barème).

Score de Tinetti < 19 = 50 %

9.4. Névralgies et radiculalgies.

Evaluation selon les Règles 46 à 51.

III. Test de Tinetti

EQUILIBRE		Score /16	
Le patient est assis sur une chaise sans accoudoirs			
1°	Equilibre assis sur la chaise		
	se penche sur le côté, glisse de la chaise	0	☐
	sûr, stable	1	☐
On demande au patient de se lever, si possible sans l'aide des bras			
2°	Se lever		
	impossible sans aide	0	☐
	possible mais nécessite l'aide des bras	1	☐
	possible sans les bras	2	☐
3°	Tentative de se lever		
	impossible sans aide	0	☐
	possible, mais plusieurs essais	1	☐
	possible lors du premier essai	2	☐
4°	Equilibre immédiat debout (5 premières secondes)		
	instable (chancelant, oscillant)	0	☐
	sûr, mais nécessite un appui	1	☐
	sûr sans appui	2	☐
Test de l'équilibre en position debout			
5°	Equilibre lors de la tentative debout pieds joints		
	instable	0	☐
	stable, mais avec pieds écartés de plus de 10 cm ou nécessite un appui	1	☐
	pieds joints, stable	2	☐
6°	Poussées (sujet pieds joints, l'examineur le pousse légèrement sur le sternum à 3 reprises)		
	commence à tomber	0	☐
	chancelant, s'agrippe, et se stabilise	1	☐
	stable	2	☐
7°	Yeux fermés		
	instable	0	☐
	stable	1	☐
Le patient doit se retourner de 360°			
8°	Continuité		
	pas discontinus	0	☐
	pas continus	1	☐
9°	Stabilité		
	instable (chancelant, s'agrippe)	0	☐
	stable	1	☐
Le patient doit s'asseoir sur la chaise			
10°	S'asseoir		
	non sécuritaire, juge mal les distances, se laisse tomber sur la chaise	0	☐
	utilise les bras ou n'a pas un mouvement régulier	1	☐
	sécuritaire, mouvement régulier	2	☐
MARCHE		Score /12	

Le patient doit marcher au moins 3 mètres en avant, faire demi-tour et revenir à pas rapides vers la chaise. Il doit utiliser son aide technique habituelle (cane ou déambulateur) :			
11° Initiation de la marche (immédiatement après le signal du départ)			
hésitations ou plusieurs essais pour partir		0	☐
aucune hésitation		1	☐
12° Longueur et hauteur du pas			
Balancement pied D			
Longueur pas	ne dépasse pas le pied G en appui	0	☐
	dépasse le pied G en appui	1	☐
Hauteur pas	pied D ne décolle pas complètement du sol	0	☐
	pied D décolle complètement du sol	1	☐
Balancement pied G			
Longueur pas	ne dépasse pas le pied D en appui	0	☐
	dépasse le pied D en appui	1	☐
Hauteur pas	pied G ne décolle pas complètement du sol	0	☐
	pied G décolle complètement du sol	1	☐
13° Symétrie de la marche			
la longueur des pas droit et gauche semble inégale		0	☐
la longueur des pas droit et gauche semble identique		1	☐
14° Continuité des pas			
arrêt ou discontinuité de la marche		0	☐
les pas paraissent continus		1	☐
15° Trajectoire (observé sur une distance de 3 m)			
déviation nette d'une ligne imaginaire		0	☐
légère déviation, ou utilisation d'une aide technique		1	☐
pas de déviation sans aide technique		2	☐
16° Stabilité du tronc			
balancement net ou utilisation d'aide technique		0	☐
pas de balancement, mais penché ou balancement des bras		1	☐
pas de balancement, pas de nécessité d'appui sur un objet		2	☐
17° Largeur des pas			
polygone de marche élargi		0	☐
les pieds se touchent presque lors de la marche		1	☐

Vu pour être annexé à l'arrêté royal du 8 février 2006.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

R. DEMOTTE

La Secrétaire d'Etat aux Familles et aux Personnes handicapées,

Mme G. MANDAILA

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

N. 2006 — 678

[C — 2006/22156]

10 FEBRUARI 2006. — Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 21 december 1967 tot vaststelling van het algemeen reglement betreffende het rust- en overlevingspensioen voor werknemers

ALBERT II, Koning der Belgen,
Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op het koninklijk besluit nr. 50 van 24 oktober 1967 betreffende het rust- en overlevingspensioen voor werknemers, inzonderheid op artikel 8;

Gelet op het koninklijk besluit van 21 december 1967 tot vaststelling van het algemeen reglement betreffende het rust- en overlevingspensioen voor werknemers, inzonderheid op artikel 35, § 1, eerste lid, A, 3°, vervangen bij het koninklijk besluit van 11 september 1989 en gewijzigd bij het koninklijk besluit van 19 maart 1990;

Gelet op het advies van het Beheerscomité van de Rijksdienst voor pensioenen, gegeven op 25 april 2005;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 9 mei 2005;

Gelet op de akkoordbevinding van Onze Minister van Begroting van 1 december 2005;

Gelet op het advies, nr. 39.647/1 van de Raad van State, gegeven op 12 januari 2006, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1°, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;

Op de voordracht van Onze Minister van Leefmilieu en van Pensioenen;

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. In artikel 35, § 1, eerste lid, A, derde lid, van het koninklijk besluit van 21 december 1967 tot vaststelling van het algemeen reglement betreffende het rust- en overlevingspensioen voor werknemers, vervangen bij het koninklijk besluit van 11 september 1989, worden de woorden « zes jaar » vervangen door de woorden « negen jaar ».

Art. 2. De bepalingen van dit besluit zijn van toepassing op de pensioenen die daadwerkelijk en voor de eerste maal ten vroegste op 1 januari 2005 ingaan.

Art. 3. Onze Minister van Leefmilieu en van Pensioenen is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 10 februari 2006.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Leefmilieu en van Pensioenen
B. TOBACK

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

F. 2006 — 678

[C — 2006/22156]

10 FEVRIER 2006. — Arrêté royal portant modification de l'arrêté royal du 21 décembre 1967 portant règlement général du régime de pension de retraite et de survie des travailleurs salariés

ALBERT II, Roi des Belges,
A tous, présents et à venir, Salut.

