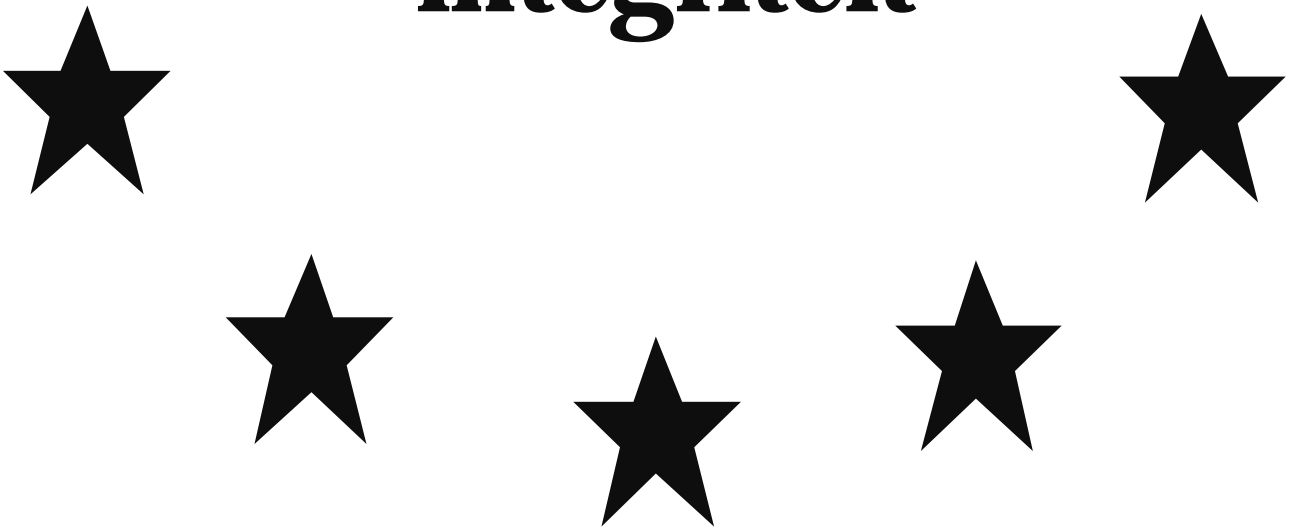


**★ Europese schaal ★  
voor de beoordeling van  
★ aantastingen van de ★  
fysieke en psychische  
integriteit**



25 MEI 2003

# INHOUD

<b>Inhoud</b>	<b>11</b>
<b>I. Zenuwstelsel</b>	<b>12</b>
Neurologie	12
Psychiatrie	17
Sensomotorische stoornissen	18
<b>II. Sensorisch systeem en stomatologie</b>	<b>20</b>
Oftalmologie	20
KNO	24
Stomatologie	26
<b>III. Osteo-articulair systeem</b>	<b>27</b>
Bovenste ledemaat	28
Onderste ledemaat	36
Wervelkolom	43
Bekken	45
<b>IV. Cardio-respiratoir systeem</b>	<b>46</b>
Hart	46
Ademhalingsapparaat	48
<b>V. Vaatstelsel</b>	<b>50</b>
Slagaders	50
Aders	50
Lymfestelsel	51
Milt	51
<b>VI. Spijsverteringstelsel</b>	<b>52</b>
Hepato-gastro-enterologie	53
<b>VII. Urinair stelsel</b>	<b>55</b>
<b>VIII. Voortplantingssysteem</b>	<b>57</b>
<b>IX. Endocrien stelsel</b>	<b>59</b>
<b>X. Huid</b>	<b>62</b>
Diepe brandwonden of pathologische littekenvorming	62
<b>Index</b>	<b>63</b>

\*\*\*

# I. ZENUWSTELSEL



## I - ZENUWSTELSEL

*Niet-beschreven gevallen worden beoordeeld in vergelijking met beschreven en gekwantificeerde klinische gevallen.*

**Waar de schaal alleen het volledige gebrek beschouwt, dienen de gedeeltelijke naderkingen, rekening houdend met het cijfer van het totale verlies, in functie van het waargenomen gebrek te worden beoordeeld.**

## NEUROLOGIE

### a) Motorische en senso-motorische naderkingen

<b>Volledige tetraplegie, afhankelijk van het niveau</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• van C2- C6</li><li>• minder dan C6</li></ul>	<b>95 %</b> <b>85 %</b>
<b>Volledige hemiplegie</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• met afasie</li><li>• zonder afasie</li></ul>	<b>90 %</b> <b>75 %</b>
<b>Volledige paraplegie, afhankelijk van het niveau</b>	<b>70 à 75 %</b>
<b>Volledig aangetaste cauda equina, afhankelijk van het niveau</b>	<b>25 à 50 %</b>

## b) Cognitieve problemen

De analyse van syndromen met betrekking tot neuropsychologische gebreken moet naar een precieze symptomatologie verwijzen. Het zogenaamd frontaal syndroom stemt in feite overeen met nu goed gedefinieerde entiteiten, waarvan de ermee verband houdende grote of kleine gebreken zeer verscheiden klinische beelden opleveren.

Bij de beoordeling van het onvermogenscijfer moet dus noodzakelijkerwijze worden uitgegaan van precieze en gespecialiseerde medische balansen, die met de aanvankelijke letsels en de gegevens van klinische en paraklinische onderzoeken verband houden.

### Echt frontaal syndroom

<b>Zwaarste vorm</b> met apragmatisme en zware problemen op het gebied van sociale en familiale integratie	<b>60 à 85 %</b>
<b>Zware vorm</b> met wijziging van het instinctief gedrag, verlies van initiatief, stemmingsproblemen en moeilijke sociale en familiale integratie	<b>35 à 60 %</b>
<b>Matige vorm</b> met relatieve bradypsychie, geheugenproblemen, stemmingsproblemen en gevolgen voor de sociale en familiale integratie	<b>20 à 35 %</b>
<b>Lichtste vorm</b> met verstrooidheid, traagheid, geheugenproblemen en problemen met het uitwerken van complexe strategieën. Weinig of geen problemen op het gebied van sociale en familiale integratie	<b>10 à 20 %</b>

### 2) Communicatieproblemen

<b>Zware afasie</b> met jargonafasie, alexie en problemen op het gebied van bevattingsvermogen	<b>70 %</b>
<b>Lichte vorm:</b> problemen op het gebied van benaming, herhaling en parafasie. Bewaard bevattingsvermogen	<b>10 à 30 %</b>

### 3) Geheugenproblemen

<b>Volledig syndroom van Korsakoff</b>	<b>60 %</b>
<b>Problemen waaronder:</b> regelmatig, in het dagelijks leven hinderlijk vergeten, behoefte aan geheugensteuntjes in het dagelijks leven, valse herkenning, eventueel confabuleren, leerproblemen en herinneringsproblemen	<b>10 à 60 %</b>
<b>Volledig of gedeeltelijk verlies van de aangeleerde kennis:</b> <i>De overeenkomstige cijfers zullen aan de hand van dezelfde schaal als voor geheugenproblemen worden beoordeeld.</i>	

#### 4) Kleine cognitieve problemen

**In afwezigheid van echt frontaal syndroom of geïsoleerde aantasting** van een cognitieve functie, bepaalde min of meer zware schedelletsels, kunnen objectiveerbare klachten bestaan die een syndroom vormen dat van het postcommotioneel syndroom verschilt, waaronder:

<b>Labiliteit van de aandacht</b> , traagheid van begrip, geheugenproblemen, intellectuele vermoeidheid, overgevoeligheid voor lawaai en wisselvalligheid van stemming, die langer dan 2 jaar aanhouden	<b>5 à 10 %</b>
---	-----------------

#### 5) Dementie

**Het bestaan van posttraumatische dementie is niet bewezen. Dementie van het Alzheimer-type en seniele dementie is nooit posttraumatisch**

##### c) Gemengde cognitieve en senso-motorische problemen

*Deze gemengde problemen zijn kenmerkende nawerkingen van ernstige schedelletsels. Ze verenigen meestal frontale disfuncties met cognitieve problemen, gedragsproblemen, piramidale en/of cerebellaire syndromen, sensoriele problemen (hemianopsiën, oculo-motorische verlamming...) die met door afbeeldingstechnieken gevisualiseerd letsels overeenstemmen.*