Vu l'arrêté royal n° 50 du 24 octobre 1967 relatif à la pension de retraite et de survie des travailleurs salariés, notamment l'article 8;

Vu l'arrêté royal du 21 décembre 1967 portant règlement général du régime de pension de retraite et de survie des travailleurs salariés, notamment l'article 35, § 1, alinéa 1^{er}, A, 3°, remplacé par l'arrêté royal du 11 septembre 1989 et modifié par l'arrêté royal du 19 mars 1990;

Vu l'avis du Comité de gestion de l'Office national des pensions, donné le 25 avril 2005;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 9 mai 2005;

Vu l'accord de Notre Ministre du Budget, donné le 1 décembre 2005;

Vu l'avis n° 39.647/1 du Conseil d'Etat, donné le 12 janvier 2006, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 1°, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

Sur la proposition de Notre Ministre de l'Environnement et des Pensions,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. A l'article 35, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, A, alinéa 3, de l'arrêté royal du 21 décembre 1967 portant règlement général du régime de pension de retraite et de survie des travailleurs salariés, remplacé par l'arrêté royal du 11 septembre 1989, les mots « six ans » sont remplacés par les mots « neuf ans ».

Art. 2. Les dispositions du présent arrêté sont d'application pour les pensions qui prennent cours effectivement et pour la première fois au plus tôt le 1^{er} janvier 2005.

Art. 3. Notre Ministre de l'Environnement et des Pensions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 10 février 2006.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre de l'Environnement et des Pensions
B. TOBACK

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID
EN FEDERALE OVERHEIDSDIENST WERKGELEGENHEID,
ARBEID EN SOCIAAL OVERLEG**

N. 2006 — 679

[2006/22076]

19 JANUARI 2006. — Koninklijk besluit tot vaststelling van de verhoging van het bedrag van de alternatieve financiering met de kostprijs van de dienstencheques voor het jaar 2005

ALBERT II, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de programmawet van 2 januari 2001, inzonderheid op artikel 66, § 1, zesde lid, ingevoegd bij de wet van 20 juli 2001, en 66, § 2, 7°, ingevoegd bij de wet van 24 december 2002 en gewijzigd bij de wet van 9 juli 2004;

Gelet op het advies van het Beheerscomité van de sociale zekerheid, gegeven op 16 december 2005;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 23 november 2005;

Gelet op de akkoordbevinding van Onze Minister van Begroting van 3 januari 2006;

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken en Onze Minister van Werk,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. Het bedrag, bedoeld in artikel 66, § 1, zesde lid, van de programmawet van 2 januari 2001, van de verhoging van de alternatieve financiering met de kost van de dienstencheques, bedraagt 164.038 duizend EUR voor het jaar 2005.

Art. 2. Het bedrag wordt gestort aan de R.S.Z.-globaal beheer.

Art. 3. Onze Minister van Sociale Zaken en Onze Minister van Werk zijn, ieder wat hem betreft, belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 19 januari 2006.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken,
R. DEMOTTE

De Minister van Werk,
P. VANVELTHOVEN

**SERVICE PUBLIC FEDERAL SECURITE SOCIALE ET SERVICE
PUBLIC FEDERAL EMPLOI, TRAVAIL ET CONCERTATION
SOCIALE**

F. 2006 — 679

[2006/22076]

19 JANVIER 2006. — Arrêté royal fixant la majoration du montant du financement alternatif du coût des titres-services pour l'année 2005

ALBERT II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi-programme du 2 janvier 2001, notamment l'article 66, § 1^{er}, alinéa 6, inséré par la loi du 20 juillet 2001, et 66, § 2, 7°, inséré par la loi du 24 décembre 2002 et modifié par la loi du 9 juillet 2004;

Vu l'avis du Comité de gestion de la sécurité sociale, donné le 16 décembre 2005;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 23 novembre 2005;

Vu l'accord de Notre Ministre du Budget, donné le 3 janvier 2006;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales et de Notre Ministre de l'Emploi,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. Le montant, visé à l'article 66, § 1^{er}, alinéa 6, de la loi-programme du 2 janvier 2001, de la majoration du financement alternatif du coût des titres-services, est de 164.038 milliers d'EUR pour l'année 2005.

Art. 2. Le montant est versé à l'O.N.S.S.-gestion globale.

Art. 3. Notre Ministre des Affaires sociales et Notre Ministre de l'Emploi sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 19 janvier 2006.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales,
R. DEMOTTE

Le Ministre de l'Emploi,
P. VANVELTHOVEN

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID
EN FEDERALE OVERHEIDSDIENST WERKGELEGENHEID,
ARBEID EN SOCIAAL OVERLEG**

N. 2006 — 680

[2006/22077]

27 JANUARI 2006. — Koninklijk besluit tot vaststelling voor het jaar 2005 van het bedrag ter financiering van de wachttuitkeringen toegekend aan de werknemers van de steenkool- en staalnijverheid, die hun tewerkstelling verloren hebben

ALBERT II, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de programmawet van 2 januari 2001, inzonderheid op artikel 66, § 2, 5°, ingevoegd bij de wet van 2 augustus 2002;

Gelet op de wet van 25 april 1963 betreffende het beheer van de instellingen van openbaar nut voor sociale zekerheid en sociale verzorging, inzonderheid op artikel 15;

Gelet op de dringende noodzakelijkheid;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 17 oktober 2005;

Gelet op de akkoordbevinding van Onze Minister van Begroting van 20 december 2005;

Gelet op de dringende noodzakelijkheid;

Overwegende dat de Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening voor het einde van het jaar 2005 dient te beschikken over de nodige financiële middelen ter financiering van de wachttuitkeringen bedoeld in dit besluit;

**SERVICE PUBLIC FEDERAL SECURITE SOCIALE ET SERVICE
PUBLIC FEDERAL EMPLOI, TRAVAIL ET CONCERTATION
SOCIALE**

F. 2006 — 680

[2006/22077]

27 JANVIER 2006. — Arrêté royal fixant pour l'année 2005 le montant destiné au financement des indemnités d'attente accordées aux travailleurs de l'industrie du charbon et de l'acier qui ont perdu leur emploi

ALBERT II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi-programme du 2 janvier 2001, notamment l'article 66, § 2, 5°, inséré par la loi du 2 août 2002;

Vu la loi du 25 avril 1963 sur la gestion des organismes d'intérêt public de sécurité sociale et de prévoyance sociale, notamment l'article 15;

Vu l'urgence;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 17 octobre 2005;

Vu l'accord de Notre Ministre du Budget, donné le 20 décembre 2005;

Vu l'urgence;

Considérant que l'Office national de l'Emploi doit nécessairement avant la fin de l'année 2005 disposer des moyens financiers nécessaires au financement des indemnités visées par le présent arrêté;

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken en van Onze Minister van Werk en op het advies van Onze in Raad vergaderde Ministers,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. Het bedrag, bedoeld in artikel 66, § 2, 5°, van de programmawet van 2 januari 2001, ter financiering van de wachttuitkeringen toegekend aan de werknemers van de steenkool- en staalnijverheid die hun tewerkstelling verloren hebben, wordt vastgesteld op 4.208 duizend EUR voor het jaar 2005.

Art. 2. Het bedrag wordt gestort aan de Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening.

Art. 3. Onze Minister van Sociale Zaken en Onze Minister van Werk zijn, ieder wat hem betreft, belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 27 januari 2006.

ALBERT

Van Koningswege :
De Minister van Sociale Zaken,
R. DEMOTTE
De Minister van Werk,
P. VANVELTHOVEN

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales et de Notre Ministre de l'Emploi et de l'avis de Nos Ministres qui en ont délibéré en Conseil,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. Le montant, visé à l'article 66, § 2, 5°, de la loi-programme du 2 janvier 2001, destiné au financement des indemnités d'attente accordées aux travailleurs de l'industrie du charbon et de l'acier qui ont perdu leur emploi est pour l'année 2005 fixé à 4.208 milliers d'EUR.

Art. 2. Le montant est versé à l'Office national de l'Emploi.

Art. 3. Notre Ministre des Affaires sociales et Notre Ministre de l'Emploi sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 27 janvier 2006.

ALBERT

Par le Roi :
Le Ministre des Affaires sociales,
R. DEMOTTE
Le Ministre de l'Emploi,
P. VANVELTHOVEN

MINISTERIE VAN LANDSVERDEDIGING

N. 2006 — 681

[C — 2006/07056]

25 JANUARI 2006. — Ministerieel besluit tot vaststelling van de lichamelijke geschiktheid vereist voor de kandidaten voor bepaalde betrekkingen van burgerlijke ambtenaren van het stafdepartement inlichtingen en veiligheid

De Minister van Landsverdediging,

Gelet op artikel 107 van de Grondwet;

Gelet op het koninklijk besluit van 7 juli 2003 houdende het statuut van bepaalde burgerlijke ambtenaren van het stafdepartement inlichtingen en veiligheid, inzonderheid op artikel 12, 10°;

Gelet op het ministerieel besluit van 20 maart 1970 betreffende de lichamelijke geschiktheid vereist voor de gegadigden voor de betrekkingen bij de Dienst Militaire Veiligheid;

Gelet op het advies van de inspecteur van Financiën, gegeven op 9 februari 2004;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Ambtenarenzaken van 12 april 2005;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting van 22 juni 2005;

Gelet op het protocol 46/1 van 28 oktober 2005 van het Sectorcomité XIV;

Gelet op het advies 39.462/4 van de Raad van State, gegeven op 19 december 2005, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1°, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State,

Besluit :

Artikel 1. § 1. Het medisch profiel is de weergave van de evaluatie van de anatomische en functionele gegevens eigen aan een individu.

De verschillende anatomische en functionele gegevens waarop deze evaluatie steunt, worden ingedeeld in vier groepen, die men « factoren » noemt.

Die factoren worden aangeduid met de letters P.V.A.E.

§ 2. Factor « P » staat voor :

1° de algemene robuustheid die het gestel, de waarde van het beendergewrichtsstelsel en de spierontwikkeling omvat;

2° de weerstand aan krachtsinspanningen;

MINISTERE DE LA DEFENSE

F. 2006 — 681

[C — 2006/07056]

25 JANVIER 2006. — Arrêté ministériel fixant les aptitudes physiques requises des candidats à certains emplois d'agents civils du département d'état-major renseignement et sécurité

Le Ministre de la Défense,

Vu l'article 107 de la Constitution;

Vu l'arrêté royal du 7 juillet 2003 portant le statut de certains agents civils du département d'état-major renseignement et sécurité, notamment l'article 12, 10°;

Vu l'arrêté ministériel du 20 mars 1970 relatif aux aptitudes physiques requises des candidats aux emplois du Service de Sécurité militaire;

Vu l'avis de l'inspecteur des Finances, donné le 9 février 2004;

Vu l'accord du Ministre de la Fonction publique, donné le 12 avril 2005;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 22 juin 2005;

Vu le protocole 46/1 du 28 octobre 2005 du Comité de secteur XIV;

Vu l'avis 39.462/4 du Conseil d'Etat, donné le 19 décembre 2005, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 1°, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat,

Arrête :

Article 1^{er}. § 1^{er}. Le profil médical est l'expression de l'évaluation des éléments anatomiques et fonctionnels qui caractérisent un individu.

Les divers éléments anatomiques et fonctionnels sur lesquels se fonde cette évaluation sont répartis en quatre groupes appelés « facteurs ».

Ces facteurs sont désignés par les lettres P.V.A.E.

§ 2. Le facteur « P » exprime :

1° la robustesse générale qui comporte la constitution, la valeur de la charpente ostéo-articulaire et le développement musculaire;

2° la résistance à l'effort;

3° de functionele waarde van de verschillende stelsels, met name het huidstelsel, het spijsverteringsstelsel, het cardio-vasculair, het pulmonaal en het genito-urinair stelsel, het zenuw- en zintuigenstelsel met uitzondering van de gezichts- en gehoorscherppte;

4° de kwaliteit der gezichtsorganen zonder weerslag op de gezichtscherppte;

5° de kwaliteit der gehoororganen zonder weerslag op de gehoorscherppte.

§ 3. Factor « V » staat voor de waarde van de gezichtsscherppte, het gezichtsveld en het binoculair gezichtsvermogen.

§ 4. Factor « A » staat voor de gehoorscherppte.

§ 5. Factor « E » staat voor alle niet intellectuele aspecten van de persoonlijkheid, inzonderheid de emotieve stabiliteit, het psychisch evenwicht, de karakterneigingen en de diepe motivering.

§ 6. Voor elk van de factoren wordt, volgens een dalende waarde-schaal van 1 tot 5, een cijfer toegekend dat overeenstemt met een van de evaluaties die in de tabellen van bijlage 1 bij dit besluit zijn vermeld.