*Deze combinaties tonen een ander klinisch beeld van persoon tot persoon, zodat geen precies cijfer zoals voor perfect geïndividualiseerde nawerkingen kan worden voorgesteld. Deze problemen dienen het voorwerp van een algemene beoordeling te zijn.*

*In de context van een gerechtelijk geneeskundige beoordeling is het echter mogelijk in functie van het algemene gebrek verschillende niveaus van ernst te herkennen.*

<b>Opheffing van elke vrijwillige nuttige activiteit</b> , verlies van elk identificeerbaar relationeel vermogen	<b>100 %</b>
<b>Zware senso-motorische problemen</b> die de autonomie sterk beperken en cognitieve gebreken die met een aannemelijk relationeel leven onverenigbaar zijn	<b>85 à 95 %</b>
<b>Zware cognitieve problemen</b> , in de eerste plaats desinhibitie en zware gedragsproblemen die elke socialisatie bemoeilijken, en senso-motorische problemen die met autonomie met betrekking tot de belangrijkste handelingen van het dagelijks leven verenigbaar zijn	<b>60 à 85 %</b>
<b>Cognitieve problemen met permanente verstoring</b> van de aandacht en het geheugen, relatief of volledig verlies van initiatief en/of zelfkritiek, onvermogen met complexe situaties om te gaan en duidelijke senso-motorische problemen die met autonomie met betrekking tot de handelingen van het dagelijks leven verenigbaar zijn	<b>40 à 60 %</b>
<b>Cognitieve problemen</b> met duidelijke traagheid van begrip, duidelijke geheugenproblemen, moeilijkheden om complexe strategieën uit te werken en kleine senso-motorische problemen	<b>20 à 40 %</b>

## d) Epilepsie

Zonder bewijs van de realiteit van het schedel-hersenletsel en de crisissen en voor de onontbeerlijke terugkeer naar de spontane stabilisering van de evolutie van de problemen en de aanpassing aan de behandeling kan geen onvermogenscijfer worden voorgesteld.

### 1) Epilepsie met bewustzijnsproblemen

*(Algemene epilepsie en complexe partiële epilepsie)*

<b>Niet-controleerbare epilepsie</b> , ondanks een aangepaste en onafgebroken behandeling met erkende, nagenoeg dagelijkse aanvallen	<b>35 à 70 %</b>
<b>Moeilijk controleerbare epilepsie</b> , met regelmatige aanvallen (verschillende per maand), en secundaire gevolgen van de behandelingen	<b>15 à 35 %</b>
<b>Goed beheersbare epilepsie</b> , met een medicatie die goed wordt verdragen	<b>10 à 15 %</b>

### 1) Epilepsie zonder bewustzijnsproblemen

<b>Partiële epilepsie</b> , eenvoudig, naar behoren erkend, overeenkomstig type en frequentie van de aanvallen en de secundaire gevolgen van de behandelingen	<b>10 à 30 %</b>
---	------------------

*Losstaande anomalieën van het EEG laten bij ontbreken van erkende aanvallen niet toe de diagnose posttraumatische epilepsie te stellen*

## e) Postcommotioneel syndroom

Niet geobjectiveerde klachten tengevolge van erkend bewustzijnsverlies	<b>2 %</b>
--	------------

## f) Deafferentatiepijn:

*Pijn in verband met een letsel van het perifeer zenuwstelsel, gevoeld bij afwezigheid van elke nociceptieve stimulatie die verschillende klinische types kan treffen:*

*pijnlijke anesthesie, pijscheuten, hyperpathieën (bijvoorbeeld stomppijn van het type fantoompijn bij amputaties of trigeminale neuralgieën)*

*Uitzonderlijke pijnen die geen deel uitmaken van het gewone beeld van de nawerkingen, en dus niet in het AFPI-cijfer zijn opgenomen. Ze houden extra schade in.*

*Het lijkt dan ook gerechtvaardigd het AFPI-cijfer van het betrokken probleem te verhogen met **5 à 10 %***

\*\*\*

## **B) PSYCHIATRIE**

(Met verwijzing naar classificaties ICD X en DSM IV)

### **a) Aanhoudende stemmingsproblemen**

In het geval van fysieke posttraumatische letsels die een complexe en langdurige behandeling met zware nawerkingen vereisen, kan zich een psychische toestand van permanente droefheid met aanhoudende stemmingsproblemen voordoen (*depressieve toestand*) :

<b>Frequente medische follow-up</b> door een specialist, grote behandelingsdruk met of zonder opname in het ziekenhuis	<b>10 à 20 %</b>
<b>Regelmatige medische follow-up</b> door een specialist met sporadische specifieke behandeling	<b>3 à 10 %</b>
Een <b>onregelmatige medische follow-up</b> vergend, met periodieke behandeling	<b>Tot 3 %</b>

### **b) Traumatische neuroses** (posttraumatische stress, angstneurose)

*Zijn het gevolg van door het plots en onvoorzien optreden van een traumatiserende gebeurtenis die het verdedigingsmechanisme van het individu in werking doet treden, uitgelokte psychische evenementen.*

*De factor stress moet intens en/of langdurig zijn.*

*De gebeurtenis moet in het geheugen geprent zijn.*

*De symptomatologie houdt problemen in als angstproblemen van het fobische type, ontwijkend gedrag een herhalingsyndroom en karakterproblemen. Zeer vroegtijdig behandeld kan de beoordeling ervan niet vroeger dan na ongeveer twee jaar van ontwikkeling plaatsvinden.*

<b>Groot fobisch syndroom</b>	<b>12 à 20 %</b>
<b>Fobische angst met paniekaanvallen</b> , ontwijkend gedrag en herhalingsyndroom	<b>8 à 12 %</b>
<b>Fobische angstmanifestaties met ontwijkend gedrag</b> en herhalingsyndroom	<b>3 à 8 %</b>
<b>Kleine fobische angstmanifestaties</b>	<b>Tot 3 %</b>

### **c) Psychotische problemen**

**Deze problemen zijn in deze schaal niet opgenomen omdat hun toerekenbaarheid aan een letsel nooit is aangetoond.**

\*\*\*



## C) SENSOMOTORISCHE STOORNISSEN

*Zenuwaantasting leidt tot verlamming (volledige laesie) of parese, die naar zijn objectieve klinische en technische gevolgen dient te worden beoordeeld*

### a) Aangezicht

Verlamming van de nervus trigeminus <ul style="list-style-type: none"> <li>• unilateraal</li> <li>• bilateraal</li> </ul>	<b>15 %</b> <b>30 %</b>
Verlamming van de nervus facialis <ul style="list-style-type: none"> <li>• unilateraal</li> <li>• bilateraal</li> </ul>	<b>20 %</b> <b>45 %</b>
Verlamming van de nervus glossopharyngeus <ul style="list-style-type: none"> <li>• unilateraal</li> </ul>	<b>8 %</b>
Verlamming van de nervus hypoglossus <ul style="list-style-type: none"> <li>• unilateraal</li> </ul>	<b>10 %</b>

### b) Bovenste ledemaat

	<b>D</b>	<b>ND</b>
Volledige verlamming (volledige laesie van de plexus brachialis)	<b>65 %</b>	<b>60 %</b>
Medio-ulnaire verlamming	<b>45 %</b>	<b>40 %</b>
Verlamming van de nervus radialis <ul style="list-style-type: none"> <li>• boven de tricipitale tak</li> <li>• onder de tricipitale tak</li> </ul>	<b>40 %</b> <b>30 %</b>	<b>35 %</b> <b>25 %</b>
Verlamming van de nervus medianus <ul style="list-style-type: none"> <li>• aan de arm</li> <li>• aan de pols</li> </ul>	<b>35 %</b> <b>25 %</b>	<b>30 %</b> <b>20 %</b>
Verlamming van de nervus ulnaris	<b>20 %</b>	<b>15 %</b>
Verlamming van de nervus axillaris	<b>15 %</b>	<b>12 %</b>
Verlamming van de nervus musculo-cutaneus	<b>10 %</b>	<b>8 %</b>

**Rekening houdend met hun gevolgen voor de bovenste ledemaat, werden de volgende aantastingen in dit hoofdstuk opgenomen:**