Art. 2. § 1. De kandidaat die aan de volgende voorwaarden voldoet, geeft blijk van de vereiste lichamelijke geschiktheid om de functie uit te oefenen en om benoemd te worden in een betrekking van inspecteur, commissaris-analist of commissaris :

1° het minimum medisch profiel behalen dat overeenstemt met het profiel vereist voor de uit te oefenen functie;

2° met als bedoeling de anonimiteit van de agenten te garanderen, geen enkel opvallend teken vertonen, dat de aandacht zou kunnen trekken en dat ertoe zou leiden dat de agenten tijdens het uitoefenen van hun functies onmiddellijk herkend zouden worden;

3° voldoen aan een proef van fysieke conditie die het fysieke potentieel meet.

§ 2. Het vereiste minimum medisch profiel om benoemd te worden in een betrekking van inspecteur of commissaris wordt bepaald als volgt :

P V A E

2 2 2 1

Het vereiste minimum medisch profiel om benoemd te worden in een betrekking van commissaris-analist wordt bepaald als volgt :

P V A E

3 2 2 2

§ 3. De proef van fysieke conditie bestaat uit een proef op ergometrische fiets waarbij de kandidaat zo lang mogelijk moet fietsen in een opgelegd tempo, terwijl de weerstand regelmatig verhoogd wordt. Deze proef wordt beoordeeld overeenkomstig de tabel van bijlage 2 bij dit besluit.

Voldoet aan deze proef de kandidaat die ten minste 10 punten op 20 behaalt.

Art. 3. De onderstafchef operaties en training organiseert en bereidt het toezicht voor op de naleving van de lichamelijke geschiktheid bedoeld in dit besluit.

Brussel, 25 januari 2006.

A. FLAHAUT

3° la valeur fonctionnelle des différents systèmes cutané, digestif, cardio-vasculaire, pulmonaire, génito-urinaire, nerveux et sensoriel, à l'exception de l'acuité visuelle et auditive;

4° la qualité des organes de la vision sans répercussion sur l'acuité visuelle;

5° la qualité des organes de l'audition sans répercussion sur l'acuité auditive.

§ 3. Le facteur « V » exprime la valeur de l'acuité visuelle, du champ visuel et de la vision binoculaire.

§ 4. Le facteur « A » exprime l'acuité auditive.

§ 5. Le facteur « E » exprime tous les aspects non intellectuels de la personnalité, notamment la stabilité émotionnelle, l'équilibre psychique, les tendances caractérielles et les motivations profondes.

§ 6. Les différents facteurs sont affectés, suivant une échelle de valeur décroissante de 1 à 5, d'une note correspondant à l'une des évaluations indiquées aux tableaux de l'annexe 1 au présent arrêté.

Art. 2. § 1^{er}. Justifie des aptitudes physiques requises pour exercer la fonction et pour être nommé à un emploi d'inspecteur, de commissaire-analyste ou de commissaire, le candidat qui satisfait aux conditions suivantes :

1° obtenir le profil médical minimum qui correspond au profil exigé pour la fonction à exercer;

2° dans le but de garantir l'anonymat des agents, ne présenter aucun signe particulier trop apparent qui pourrait attirer l'attention et impliquerait que les agents seraient immédiatement reconnus pendant l'exercice de leurs fonctions;

3° satisfaire à une épreuve de condition physique mesurant le potentiel physique.

§ 2. Le profil médical minimum exigé pour un emploi d'inspecteur ou de commissaire est fixé comme suit :

P V A E

2 2 2 1

Le profil médical minimum exigé pour un emploi de commissaire-analyste est fixé comme suit :

P V A E

3 2 2 2

§ 3. L'épreuve de condition physique consiste en une épreuve sur vélo ergométrique pendant laquelle le candidat doit pédaler le plus longtemps possible à un rythme imposé tandis que la résistance est régulièrement augmentée. Cette épreuve est notée conformément au tableau de l'annexe 2 au présent arrêté.

Satisfait à cette épreuve le candidat qui obtient au moins 10 points sur 20.

Art. 3. Le sous-chef d'état-major opérations et entraînement organise et prépare le contrôle des aptitudes physiques visées au présent arrêté.

Bruxelles, le 25 janvier 2006.

A. FLAHAUT

Bijlage 1 bij het ministerieel besluit van 25 januari 2006 tot vaststelling van de lichamelijke geschiktheid vereist voor de kandidaten voor bepaalde betrekkingen van burgerlijke ambtenaren van het stafdepartement inlichtingen en veiligheid

Annexe 1^{re} à l'arrêté ministériel du 25 janvier 2006 fixant les aptitudes physiques requises des candidats à certains emplois d'agents civils du département d'état-major renseignement et sécurité