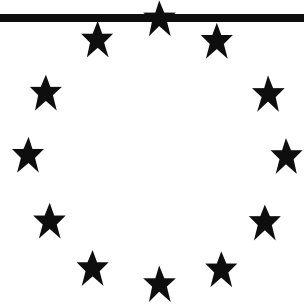
	<b>D</b>	<b>ND</b>
Verlamming van de nervus spinalis	<b>12 %</b>	<b>10 %</b>
Verlamming van de nervus thoracalis superior	<b>5 %</b>	<b>4 %</b>

### c) Onderste ledemaat

Volledige verlamming van de nervus ischiaticus (volledige laesie) <ul style="list-style-type: none"><li>• Hoge tronculaire vorm (met verlamming van de bilspieren)</li><li>• lage vorm, onder de knie</li></ul>	<b>45 %</b> <b>35 %</b>
Verlamming van de nervus femoralis	<b>35 %</b>
Verlamming van de nervus fibularis	<b>22 %</b>
Verlamming van de nervus tibialis	<b>22 %</b>
Verlamming van de nervus obturatorius	<b>5 %</b>

\*\*\*

# II. SENSORISCH SYSTEEM en STOMATOLOGIE



## II. SENSORISCH SYSTEEM EN STOMATOLOGIE

### 1 - OFTALMOLOGIE

*Niet-beschreven gevallen worden beoordeeld in vergelijking met beschreven en gekwantificeerde klinische gevallen.*

#### A) GEZICHTSSCHERPTE

##### a) Volledig verlies van het gezichtsvermogen

Verlies van het gezichtsvermogen aan beide ogen (blindheid)	85 %
Verlies van het gezichtsvermogen aan één oog	25 %

b) Verlies van het gezichtsvermogen aan beide ogen, bij- en verziendheid

	10/10	9/10	8/10	7/10	6/10	5/10	4/10	3/10	2/10	1/10	1/20	<1/20	Blind- heid
10/10	0	0	0	1	2	3	4	7	12	16	20	23	25
9/10	0	0	0	2	3	4	5	8	14	18	21	24	26
8/10	0	0	0	3	4	5	6	9	15	20	23	25	28
7/10	1	2	3	4	5	6	7	10	16	22	25	28	30
6/10	2	3	4	5	6	7	9	12	18	25	29	32	35
5/10	3	4	5	6	7	8	10	15	20	30	33	35	40
4/10	4	5	6	7	9	10	11	18	23	35	38	40	45
3/10	7	8	9	10	12	15	18	20	30	40	45	50	55
2/10	12	14	15	16	18	20	23	30	40	50	55	60	65
1/10	16	18	20	22	25	30	35	40	50	65	68	70	78
1/20	20	21	23	25	29	33	38	45	55	68	75	78	80
<1/20	23	24	25	28	32	35	40	50	60	70	78	80	82
Blind- heid	25	26	28	30	35	40	45	55	65	78	80	82	85

**Tabel I:** verziendheid.

	P 1,5	P2	P3	P4	P5	P6	P8	P10	P14	P20	< P20	Blind- heid
P 1,5	0	0	2	3	6	8	10	13	16	20	23	25
P 2	0	0	4	5	8	10	14	16	18	22	25	28
P 3	2	4	8	9	12	16	20	22	25	28	32	35
P 4	3	5	9	11	15	20	25	27	30	36	40	42
P 5	6	8	12	15	20	26	30	33	36	42	46	50
P 6	8	10	16	20	26	30	32	37	42	46	50	55
P 8	10	14	20	25	30	32	40	46	52	58	62	65
P 10	13	16	22	27	33	37	46	50	58	64	67	70
P 14	16	18	25	30	36	42	52	58	65	70	72	76
P 20	20	22	28	36	42	46	58	64	70	75	78	80
< P 20	23	25	32	40	46	50	62	67	72	78	80	82
Blind- heid	25	28	35	42	50	55	65	70	76	80	82	85

**Tabel II:** bijziendheid.

*Tabel II dient alleen te worden gebruikt bij een groot verschil tussen het gezichtsvermogen dichtbij en het gezichtsvermogen veraf. In dat geval dient het rekenkundig gemiddelde van de twee cijfers te worden genomen.*

## **B) GEZICHTSVELD**

Hemianopsie <ul style="list-style-type: none"><li>afhankelijk van het type, de mate en de aantasting van het centrale beeld</li></ul>	<b>tot 85 %</b>
Quadranopsie <ul style="list-style-type: none"><li>afhankelijk van het type</li></ul>	<b>tot 30 %</b>
Centraal scotoom <ul style="list-style-type: none"><li>bilateraal</li><li>unilateraal</li></ul>	<b>tot 70 %</b> <b>tot 20 %</b>
Juxtacentrale of paracentrale scotomen <ul style="list-style-type: none"><li>afhankelijk van het uni- of bilaterale karakter met bewaarde gezichtsscherpte</li></ul>	<b>tot 15 %</b>

## **C) OCULO-MOTORIEK**

Diplopie <ul style="list-style-type: none"><li>afhankelijk van de posities van de blik, het al dan niet permanente karakter en de noodzaak voortdurend een oog te bedekken</li></ul>	<b>tot 25 %</b>
Oculo-motorische verlamming <ul style="list-style-type: none"><li>afhankelijk van het type</li></ul>	<b>tot 15 %</b>
Intrinsieke motoriek <ul style="list-style-type: none"><li>afhankelijk van het type (maximaal volledige aniridie)</li></ul>	<b>tot 10 %</b>
Heteroforie; volledige verlamming van de convergentie	<b>5 %</b>

## **D) OOGLENS**

Verlies (afakie), gecorrigeerd door een extern optisch instrument <ul style="list-style-type: none"><li>bilateraal</li><li>unilateraal</li></ul> <p><i>Waaraan het cijfer dient te worden toegevoegd dat overeenstemt met het verlies van de gecorrigeerde gezichtsscherpte, zonder 25% voor unilaterale en 85% voor bilaterale schade te overstijgen.</i></p> <p>Door een lensimplantaat gecorrigeerd verlies (pseudofakie):</p> <ul style="list-style-type: none"><li><i>per pseudofaak oog 5% toevoegen aan het cijfer dat met het verlies van de gezichtscherpte overeenstemt</i></li></ul>	<b>20 %</b> <b>10 %</b>
---	----------------------------

**E) ADNEXA VAN HET OOG**

Afhankelijk van de aantasting, waarvan de zwaarste ptosis is met campimetrisch gebrek en bilaterale alacrymie
---

<b>tot 10 %</b>
-----------------

\*\*\*

## 2 - KNO

*De niet-beschreven situaties worden in vergelijking met beschreven en gekwantificeerde klinische situaties beoordeeld.*

### A) GEHOOR

#### a) Gehoorscherpte

##### 1) Volledige doofheid

Bilateraal	<b>60 %</b>
Unilateraal	<b>14 %</b>

##### 2) Gedeeltelijke doofheid

De beoordeling vindt plaats in 2 fasen:

- Gemiddeld gehoorverlies

In verhouding tot het tonaal gebrek bij geleiding door de lucht, gemeten in decibels op 500, 1000, 2000 en 4000 hertz met wegingscoëfficiënten van respectievelijk 2,4,3 en 1.

De som wordt gedeeld door 10. Zie onderstaande tabel

Gemiddeld gehoorverlies in dB	0 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70 - 79	80 en +
0 - 19	0	2	4	6	8	10	12	14
20 - 29	2	4	6	8	10	12	14	18
30 - 39	4	6	8	10	12	15	20	25
40 - 49	6	8	10	12	15	20	25	30
50 - 59	8	10	12	15	20	25	30	35
60 - 69	10	12	15	20	25	30	40	45
70 - 79	12	14	20	25	30	40	50	55
80 en +	14	18	25	30	35	45	55	60

- Auditive vervorming

Beoordeling dient plaats te vinden door vergelijking van het ruwe cijfer met de resultaten van een vocale gehoormeting om eventuele auditieve vervormingen (in het bijzonder recruitering) te beoordelen die de functionele hinder verergeren.