Factor / Facteur	Betekenis	Signification
P		
P1	- Meer dan gemiddeld robuust ontwikkeld lichaamsgestel, bevestigd door de uitslagen van functionele proeven en biometrische metingen. - Osteo-articulair stelsel en spierstelsel, inbegrepen de buikwand, meer dan gemiddeld ontwikkeld. - Is in staat om, na training, elke zware inspanning en belasting, ook tijdens operaties, gedurende een periode van lange duur te verdragen. - Afwezigheid van sequelen van een heelkundige ingreep of van ongevallen, van ziekten, van chronische aandoeningen of van lichaamsgebreken. - Geschikt voor het besturen van alle voertuigen. - Vormt een berekend aanvaardbaar risico voor zichzelf en/of zijn omgeving mits gebruik van aangepaste beschermingsmiddelen.	- Robustesse de constitution au-dessus de la moyenne, confirmée par les résultats d'épreuves fonctionnelles et de mesures biométriques. - Développement au-dessus de la moyenne du système ostéo-articulaire et du système musculaire, y compris celui de la paroi abdominale. - Est en état, après entraînement, de supporter durant une période prolongée toutes les contraintes et efforts importants, également en opérations. - Absence de séquelles d'intervention chirurgicale ou d'accidents, de maladies, d'affections chroniques ou d'infirmités. - Apte à la conduite de tout véhicule. - Constitue un risque calculé acceptable pour lui-même et/ou pour son entourage à condition de faire usage de moyens de protection adaptés.
P2	- Gemiddeld robuust ontwikkeld lichaamsgestel, bevestigd door de uitslagen van functionele proeven en biometrische metingen. - Osteo-articulair stelsel en spierstelsel, inbegrepen de buikwand, normaal ontwikkeld. - Is in staat om, na training, elke normale inspanning en belasting, ook tijdens operaties, gedurende een periode van lange duur, te verdragen. - Mogelijke aanwezigheid van sequelen van een heelkundige ingreep of van ongevallen, van ziekten, van chronische aandoeningen of van lichaamsgebreken zonder anatomische of functionele weerslag en zonder risico op verergering of verwikkeling door het feit van de dienst. - Geschikt voor het besturen van alle voertuigen, of zou geschikt zijn voor het besturen van alle voertuigen indien hij hiervoor niet ongeschikt was wegens een specifieke medische aandoening die een weerslag heeft op een andere factor van het medisch profiel of die beschreven wordt in de wetgeving betreffende het rijbewijs. - Geschikt voor het dragen van alle aan de betrekking verbonden uitrustingsstukken en beschermingsmiddelen. - Vormt een berekend aanvaardbaar risico voor zichzelf en/of zijn omgeving mits gebruik van aangepaste beschermingsmiddelen.	- Robustesse de constitution moyenne confirmée par les résultats d'épreuves fonctionnelles et de mesures biométriques. - Développement normal du système ostéo-articulaire et du système musculaire, y compris celui de la paroi abdominale. - Est en état, après entraînement, de supporter durant une période prolongée tous les efforts et contraintes de niveau normal, également en opérations. - Présence éventuelle de séquelles d'intervention chirurgicale ou d'accidents, de maladies, d'affections chroniques ou d'infirmités, sans retentissement anatomique ou fonctionnel et sans risque d'aggravation ou de complication par le fait du service. - Apte à la conduite de tout véhicule, ou serait apte à la conduite de tout véhicule si il n'était pas inapte en raison d'une affection médicale spécifique ayant une répercussion sur un autre facteur du profil médical ou étant décrite dans la législation relative au permis de conduire. - Apte à porter toutes pièces d'équipement et moyens de protection liés à l'emploi. - Constitue un risque calculé acceptable pour lui-même et/ou pour son entourage, à condition de faire usage de moyens de protection adaptés.

Factor / Facteur	Betekenis	Signification
P		
P3	- De onvoldoende constitutie of de algemene toestand laten het niet toe om, zelfs na training, normale inspanningen en belasting, eventueel ook gedurende operaties, langdurig te verdragen zonder hulpmiddelen die dit kunnen compenseren. - Wel geschikt om gedurende een kortere periode een zware inspanning te leveren. - Kan langdurig rechtstaan. - Geschikt voor het tillen, dragen en manipuleren van lasten. - Aanwezigheid van sequelen van een heelkundige ingreep of van ongevallen, van ziekten, van chronische aandoeningen of van lichaamsgebreken zonder ernstige anatomische of functionele weerslag. Mits de nodige voorzorgen is er geen noemenswaardig risico op verergering of ontwikkeling door het feit van de dienst.	- La constitution déficiente ou l'état général ne permettent pas, même après entraînement, de supporter pendant une période prolongée des efforts et des contraintes d'un niveau normal, éventuellement aussi pendant les opérations, sans aide qui pourrait les compenser. - Apte néanmoins à produire un effort important pendant une période plus courte. - Peut garder la station debout de façon prolongée. - Apte au soulèvement, au port et à la manipulation de charges. - Présence de séquelles d'interventions chirurgicales ou d'accidents, de maladies, d'affections chroniques ou d'infirmités, sans retentissement anatomique ou fonctionnel sévère. Moyennant la prise de précautions nécessaires, il n'existe pas de risque notable d'aggravation ou de complication par le fait du service.
	- Geschikt voor het besturen van alle voertuigen, of zou geschikt zijn voor het besturen van alle voertuigen indien hij hiervoor niet ongeschikt was wegens een specifieke medische aandoening die een weerslag heeft op een andere factor van het medisch profiel of die beschreven wordt in de wetgeving betreffende het rijbewijs. - Geschikt voor het dragen van alle aan de betrekking verbonden uitrustingsstukken en beschermingsmiddelen. Deze laatste mogen aangepast zijn aan de specifieke gebreken waaraan betrokkene lijdt. - Vormt een berekend aanvaardbaar risico voor zichzelf en/of zijn omgeving, mits tewerkstelling in een aangepaste functie en mits gebruik van aangepaste beschermingsmiddelen.	- Apte à la conduite de tout véhicule, ou serait apte à la conduite de tout véhicule si il n'était pas inapte en raison d'une affection médicale spécifique ayant une répercussion sur un autre facteur du profil médical ou étant décrite dans la législation relative au permis de conduire. - Apte à porter toutes pièces d'équipement et moyens de protection liés à l'emploi. Ces derniers peuvent être adaptés en fonction des déficiences spécifiques de l'intéressé. - Constitue un risque calculé acceptable pour lui-même et/ou pour son entourage à condition que l'intéressé soit employé dans une fonction adaptée et de faire usage de moyens de protection adaptés.
P4	- Kan geen zware inspanningen verdragen, zelfs niet gedurende een korte periode of indien aangepaste hulpmiddelen ter beschikking worden gesteld. - Beperkt geschikt voor het tillen, dragen en manipuleren van lasten. - Beperkt geschikt voor langdurig rechtstaan. - Aanwezigheid van sequelen van een heelkundige ingreep of van ongevallen, van ziekten, van chronische aandoeningen of van lichaamsgebreken met ernstige anatomische of functionele weerslag of met belangrijk risico op verwikkelingen of verergering door het feit van de dienst. - Voornoemde pathologiën vormen een berekend aanvaardbaar risico door het toekennen van een aangepaste functie desgevallend aangevuld door	- Ne peut supporter d'efforts importants, même pendant une courte période ou moyennant la mise à disposition d'une aide adaptée. - Aptitude limitée au soulèvement, au port et à la manipulation de charges. - Aptitude limitée à la station debout prolongée. - Présence de séquelles d'intervention chirurgicale ou d'accidents, de maladies, d'affections chroniques ou d'infirmités ayant un retentissement anatomique ou fonctionnel sévère ou avec un risque important d'aggravation ou de complication par le fait du service. - Les pathologies ci-dessus mentionnées constituent un risque calculé acceptable si l'on attribue à l'intéressé une fonction adaptée, le cas échéant complétée par d'autres mesures adéquates.

Factor / Facteur	Betekenis	Signification
P		
	andere passende maatregelen.	
	▪ Eventueel geschikt voor het besturen van alle voertuigen, of zou geschikt zijn voor het besturen van alle voertuigen indien hij hiervoor niet ongeschikt was wegens een specifieke medische aandoening die een weerslag heeft op een andere factor van het medisch profiel of die beschreven wordt in de wetgeving betreffende het rijbewijs. ▪ Ongeschikt voor het dragen van bepaalde uitrustingsstukken of beschermingsmiddelen. ▪ Geschikt voor de fysiek weinig belastende functies, eventueel ook gedurende operaties. ▪ Vormt een berekend aanvaardbaar risico voor zichzelf en/of zijn omgeving, mits tewerkstelling in een aangepaste functie, waarin dit risico minimaal is en mits gebruik van aangepaste beschermingsmiddelen.	▪ Eventuellement apte à la conduite de tout véhicule, ou serait apte à la conduite de tout véhicule si il n'était pas inapte en raison d'une affection médicale spécifique ayant une répercussion sur un autre facteur du profil médical ou étant décrite dans la législation relative au permis de conduire. ▪ Inapte au port de certaines pièces d'équipement ou de moyens de protection. ▪ Apte pour des fonctions peu exigeantes sur le plan physique, éventuellement aussi pendant des opérations. ▪ Constitue un risque calculé acceptable pour lui-même et/ou pour son entourage à condition que l'intéressé soit employé dans une fonction adaptée dans laquelle ce risque est minimal et de faire usage de moyens de protection adaptés.
P5	▪ Ongeschikt voor elke functie.	▪ Inapte pour toute fonction.
V		
V1	▪ Minimum gezichtsscherpte van 10/10 met beide ogen samen, en van 9/10 voor het ene en 7/10 voor het andere oog, zonder correctie. Normaal gezichtsveld voor ieder oog. Normaal binoculair gezichtsvermogen. ▪ Geen hemeralopie (adaptatiedrempel tussen 10^{-4} en 10^{-5} asb)	▪ Acuité visuelle minimale de 10/10 pour les deux yeux simultanément et de 9/10 pour l'un et 7/10 pour l'autre œil, sans correction. Champ visuel normal pour chaque œil. Capacité visuelle binoculaire normale. ▪ Pas d'héméralopie (seuil d'adaptation entre 10^{-4} et 10^{-5} asb).
V2	▪ Minimum gezichtsscherpte van 10/10 met beide ogen samen. De minimum gezichtsscherpte moet minstens 7/10 bedragen voor het ene oog en 3/10 voor het andere. Deze minimum gezichtscherpte mag bekomen zijn na correctie. Normaal gezichtsveld voor elk oog. Normaal binoculair gezichtsvermogen met correctie. ▪ Geen hemeralopie.	▪ Acuité visuelle minimale de 10/10 pour les deux yeux simultanément. L'acuité visuelle d'un œil doit atteindre 7/10 au moins et 3/10 à l'autre. Cette acuité visuelle minimale peut être obtenue après correction. Champ visuel normal pour chaque œil. Capacité visuelle binoculaire normale après correction. ▪ Pas d'héméralopie.
V3	▪ Gezichtscherpte kleiner dan V2 maar groter dan 5/10 na correctie en met beide ogen samen kijkend. Stoomis van het binoculair gezichtsvermogen. Strabisme met een hoek kleiner dan 10° na correctie. Normaal gezichtsveld voor elk oog. ▪ Geen hemeralopie.	▪ Acuité visuelle inférieure aux valeurs de V2, mais supérieure à 5/10 après correction, pour les deux yeux simultanément. Troubles de l'acuité visuelle binoculaire. Strabisme inférieur à 10° d'angle, après correction. Champ visuel normal pour chaque œil. ▪ Pas d'héméralopie.
V4	▪ Een minimum gezichtscherpte van 5/10 met beide ogen samen en na correctie. Gezichtsveld minder dan 20° ingekrompen. Lichte scotomen. ▪ Lichte hemeralopie (adaptatiedrempel tussen 10^{-3} en 10^{-4} asb)	▪ Une acuité visuelle minimale, de 5/10 pour les deux yeux simultanément et après correction. Champ visuel réduit de moins de 20°, petits scotomes. ▪ Légère héméralopie (seuil d'adaptation entre 10^{-3} et 10^{-4} asb).
V5	▪ Gezichtsvermogen kleiner dan 5/10 met beide ogen samen na optische correctie. ▪ Eventueel nog andere gebreken.	▪ Acuité visuelle des deux yeux regardant ensemble, après correction, inférieure à 5/10. ▪ Eventuellement présence d'autres déficiences.