De volgende tabel geeft de met betrekking tot de resultaten van de liminaire tonale gehoormeting eventueel te bespreken verhogingscijfers weer:

<b>% onderscheid</b>	<b>100 %</b>	<b>90 %</b>	<b>80 %</b>	<b>70 %</b>	<b>60 %</b>	<b>&lt; 50 %</b>
----------------------	--------------	-------------	-------------	-------------	-------------	------------------

<b>100 %</b>	0	0	1	2	3	4
<b>90 %</b>	0	0	1	2	3	4
<b>80 %</b>	1	1	2	3	4	5
<b>70 %</b>	2	2	3	4	5	6
<b>60 %</b>	3	3	4	5	6	7
<b>&lt; 50 %</b>	4	4	5	6	7	8

*In geval van een prothese zal de verbetering worden bepaald door de vergelijking van auditieve curven zonder en met prothese; dat maakt het mogelijk het cijfer te beperken, waarbij echter de door de prothese veroorzaakte hinder, in het bijzonder in een lawaaierige omgeving in acht dient te worden genomen.*

### **b) Geïsoleerde oorsuizingen**

Als de toerekenbaarheid aan een letsel erkend is	<b>tot 3 %</b>
--	----------------

## **B) EVENWICHT**

Bilaterale aantasting van het evenwichtsorgaan, met geobjectiveerde destructieve problemen, afhankelijk van de omvang	<b>10 à 25 %</b>
Unilaterale aantasting van het evenwichtsorgaan	<b>4 à 10 %</b>
Benigne paroxismale duizeligheid	<b>tot 4 %</b>

## **C) NEUSVENTILATIE**

<b>Niet voor behandeling toegankelijke obstructie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• bilateraal</li> <li>• unilateraal</li> </ul>	<b>tot 8 %</b> <b>tot 3 %</b>
---	----------------------------------

## **D) REUKZIN**

**met inbegrip van wijziging van smaakwaarneming**

Anosmie	<b>8 %</b>
Hyposmie	<b>tot 3 %</b>

## **E) KLANKVORMING**

Afonie	<b>30 %</b>
Geïsoleerde dysfonie	<b>Tot 10 %</b>



\*\*\*

### 3 - STOMATOLOGIE

*Niet-beschreven gevallen worden beoordeeld in vergelijking met beschreven en gekwantificeerde klinische gevallen.*

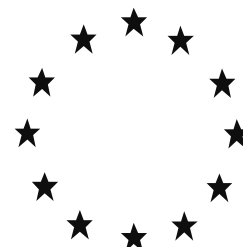
*In geval van een losse prothese beperken tot 1/2; in geval van een vaste prothese beperken tot 3/4.*

*De plaatsing van een implantaat schrapt het AFPI.*

Volledige tandeloosheid waarbij een prothese onmogelijk is <i>rekening houdend met de gevolgen voor de algemene toestand</i>	<b>28 %</b>
Verlies van een tand waarbij een prothese onmogelijk is <ul style="list-style-type: none"><li>• snijtand of hoektand</li><li>• voorkies of kies</li></ul>	<b>1%</b> <b>1,5 %</b>
Disfuncties van de onderkaak <ul style="list-style-type: none"><li>• beperking van de mondopening gelijk aan of kleiner dan 10 mm</li><li>• beperking van de mondopening tussen 10 mm en 30 mm</li></ul>	<b>25 à 28 %</b> <b>5 à 25 %</b>
Posttraumatische articulatieproblemen, <i>afhankelijk van de gevolgen voor het kauwvermogen</i>	<b>2 à 10 %</b>
Amputatie van het beweeglijke deel van de tong, <i>rekening houdend met de gevolgen voor de spraak, het kauwen en het slikken, afhankelijk van de grootte van de problemen.</i>	<b>3 à 30 %</b>

\*\*\*

# III. OSTEO-ARTICULAIR SYSTEEM



## III – OSTEO-ARTICULAIR SYSTEEM

*Niet-beschreven gevallen worden beoordeeld in vergelijking met beschreven en gekwantificeerde klinische gevallen.*

*Of het gaat om een gewricht of de ledemaat zelf, het algemene cijfer is niet de som van de afzonderlijke cijfers maar het resultaat van hun synergisme, en de waarde van de som van de cijfers die overeenkomen met de ankylose in goede positie van alle gewrichten van de ledemaat kan niet groter zijn dan zijn totale anatomische of functionele verlies.*

*De door niet op systematische wijze beschouwde, zeer ernstige stijfheid gerechtvaardigde cijfers dienen op het cijfer van de ankylose van het betrokken gewricht te worden gebaseerd.*

*Met betrekking tot endoprothesen van grote gewrichten dient te worden erkend dat geen enkel ervan de proprioceptie herstelt en dat ze voor de patiënt allemaal bepaalde beperkingen met zich meebrengen. Daarom rechtvaardigt de aanwezigheid van een endoprothese een principieel cijfer van 5 %.*

*Als het functioneel resultaat niet bevredigend is, worden de principiële ongemakken van de endoprothese altijd door de met het functioneel gebrek verbonden ongemakken omvat, en is het extra cijfer niet gerechtvaardigd.*

## **A) BOVENSTE LEDEMAAT**

### **(behalve hand en vingers)**

#### **a) Amputaties**

De prothetische mogelijkheden op het niveau van de bovenste ledematen zijn vandaag over het algemeen niet van die aard dat ze de patiënt een werkelijke functie teruggeven, omdat de gevoeligheid ontbreekt. Als er sprake is van verbetering, zal de deskundige daarmee in concreto rekening houden om het hieronder voorgestelde cijfer op redelijke wijze te beperken

	<b>D</b>	<b>ND</b>
Volledige amputatie van de bovenste ledemaat	<b>65 %</b>	<b>60 %</b>
Amputatie van de arm (beweeglijke schouder)	<b>60 %</b>	<b>55 %</b>
Amputatie van de voorarm	<b>50 %</b>	<b>45 %</b>

#### **b) Ankylose en stijfheid**

##### **1) Schouder**

*Er zijn 6 basisbewegingen van de schouder, die samen de werking ervan garanderen. Elk van deze bewegingen heeft een relatief belang in de handelingen van het dagelijks leven.*

*De 3 belangrijkste bewegingen zijn flexie, abductie en endorotatie, gevolgd door exorotatie, extensie en adductie. Schade aan extensie en adductie rechtvaardigt slechts te lage cijfers om in onderstaande tabel te worden opgenomen. Ze leiden ertoe het voor de beperking van de andere bewegingen berekende cijfer in evenwicht te houden.*

- **Ankylose**

	<b>D</b>	<b>ND</b>
Arthrodese of ankylose in werkingspositie		
• vast schouderblad	<b>30 %</b>	<b>25 %</b>
• beweeglijk schouderblad	<b>25 %</b>	<b>20 %</b>

- **Stijfheid**

	<b>D</b>	<b>ND</b>
Beperking van flexie en abductie tot 60° <ul style="list-style-type: none"> <li>• met volledig verlies van rotatie</li> <li>• met volledige andere bewegingen</li> </ul>	<b>22 %</b> <b>18 %</b>	<b>20 %</b> <b>16 %</b>
Beperking van flexie en abductie tot 90° <ul style="list-style-type: none"> <li>• met volledig verlies van rotatie</li> <li>• met volledige andere bewegingen</li> </ul>	<b>16 %</b> <b>10 %</b>	<b>14 %</b> <b>8 %</b>
Beperking van flexie en abductie tot 130° <ul style="list-style-type: none"> <li>• met volledige andere bewegingen</li> </ul>	<b>3 %</b>	<b>2 %</b>
Geïsoleerd verlies van endorotatie	<b>6 %</b>	<b>5 %</b>
Geïsoleerd verlies van exorotatie	<b>3 %</b>	<b>2 %</b>

## **2) Elleboog**

*Alleen de beweeglijkheid tussen 20 en 120 graden buiging heeft praktisch nut. De bewegingen buiten die nuttige sector hebben slechts zeer weinig gevolgen voor het dagelijks leven.*

*De hieronder vermelde cijfers betreffen dan ook alleen gebreken in de nuttige sector.*

*De deskundige zal rekening houden met het gebrek aan extensie en flexie. De daarmee verband houdende cijfers dienen verplicht te worden opgenomen, maar niet opgeteld. Daarbij komt eventueel het cijfer van een gebrek aan pro- en supinatie.*

### • **Ankylose**

	<b>D</b>	<b>ND</b>
Arthrodesen of ankylose in werkingspositie <ul style="list-style-type: none"> <li>• bewaarde pro- en supinatie</li> <li>• verloren pro- en supinatie</li> </ul>	<b>24 %</b> <b>34 %</b>	<b>20 %</b> <b>30 %</b>