Factor / Facteur	Betekenis	Signification
A		
	▪ Ongeschikt voor elke functie.	▪ Inapte pour toute fonction.
A1	▪ Het gemiddeld verlies ¹ is voor elk oor kleiner dan 15 decibel.	▪ Perte moyenne ¹ d'acuité auditive pour chaque oreille inférieure à 15 décibels.
A2	▪ Het gemiddeld verlies ¹ is voor elk oor kleiner dan 20 decibel.	▪ Perte moyenne ¹ d'acuité auditive pour chaque oreille inférieure à 20 décibels.
A3	▪ Het gemiddeld verlies ¹ voor het minst goede oor is kleiner dan 30 decibel en het gemiddeld verlies voor het andere oor is kleiner dan 15 decibel.	▪ Perte moyenne ¹ d'acuité auditive inférieure à 30 décibels pour l'oreille la moins bonne et inférieure à 15 décibels pour l'autre oreille.
A4	▪ De gevallen die niet onder A1, A2, A3 of A5 vallen.	▪ Les cas qui ne sont cotés ni sous A1, A2, A3 ou A5.
A5	▪ Het gemiddeld verlies ¹ voor het minst goede oor is groter of gelijk aan 50 decibel en het gemiddeld verlies voor het andere oor is groter of gelijk aan 40 decibel.	▪ Perte moyenne ¹ d'acuité auditive égale ou supérieure à 50 décibels pour l'oreille la moins bonne et égale ou supérieure à 40 décibels pour l'autre oreille.
E		
E1	▪ Geen enkel teken van psychische decompensatie in het verleden wordt gevonden. De mogelijke ongevallen gaan niet verder dan het adaptatiekader. Het risico van een toekomstige decompensatie schijnt zeer zwak in alle omstandigheden. De adaptatie is de doorlopende regel niettegenstaande sommige inefficiënties in het behandelen van stimuli uit de realiteit. Niets in het onderzoek motiveert het vooruitzicht van de adaptatiemoeilijkheden in eender welke functie.	▪ Aucun signe de décompensation psychique dans le passé. La survenue d'éventuels incidents antérieurs ne sortent pas du cadre des troubles de l'adaptation. Le risque de la survenue d'une décompensation dans le futur semble très faible en toutes circonstances. L'adaptation est la règle courante malgré certaines réactions inefficaces dans la négociation des stimuli de la réalité. Rien dans l'examen ne permet de prévoir des difficultés d'adaptation à une quelconque fonction.
E2	▪ De tekens en/of symptomen van psychische decompensatie die eventueel zouden voorgekomen zijn in het verleden hebben een karakter dat reactieel is op een specifieke situatie. Ze blijven op een secundair plan in het psychische geheel. De risico's voor decompensatie zijn zwak, zelfs in situaties die meer eisen dan het normale dagelijkse leven. De adaptatie is de doorlopende regel, maar dit geldt ook voor de min of meer inefficiënte uitingen ten opzichte van de stimuli van de realiteit. Het gaat over individuen die in het verleden lichte gevoels- of karakter-stoornissen vertoond hebben, alsook individuen die in het verleden tekens vertoond hebben van weinig ernstig neuro-vegetatief of psychomotorisch onevenwicht maar die actueel normaal zijn. Ondanks de uitingen die blijken geven van beperkte doelmatigheid van de psychische processen, schijnt de adaptatie mogelijk en zelfs gemakkelijk te zijn voor normale affectaties in verhouding tot de fysieke geschiktheid.	▪ Les signes et/ou symptômes de décompensation psychique qui sont éventuellement survenus dans le passé présentent un caractère réactionnel à une situation spécifique. Ils restent cantonnés sur un plan secondaire et n'entravent pas le fonctionnement des mécanismes psychiques. Les risques de décompensation sont faibles, même dans des situations plus exigeantes que celles de la vie courante. L'adaptation est la règle de base, mais ceci vaut également pour les réactions plus ou moins inefficaces aux stimuli de la réalité. Il s'agit d'individus qui ont présenté dans le passé des troubles caractériels ou émotionnels légers, ainsi que des individus qui ont, dans le passé, montré des signes modérément sévères de déséquilibre neurovégétatif ou psychomoteur, mais dont les réactions psychiques sont actuellement normales. Malgré les réactions qui témoignent d'une efficacité limitée des processus psychiques, l'adaptation semble possible et même aisée pour des affectations normales eu égard à leur aptitude physique.
E3	▪ Tekens en/of symptomen van psychische decompensatie zijn voorgekomen in het verleden. Ze zijn begrensd gebleven in de tijd en/of in hun	▪ Des signes et/ou symptômes de décompensation psychique se sont présentés dans le passé. Ces signes sont restés limités dans le temps et/ou en

¹Onder gemiddeld verlies wordt verstaan het gemiddelde van de verliezen op de frequenties 500, 1000 en 2000 Hertz (audiometrie volgens ISO-normen). - Par perte moyenne, il faut comprendre la moyenne des pertes d'acuité auditive dans les fréquences 500, 1000 et 2000 Hertz (audiométrie suivant les normes ISO).

Factor / Facteur	Betekenis	Signification
E		
	intensiteit alsook in hun gevolgen aangaande de aanpassing van het individu in de doorlopende realiteit. Risico's op decompensatie bestaan, maar enkel wanneer de externe stimuli het kader van een doorlopende en weinig eisen stellende realiteit overschrijden. In het kader van een nog bestaande adaptatie is de efficiëntie van de psychische processen voldoende maar blijft kwetsbaar en deze individuen tonen op een verruiterlijke wijze hun kwetsbaarheid tegenover externe stimuli. Het zijn individuen die in het verleden stoornissen vertoond hebben die ernstig waren, hetzij door hun intensiteit, hetzij door hun duur, maar die geen neurotische kenmerken vertoonden, of individuen die actueel nog lichte stoornissen vertonen. ▪ Het klinisch onderzoek laat met voldoende waarschijnlijkheid toe een bevredigende aanpassing te voorzien aan normale functies die geen bijzondere eisen stellen. Een inadaptatie is nochtans te voorzien voor functies die het volgende omvatten: het uitoefenen van leiderschap, het dragen van persoonlijke en belangrijke verantwoordelijkheid, het verwerven van complexe kwalificaties, het onderhevig zijn aan psychisch moeilijke situaties zoals langdurige of zware inspanningen, ritme, ontberingen, ongemak, etc. ▪ Een factor E3 is een tegenaanwijzing voor hoge specialisatie of kwalificatie.	intensité, de même que dans leurs conséquences sur l'adaptation de l'individu à la réalité courante. Les risques de décompensation existent, mais seulement lorsque les stimuli externes dépassent le cadre d'une réalité courante et peu exigeante. Lorsqu'une capacité d'adaptation existe encore, les processus psychiques sont suffisamment efficaces mais restent fragiles et ces individus laissent apparaître d'une manière patente leur vulnérabilité aux stimuli externes. Ce sont des individus ayant présenté dans le passé des troubles sévères par leur durée ou leur intensité, mais pas à connotation névrotique ou bien qui présentent actuellement des troubles légers. ▪ L'examen clinique laisse prévoir chez ces individus, avec une probabilité suffisante, une adaptation satisfaisante à des fonctions normales qui ne requièrent pas d'exigences particulières. Par contre, cet examen clinique fait apparaître de façon prévisible une inadaptation aux fonctions impliquant l'exercice d'un commandement, l'exercice de responsabilités personnelles importantes, l'acquisition de qualifications complexes, une exposition à des situations psychiquement pénibles, telles que des efforts soutenus ou importants, une cadence à respecter, des privations, un inconfort, etc. ▪ Un facteur E3 contre-indique les spécialisations et qualifications très poussées.
E4	▪ Tekens en/of symptomen van decompensatie zijn voorgekomen in het verleden. Belangrijke risico's op decompensatie bestaan, zelfs in situaties van dagelijkse realiteit. In het kader van een nog bestaande adaptatie is de efficiëntie van de psychische processen zeer zwak en zeer kwetsbaar. Het zijn individuen die neurotische of karakteristieke stoornissen of emotionele kwetsbaarheid vertonen of vertoond hebben waardoor hun aanpassingsvermogen beperkt is en waardoor zij niet bekwaam zijn in dynamische situaties die ingewikkeld zijn en stress veroorzaken, hun houding aan te passen. Ze zijn niet bekwaam om dringende beslissingen te nemen of om belangrijke verantwoordelijkheden te dragen. Zij hebben dikwijls afwisselende psychosomatische klachten geuit (cephalea, palpitations, lipothymie, spijsverteringsstoornissen, etc). Zij hebben vage gezondheidsklachten, aanvallen van laattijdige enuresis, studieonderbreking gedurende meerdere weken en die toegeschreven wordt aan 'overwerkt zijn' of 'depressie', veelvuldig veranderen van beroep door gebrek aan aanpassing, infantilisme, angstgevoel, etc. Het onderzoek laat toe een inadaptatie te voorzien aan functies, uitge-	▪ Des signes et/ou symptômes de décompensation psychique sont survenus dans le passé. Des risques importants de décompensation existent, même dans les situations de la réalité quotidienne. Dans le cadre d'une capacité d'adaptation encore existante, l'efficacité des processus psychiques est très faible et très vulnérable. Il s'agit d'individus qui présentent ou qui ont présenté des troubles caractériels ou névrotiques, ou une vulnérabilité émotionnelle, limitant leur capacité d'adaptation, ce qui les rend incapables d'adapter leur comportement lorsqu'ils sont confrontés à des situations dynamiques compliquées et génératrices de stress. Ils sont incapables de prendre des décisions urgentes et d'endosser des responsabilités importantes. Ils ont souvent présenté des plaintes psychosomatiques diverses (céphalées, palpitations, lipothymie, troubles digestifs, etc). Ils présentent des plaintes de santé vagues, parfois des épisodes d'énurésie tardive, une interruption dans leurs études durant plusieurs semaines qui est attribuée à un surmenage ou à une dépression. Ils ont changé fréquemment de profession par manque d'adaptabilité ou en raison de leur infantilisme,

Factor / Facteur	Betekenis	Signification
E		
	zonderd aan diegene die gekarakteriseerd worden door aspecten van routine of onderworpen zijn aan regelmatige controles.	d'anxiété, etc. L'examen clinique laisse prévoir une inadaptation aux fonctions, exceptées les fonctions routinières ou qui sont soumises à des contrôles réguliers.
E5	Tekens en/of symptomen van decompensatie hebben zich duidelijk voorgedaan in het verleden. Belangrijke risico's op decompensatie bestaan zelfs in de situaties van de dagelijkse realiteit. De kwetsbaarheid is extreem en de decompensatie is slechts op de limiet vermeden. Het onderzoek laat toe een inadaptatie te voorzien voor elke functie.	Des signes et/ou des symptômes de décompensation psychique se sont manifestés de manière indubitable dans le passé. Des risques importants de décompensation existent, même dans des situations de la réalité quotidienne. La vulnérabilité est extrême et la décompensation n'est évitée qu'à la limite. L'examen clinique permet de prévoir une inadaptation pour toute fonction.
	Een factor E5 geeft aanleiding tot de ongeschiktheid voor elke functie. Hij wordt dus gegeven aan individuen met manifeste geestestoornissen.	Un facteur E5 entraîne l'inaptitude pour toute fonction. Il est donc attribué à des individus qui ont présenté des troubles mentaux manifestes.

Gezien om gevoegd te worden bij het ministerieel besluit van 25 januari 2006 tot vaststelling van de lichamelijke geschiktheid vereist voor de kandidaten voor bepaalde betrekkingen van burgerlijke ambtenaren van het stafdepartement inlichtingen en veiligheid

A. FLAHAUT

Vu pour être annexé à l'arrêté ministériel du 25 janvier 2006 fixant les aptitudes physiques requises des candidats à certains emplois d'agents civils du département d'état-major renseignement et sécurité

A. FLAHAUT

Bijlage 2 bij het ministerieel besluit van 25 januari 2006 tot vaststelling van de lichamelijke geschiktheid vereist voor de kandidaten voor bepaalde betrekkingen van burgerlijke ambtenaren van het stafdepartement inlichtingen en veiligheid

Beoordelingstabel van de proef
op ergometrische fiets (in minuten, seconden)

Annexe 2 à l'arrêté ministériel du 25 janvier 2006 fixant les aptitudes physiques requises des candidats à certains emplois d'agents civils du département d'état-major renseignement et sécurité

Tableau de notation de l'épreuve
sur vélo ergométrique (en minutes, secondes)

Reeks	Punten	Mannen	Vrouwen
Série	Points	Hommes	Femmes
(a)	(b)	(c)	(d)
1	20	> 08'09"	> 05'52"
2	19	07'50" – 08'09"	05'42" – 05'52"
3	18	07'30" – 07'49"	05'31" – 05'41"
4	17	07'10" – 07'29"	05'20" – 05'30"
5	16	06'50" – 07'09"	05'09" – 05'19"
6	15	06'30" – 06'49"	04'58" – 05'08"
7	14	06'10" – 06'29"	04'46" – 04'57"
8	13	05'50" – 06'09"	04'35" – 04'45"
9	12	05'30" – 05'49"	04'24" – 04'34"
10	11	05'10" – 05'29"	04'13" – 04'23"
11	10	04'50" – 05'09"	04'02" – 04'12"
12	9	04'30" – 04'49"	03'51" – 04'01"
13	8	04'10" – 04'29"	03'40" – 03'50"
14	7	03'50" – 04'09"	03'29" – 03'39 "
15	6	03'30" – 03'49"	03'18" – 03'28"
16	5	03'10" – 03'29"	03'07" – 03'17"
17	4	02'50" – 03'09"	02'56" – 03'06"
18	3	02'30" – 02'49"	02'45" – 02'55"
19	2	02'10" – 02'29"	02'34" – 02'44"
20	1	01'50" – 02'09"	02'23" – 02'33"
21	0	< 01'50"	< 02' 23"

Gezien om gevoegd te worden bij het ministerieel besluit van 25 januari 2006 tot vaststelling van de lichamelijke geschiktheid vereist voor de kandidaten voor bepaalde betrekkingen van burgerlijke ambtenaren van het stafdepartement inlichtingen en veiligheid

A. FLAHAUT

Vu pour être annexé à l'arrêté ministériel du 25 janvier 2006 fixant les aptitudes physiques requises des candidats à certains emplois d'agents civils du département d'état-major renseignement et sécurité

A. FLAHAUT