### • **Stijfheid**

	<b>D</b>	<b>ND</b>
Volledige flexie en extensie <ul style="list-style-type: none"> <li>• beperkt tot meer dan 90°</li> <li>• beperkt tot 90°</li> <li>• beperkt tot 20°</li> </ul>	<b>15 %</b> <b>12 %</b> <b>2 %</b>	<b>12 %</b> <b>10 %</b> <b>1 %</b>
Volledige flexie en extensie <ul style="list-style-type: none"> <li>• tot 120°</li> <li>• tot 90°</li> <li>• meer</li> </ul>	<b>2 %</b> <b>12 %</b> <b>15 %</b>	<b>1 %</b> <b>10 %</b> <b>12 %</b>

## **3) Geïsoleerde aantasting van de pro- en supinatie**

- **Ankylose**

	<b>D</b>	<b>ND</b>
Ankylose in werkingspositie	<b>10 %</b>	<b>8 %</b>

- **Stijfheid**

	<b>D</b>	<b>ND</b>
Stijfheid in de sector van de pronatie	<b>0 à 6 %</b>	<b>0 à 5 %</b>
Stijfheid in de sector van de supinatie	<b>0 à 4 %</b>	<b>0 à 3 %</b>

#### **4) Pols**

*De nuttige sector strekt zich uit van 0 tot 45 graden voor de flexie en van 0 tot 45 graden voor de extensie. De bewegingen buiten die nuttige sector hebben slechts een zeer kleine weerslag op het dagelijks leven. Hetzelfde geldt voor de radiale deviatie.*

- **Ankylose**

	<b>D</b>	<b>ND</b>
Arthrodesse of ankylose in werkingspositie		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• bewaarde pro- en supinatie</li> <li>• verloren pro- en supinatie</li> </ul>	<b>10 %</b> <b>20 %</b>	<b>8 %</b> <b>16 %</b>

- **Stijfheid**

	<b>D</b>	<b>ND</b>
Stijfheid in de nuttige sector		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• gebrek aan flexie</li> <li>• gebrek aan extensie</li> </ul>	<b>0 à 4 %</b> <b>0 à 6 %</b>	<b>0 à 3 %</b> <b>0 à 5 %</b>
Verlies van cubitale deviatie	<b>1,5 %</b>	<b>1 %</b>

## **B. HAND**

*De belangrijkste functie van de hand is de grijpfunctie, die een voorwaarde voor de doeltreffende verwezenlijking van grepen en knepen is. Grepen en knepen veronderstellen het behoud van voldoende lengte, beweeglijkheid en gevoeligheid van de vingers.*

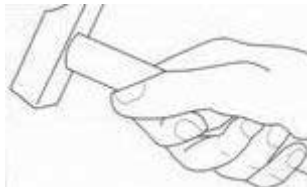
*De deskundige zal in de eerste plaats een analytisch onderzoek van de hand uitvoeren.*

*Vervolgens dient hij na te gaan of de gegevens van zijn onderzoek worden bevestigd door de mogelijkheid de zes*

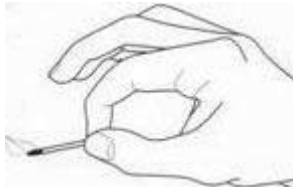
basisgrepen en -knepen uit te voeren (zie figuur).

Tegenstrijdigheid vergt een aandachtig onderzoek van haar oorzaken en een eventuele correctie van het beoogde AFPI-cijfer, waarbij de absolute grens het verlies van de waarden van de betrokken vingers is.

### **BELANGRIJKSTE KNEPEN EN GREPEN**



*Cilindergreep*



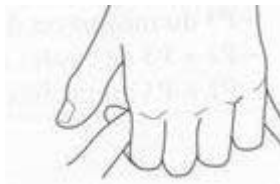
*Pincetgreep*



*Sleutelgreep*



*Pengreep*



*Haakgreep*



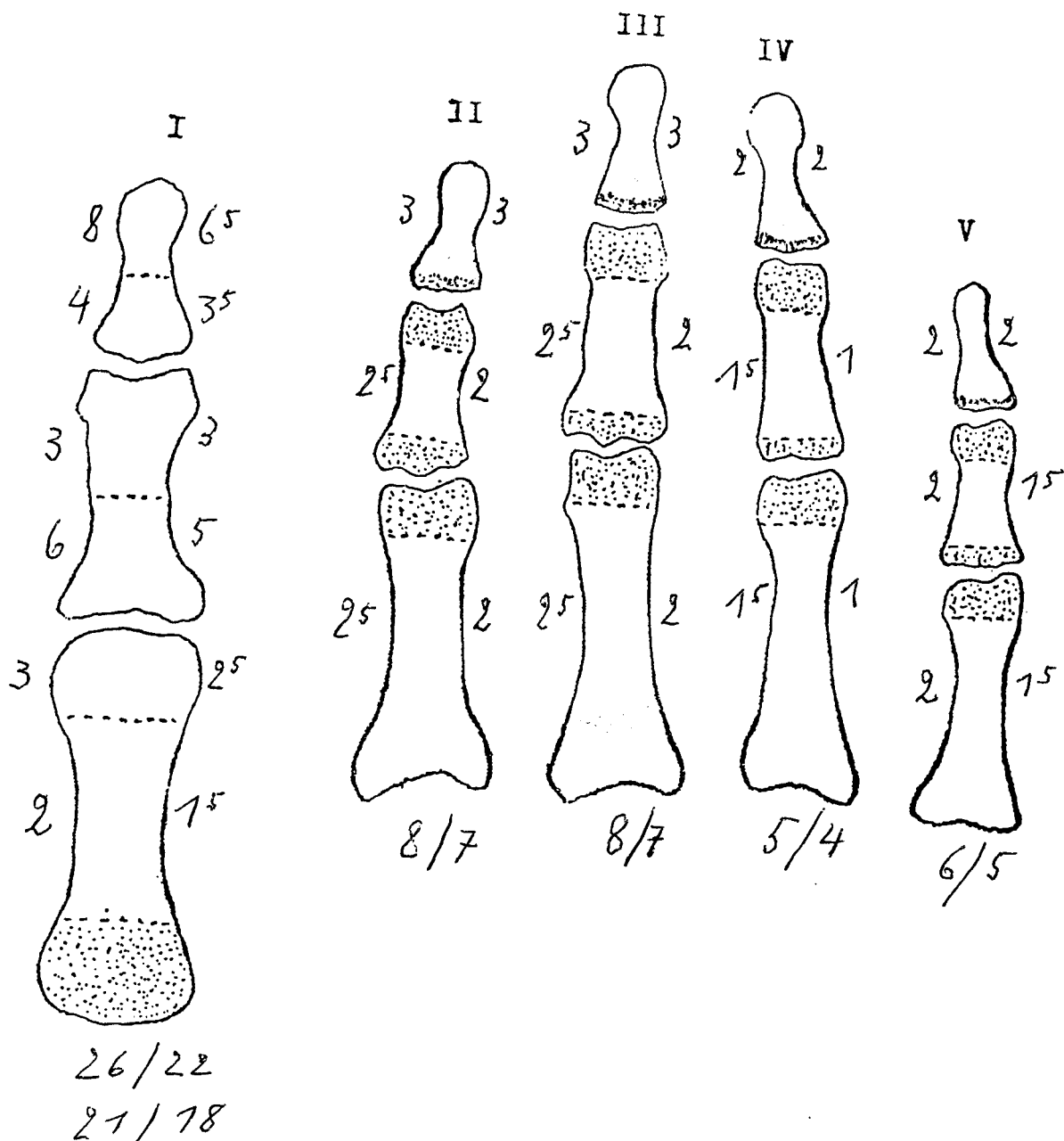
*Bolgreep*

## **a) Amputaties**

### **1) Amputatie van de volledige hand**

	<b>D</b>	<b>ND</b>
Amputatie van de volledige hand	<b>50 %</b>	<b>45 %</b>

## 2) Amputatie van de vingers



In het schema:

- de delen in stippellijn hebben geen waarde
- het aan elke segment toegekende cijfer betreft het geheel ervan
- het gedeeltelijk verlies van een segment wordt berekend naar rata van het totale verlies
- de cijfers houden rekening met gevoeligheids-, vaat- en lichte trofische problemen waarvan de arts weet dat ze gewoonlijk met de amputatie van een vinger gepaard gaan

- Amputatie van de **duim (en zijn middelhandsbeentje)** of de vingers: *zie schema van de hand*
- Amputatie van een **vinger of een deel ervan**: zie cijfer op schema.
- Amputatie van **verschillende vingers** (gecombineerd verlies): *de gewone optelling van de per vinger berekende cijfers houdt geen rekening met het synergisme tussen de vingers. Dat synergisme verschilt naargelang het aantal betrokken vingers:*
  - *aantasting van 2 vingers: de gewone optelling verhogen met 45 % van het berekende cijfer*
  - *aantasting van 3 vingers: de gewone optelling verhogen met 65 % van het berekende cijfer*
  - *aantasting van 4 vingers: de gewone optelling verhogen met 45 % van het berekende cijfer*
- Amputatie van de **duim**:

	<b>D</b>	<b>ND</b>
verlies van MC + P1 + P2	<b>26 %</b>	<b>22 %</b>
verlies van P1 + P2	<b>21 %</b>	<b>18 %</b>
verlies van P2	<b>12 %</b>	<b>10 %</b>

• Amputatie van de duim en één of meerdere vinger(s): hier is de term 'duim' uitsluitend van toepassing op P1 + P2.

De gewone optelling van de cijfers van respectievelijk de duim en alle aangetaste vingers (dat laatste cijfer wordt rekening houdend met het synergisme tussen de vingers berekend) leidt tot een te hoog cijfer. De in het schema van de hand aan de duim toegekende waarde is slechts geldig tegenover intacte vingers. Als de vingers niet meer intact zijn, beperkt dat de synergistische actie van de duim.

Op het met gewone optelling berekende cijfer (cijfer van de duim + cijfer van de vingers, verhoogd met het oog op synergisme) dient daarom een verminderingcoëfficiënt te worden toegepast:

- *verlies van de duim en 1 vinger: 0% (te kleine vermindering om er in de berekening rekening mee te houden)*
- *verlies van de duim en 2 vingers: -5 %*
- *verlies van de duim en 3 vingers: -10 %*
- *verlies van de duim en 4 vingers: -20 %*

In geval van bijkomend verlies van het 1e middelhandsbeentje zal het definitieve cijfer weinig worden beïnvloed: het eerste middelhandsbeentje heeft op zich weinig waarde.

De invloed van de andere middelhandsbeentjes op het algemene cijfer is zwak maar variabel, verwijdering ervan is, afhankelijk van het geval, wenselijk of licht ongunstig.

## **b) Ankylose, arthrodese en stijfheid**

Bij gecombineerde aantasting van verschillende vingers dienen de coëfficiënten voor het synergisme van de vingers en voor de aantasting van de duim en één of meerdere vinger(s) te worden



toegepast: zie hoger.

### **1) Ankylose**

*Bij afspraak noemen wij A0 het trapezo-metacarpaal gewricht van de duim; voor alle vingers: A1 betekent metacarpo-phalangeaal gewricht, A2 proximaal interphalangeaal gewricht, A3 interphalangeaal distaal gewricht.*

*Voor de vingers is de werkingspositie een flexie van 20 tot 30°.*

*Voor de duim is de werkingspositie een abductie en antepulsie van A0 en een lichte flexie van A1 en A2.*

- Ankylose van de **duim in werkingspositie**

Ankylose van A0, A1 en A2 geeft een cijfer lager dan 75 % van de waarde van de betroffende vinger voor ankylose van de vingers, rekening houdend met de bijzondere functie van de duim. Deze ankylose laat nog een zekere oppositie toe.

	<b>D</b>	<b>ND</b>
<b>A0 + A1 + A2</b>	<b>16 %</b>	<b>14 %</b>
<b>A0</b>	<b>8 %</b>	<b>7 %</b>
<b>A1</b>	<b>4 %</b>	<b>3,5 %</b>
<b>A2</b>	<b>4 %</b>	<b>3,5 %</b>
<b>A1 + A2</b>	<b>8 %</b>	<b>7 %</b>

- Ankylose van **alle gewrichten van een vinger**

In werkingspositie: gelijk aan 75% van de waarde van het verlies van de vinger, gegeven het behoud van de gevoeligheid en de mogelijkheid van beperkt gebruik van de vinger

	<b>D</b>	<b>ND</b>
<b>Wijsvinger</b>	<b>6 %</b>	<b>5 %</b>
<b>Middelvinger</b>	<b>6 %</b>	<b>5 %</b>
<b>Ringvinger</b>	<b>4 %</b>	<b>3 %</b>
<b>Pink</b>	<b>4,5 %</b>	<b>4 %</b>

*In ongunstige positie*

**te veel gebogen**

	<b>D</b>	<b>ND</b>
<b>Wijsvinger</b>	<b>8 %</b>	<b>7 %</b>
<b>Middelvinger</b>	<b>8 %</b>	<b>7 %</b>
<b>Ringvinger</b>	<b>5 %</b>	<b>4 %</b>
<b>Pink</b>	<b>6 %</b>	<b>5 %</b>

**te veel gestrekt**

	<b>D</b>	<b>ND</b>
<b>Wijsvinger</b>	<b>7 %</b>	<b>6 %</b>
<b>Middelvinger</b>	<b>7 %</b>	<b>6 %</b>

<b>Ringvinger</b>	<b>4,5 %</b>	<b>3,5 %</b>
<b>Pink</b>	<b>5 %</b>	<b>4%</b>

- Ankylose van één of twee gewrichten van een vinger

De deskundige dient te verwijzen naar het cijfer voor volledige ankylose van de betrokken vinger, verminderd met 1/3 of 2/3.

## **2) Stijfheid**

Het voor stijfheid toegekende cijfer is naar rata van het cijfer voor ankylose, rekening houdend met de sector van nuttige beweeglijkheid van elk gewricht.

De sector van nuttige beweeglijkheid is voor de vingers:

- A1 en A2 : wijsvinger en middelvinger: 20 tot 80 ; ringvinger en pink: 30 tot 90°
- A3: 20 tot 70°

*Voor de gewrichten van de duim bevindt de sector van nuttige beweeglijkheid zich rondom hun werkingspositie.*

## **c) Problemen met betrekking tot de gevoeligheid van de handpalm**

*Problemen met betrekking tot de gevoeligheid van de rug van de hand hebben geen functionele gevolgen en rechtvaardigen een AFPI-cijfer dus niet.*

*De cijfers omvatten lichte paresthesieën en onopvallende trofische problemen waarvan de arts weet dat ze normaal met het kleine neuroom na een zenuwsectie gepaard gaan.*

*Bij gecombineerde aantasting van verschillende vingers dienen de coëfficiënten voor het synergisme van de vingers en de aantasting van de duim en één of meerdere vinger(s) te worden toegepast: zie boven.*

**1) Anesthesie:** het toegekende cijfer komt overeen met 75% van het cijfer voor het anatomische verlies van het of de segment(en) van de betrokken vinger(s).

**2) Hypo-esthesie:** het toegekende cijfer komt overeen met 50% à 75% van het cijfer voor het anatomische verlies van het of de segment(en) van de betrokken vinger(s), afhankelijk van het belang en de plaats van de hypo-esthesie en de aangetaste vinger (uitvoering van knepen).

## **B) ONDERSTE LEDEMAAT**

### **a) Amputaties**

*Een amputatie op het niveau van de onderste ledemaat maakt het, behalve als ze op het niveau van de voet plaatsvindt, de patiënt onmogelijk te stappen of te staan. De voorgestelde cijfers zijn voor een correct van een prothese voorzien persoon. Als de prothese niet voldoet, dient de deskundige het cijfer in functie van de tolerantie van de prothese en het resultaat ervan te beoordelen. Het cijfer kan niet groter zijn dan dat van de onderliggende amputatie.*

Exarticulatie van de heup of amputatie van het bovenbeen waarbij een prothese onmogelijk is	<b>65 %</b>
Unilaterale exarticulatie van de heup of amputatie van het bovenbeen zonder ischiadicussteun	<b>60 %</b>
Amputatie van het bovenbeen	<b>50 %</b>
Exarticulatie van de knie	<b>40 %</b>
Amputatie van het been	<b>30 %</b>
Tibiotarsale amputatie	<b>25 %</b>
Medio- of trans-metatarsale amputatie	<b>20 %</b>
Amputatie van de 5 tenen en de 1 <sup>e</sup> metatarsaal	<b>12 %</b>
Amputatie van de 1e teen en de 1 <sup>e</sup> metatarsaal	<b>10 %</b>
Amputatie van de twee falanxen van de 1e teen	<b>6 %</b>

### **b) Ankylose en stijfheid**

#### **1) Heup**

**Flexie:** 90° laat de grote meerderheid van de handelingen van het dagelijks leven toe; 70° laat zitten en traplopen toe; 30° laat stappen toe.

**Abductie:** 20° laat bijna alle handelingen van het dagelijks leven toe.

**Adductie:** heeft zeer weinig praktisch belang

**Exorotatie:** alleen de eerste 30 graden zijn nuttig

**Endorotatie:** 10° is voldoende voor de meeste handelingen van het dagelijks leven.

**Extensie:** 20° is nuttig voor stappen en traplopen

*Pijn is een zeer belangrijk element voor het gebruik van de heup in het dagelijks leven (stappen en staan): de voorgestelde cijfers houden daarmee rekening*

#### **• Ankylose**

<b>Heup</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• in goede positie</li></ul>	<b>30 %</b>
--	-------------

- **Stijfheid**

**Erge stijfheid bij verschillende bewegingen**

met begeleidende verschijnselen (radiologische verschijnselen, amyotrofie...) gaat het om een ernstiger situatie dan een ankylose	<b>tot 40 %</b>
---	-----------------

**In de veronderstelling dat de andere bewegingen volledig zijn**

Volledig verlies van flexie	<b>17 %</b>
Flexie	
• beperkt tot 30°	<b>13 %</b>
• beperkt tot 70°	<b>7 %</b>
• beperkt tot 90°	<b>4 %</b>
Volledig verlies van extensie	<b>2 %</b>
Irreponibele flessum van 20°	<b>4 %</b>
Volledig verlies van abductie	<b>6 %</b>
Volledig verlies van adductie	<b>1 %</b>
Volledig verlies van exorotatie	<b>3 %</b>
Volledig verlies van endorotatie	<b>1 %</b>

**2) Knie**

***Flexie:*** 90° laat de helft van en vooral de belangrijkste handelingen van het dagelijks leven toe (stappen, zitten, traplopen...); 110° laat ¾ van de en 135° alle handelingen van het dagelijks leven toe.

***Extensie:*** een gebrek aan extensie kleiner dan 10° maakt ¾ van de handelingen van het dagelijks leven mogelijk.

- **Ankylose**

<b>Knie</b>	
• in goede positie	<b>25 %</b>

- **Stijfheid**

<b>Flexie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• beperkt tot 30°</li> <li>• beperkt tot 50°</li> <li>• beperkt tot 70°</li> <li>• beperkt tot 90°</li> <li>• beperkt tot 110°</li> </ul>	<b>20 %</b> <b>15 %</b> <b>10 %</b> <b>5 %</b> <b>2 %</b>
<b>Gebrek aan extensie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• minder dan 10°</li> <li>• van 10°</li> <li>• van 15°</li> <li>• van 20°</li> <li>• van 30°</li> </ul>	<b>0 %</b> <b>3 %</b> <b>5 %</b> <b>10 %</b> <b>20 %</b>

- **Slapheid (niet van een prothese voorzien)**

<b>Lateraal</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• minder dan 10°</li> <li>• meer dan 10°</li> </ul>	<b>0 à 5 %</b> <b>5 à 10 %</b>
<b>Anterieur</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• geïsoleerd</li> <li>• rotatoir</li> </ul>	<b>2 à 5 %</b> <b>5 à 10 %</b>
<b>Posterieur</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• geïsoleerd</li> <li>• rotatoir</li> </ul>	<b>3 à 7 %</b> <b>7 à 12 %</b>
<b>Complex rotatoir</b>	<b>10 à 17 %</b>

- **Axiale deviaties**

<b>Genu valgum</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• minder dan 10°</li> <li>• 10 à 20°</li> <li>• meer dan 20°</li> </ul>	<b>0 à 3 %</b> <b>3 à 10 %</b> <b>10 à 20 %</b>
<b>Genu varum</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• minder dan 10°</li> <li>• 10 à 20°</li> <li>• meer dan 20°</li> </ul>	<b>0 à 4 %</b> <b>4 à 10 %</b> <b>10 à 20 %</b>

- **femoro-patellaire syndromen**

Femoro-patellaire syndromen	<b>0 à 8 %</b>
-----------------------------	----------------

- **Meniscusletsels**

Meniscusletsels	<b>0 à 5 %</b>
-----------------	----------------

### **3) Enkel en voet**

- **Tibio-talair gewricht**

*Met 20° plantaire flexie zijn meer dan de helft van de en met 35° alle handelingen van het dagelijks leven mogelijk.*

*Met 10° dorsale flexie zijn bijna alle handelingen van het dagelijks leven mogelijk.*

*Het verlies van enkele graden dorsale flexie is hinderlijker dan dezelfde mate van verlies van plantaire flexie, gegeven de zwakke beweging in dorsale flexie*

- **Ankylose**

• in werkingspositie met soepele voorvoet	<b>10 %</b>
---	-------------

- **Stijfheid**

<b>Volledig verlies van de plantaire flexie</b>	<b>5 %</b>
<b>Volledig verlies van de dorsale flexie</b>	<b>5 %</b>
<b>Plantaire flexie</b>	
• van 0 tot 10°	<b>5 %</b>
• van 0 tot 20°	<b>4 %</b>
• van 0 tot 30°	<b>2 %</b>
<b>Dorsale flexie</b>	
• van 0 tot 5°	<b>5 %</b>
• van 0 tot 10°	<b>3 %</b>
• van 0 tot 15°	<b>1 %</b>
<b>Irreponibele spitsvoet</b>	<b>Tot 15 %</b>

○ **Slapheid**

Slapheid	<b>2 à 6 %</b>
----------	----------------

• **Subtalair gewricht**

***Valgus:** met 5° zijn bijna alle handelingen van het dagelijks leven mogelijk;*

***Varus:** met 5° zijn meer dan de helft van de en met 15° alle handelingen van het dagelijks leven mogelijk.*

*Het verlies van de valgus vormt een grotere handicap dan het verlies van de varus, omdat ankylose in de varus minder goed wordt verdragen dan in de valgus.*

○ **Ankylose**

• in goede positie	<b>7 %</b>
• in de varus	<b>9%</b>
• in de valgus	<b>8%</b>

○ **Stijfheid**

<b>Beperking met de helft</b>	<b>3 %</b>
<b>Beperking met een derde</b>	<b>2 %</b>

• **Medio-tarsale (CHOPART) en tarsometatarsale (LISFRANC) gewrichten**

○ **Ankylose**

Medio-tarsaal (Chopart)	<b>2%</b>
Tarsometatarsaal (Lisfranc)	<b>4%</b>

○ **Stijfheid**

<b>Beperking met de helft</b>	<b>3 %</b>
-------------------------------	------------

- **Metatarso-phalangeale gewrichten - tenen**

- **Ankylose**

<b>Metatarso-phalangeale gewricht van de 1e teen, afhankelijk van de positie</b>	<b>2 à 3%</b>
<b>Ankylose van tenen 2 tot 5, in goede positie</b>	<b>0 à 2%</b>

- **Stijfheid**

*Om het cijfer van de stijfheid te bepalen, dient de expert van het voor de ankylose voorgestelde cijfer uit te gaan.*

#### **4) Gecombineerde ankylose**

Gecombineerde ankylose	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• tibio-talaire en subtalaire, medio-tarsale gewrichten en voorvoet soepel</li> <li>• tibio-talaire en subtalaire gewrichten met beperkte beweeglijkheid van het medio-tarsale gewricht en de voorvoet</li> <li>• subtalaire en medio-tarsale gewrichten in goede positie, andere gewrichten vrij</li> <li>• tibio-talaire, subtalaire en medio-tarsale gewrichten, voorvoet soepel</li> <li>• tibio-talaire, subtalaire, medio-tarsale en tarsometatarsale gewrichten</li> <li>• idem met ankylose van de tenen</li> </ul>	<p><b>17%</b> <b>20%</b></p> <p><b>9%</b></p> <p><b>19%</b> <b>23%</b> <b>25%</b></p>



**5) Niet-gecompenseerde verkortingen**

<b>Tot 5 cm</b>	<b>8 %</b>
<b>Tot 4 cm</b>	<b>6 %</b>
<b>Tot 2 cm</b>	<b>2 %</b>
<b>Tot 1cm</b>	<b>0 %</b>

## D) WERVELKOLOM

*Niet-beschreven gevallen worden beoordeeld in vergelijking met beschreven en gekwantificeerde klinische gevallen.*

### a) Cervicale wervelkolom

#### 1) Zonder neurologische complicatie

- **Zonder aangetoond bot-, discus- of ligamenteair letsel**

Periodieke pijn tengevolge van steeds dezelfde, precieze oorzaken, die het nemen van analgetische en/of anti-inflammatoire geneesmiddelen vereist, met minieme beperking van de bewegingen	<b>tot 3 %</b>
--	----------------

- **Met aangetoond bot-, discus- of ligamenteair letsel**

Zeer frequente pijn met voortdurende functionele hinder die bij alle bewegingen voorzichtigheid vergt, erkende duizeligheid en daarmee verband houdende posterieure cefalea, <ul style="list-style-type: none"><li>• met zeer grote stijfheid op verschillende niveaus, naargelang het aantal niveaus</li><li>• waarbij enkele bewegingen van de nek mogelijk blijven</li></ul>	<b>15 à 25 %</b> <b>10 à 15 %</b>
Frequente pijn met klinisch objectiveerbare beperking van de bewegingen, reële maar periodieke behandelingsdruk	<b>3 à 10 %</b>
Arthrodese of ankylose zonder begeleidende symptomen, afhankelijk van het aantal niveaus	<b>3 à 10 %</b>

2) Met neurologische of vasculaire complicaties

Zie het betrokken hoofdstuk (zenuwstelsel)

**b) Thoracale en lumbale wervelkolom en lumbo-sacraal gewricht**

**1) Zonder neurologische complicaties**

- **Zonder aangetoond bot-, discus- of ligamenteair letsel**

Periodieke pijn tengevolge van precieze oorzaken die een gepaste behandeling en het schrappen van grote en/of langdurige inspanningen vereist, en een lichte segmentale stijfheid	<b>Tot 3%</b>
---	---------------

- **Met aangetoond bot-, discus- of ligamenteair letsel**

<i>Thoracale wervelkolom:</i> <ul style="list-style-type: none"><li>• actieve stijfheid en pijnlijke hinder bij alle bewegingen in alle posities, die regelmatige behandeling vereisen</li><li>• permanente hinder met interscapulaire pijn, evenwichtsproblemen, holle rug, verlies van de radiologische thoracale kyfose, behandelingsdruk</li></ul>	<b>3 à 10 %</b> <b>10 à 15 %</b>
<i>Lumbale wervelkolom en thoracolumbale en lumbo-sacrale gewrichten :</i> <ul style="list-style-type: none"><li>• actieve stijfheid en pijnlijke hinder bij alle bewegingen en alle posities, die een regelmatige behandeling vereisen</li><li>• zeer frequente pijn met permanente hinder die bij alle bewegingen voorzichtigheid vereist, erge segmentale stijfheid van de bewegingen, klinisch objectiveerbare beperking</li><li>• uitzonderlijk ernstige klinische en radiologische situaties</li></ul>	<b>3 à 10 %</b> <b>10 à 15 %</b> <b>tot 25 %</b>

**2) Met neurologische complicatie**

Zie betrokken hoofdstuk (medullaire aantasting)

**c) Coccyx**

Coccygodynie	tot 3%
--------------	--------

## E) Bekken

Pijn na een breuk van een ischio-pubische tak	<b>tot 2%</b>
Pijn en/of instabiliteit van de symfyso-pubis	<b>2 à 5%</b>
Pijn na disjunctie of sacro-iliacale fractuur	<b>2 à 5%</b>
Pijn en instabiliteit van de symfyso-pubis en de sacro-iliacale gewrichten <ul style="list-style-type: none"><li>• zonder positiewijziging van het bekken of aantasting van het stappen</li><li>• met positiewijziging van het bekken en aantasting van het stappen</li></ul>	<b>5 à 8%</b> <b>8 à 18%</b>

\*\*\*

# IV. CARDIO- RESPIRATOIR SYSTEEM



## IV -CARDIO-RESPIRATOIR SYSTEEM

*Niet-beschreven gevallen worden beoordeeld in vergelijking met beschreven en gekwantificeerde klinische gevallen.*

### I - HART

Met verwijzing naar onderstaande, op die van de New York Heart Association (NYHA) geïnspireerde classificatie, baseert de deskundige zich bij zijn klinisch onderzoek en bij de verschillende aanvullende onderzoeken (ECG, echo-doppler, belastingsproef, trans-oesofagische echografie, catheterisering...) op door de patiënt uitgedrukte functionele manifestaties.

Onder de technische gegevens is de ejectiefractie voor de objectieve kwantificatie van de nawerkingen van zeer groot belang.

De deskundige moet bovendien rekening houden met de behandelingsdruk en het nodige toezicht.

#### a) Cardiologische nawerkingen

<b>Functionele symptomatologie zelfs bij rust</b> , bevestigd door klinische (uitkleden, klinisch onderzoek) en paraklinische gegevens. Grote behandelingsdruk, frequente ziekenhuisopname  Ejectiefractie < 20 %	<b>55 % en meer</b>
<b>Functionele beperking voor bescheiden inspanningen</b> met manifestaties van myocardische incompetentie (pulmonair oedeem) of verbonden met perifere vasculaire complicaties of complexe ritmeproblemen met hoge behandelingsdruk en nauw toezicht  Ejectiefractie 20 % à 25 %	<b>45 à 55 %</b>

<p><b>Idem met grote behandelingsdruk</b> en/of in geval van verbonden ritme problemen</p> <p>Ejectiefractie 25 % à 30 %</p>	<p><b>40 à 45 %</b></p>
<p><b>Functionele beperking die de gewone activiteit in de weg staat</b> (snel stappen), duidelijke verslechtering van de echografische parameters of echo-doppler. Overgevoeligheid voor inspanningen met anomalieën van het inspannings-ECG en behandelingsdruk.</p> <p>Ejectiefractie 30 % à 35 %</p>	<p><b>35 à 40 %</b></p>
<p><b>Aangevoerde functionele beperking voor gewone inspanningen</b> (2 niveaus), bevestigd door het inspannings-ECG of tekenen van myocardische disfunctie. Tegenindicatie van fysiek zware inspanningen en behandelingsdruk met snel opeenvolgend cardiologisch toezicht</p> <p>Ejectiefractie 35 % à 40 %</p>	<p><b>25 à 35 %</b></p>
<p><b>Aangevoerde functionele beperking voor duidelijke</b> (kenmerkende) <b>inspanningen</b> met tekenen van myocardische disfunctie (echo-doppler, catheterisering...), behandelingsdruk en snel opeenvolgend toezicht</p> <p>Ejectiefractie 40 % à 50 %</p>	<p><b>15 à 25 %</b></p>
<p><b>Aangevoerde functionele beperking voor grote inspanningen</b> (sport) zonder tekenen van myocardische disfunctie of ischemie, therapeutische beperkingen en regelmatig toezicht</p> <p>Ejectiefractie 50 % à 60 %</p>	<p><b>8 à 15 %</b></p>
<p><b>Geen functionele beperking.</b> Goede tolerantie van inspanningen; afhankelijk van behandelingsdruk en/of regelmatig toezicht</p> <p>Ejectiefractie &gt; 60 %</p>	<p><b>tot 8 %</b></p>

## b) Transplantaat

*Bij een eventueel transplantaat wordt met de zware behandelingsdruk en het bijzonder nauwe toezicht op deze patiënten rekening gehouden*

Afhankelijk van het functioneel resultaat en tolerantie van immunosuppressoren	<b>25 à 30 %</b>
--	------------------

## II) ADEMHALINGSAPPARAAT

Wat ook de oorzaak van de pulmonaire aantasting is, de beoordeling dient gebaseerd te zijn op de

omvang van de chronische respiratoire insufficiëntie, die later zal worden beoordeeld:

- Omvang van de dyspneu, gegradueerd met verwijzing naar de klinische schaal voor dyspneu van Sadoul:

<b>STADIUM of KLASSE</b>	<b>BESCHRIJVING</b>
<b>1</b>	Dyspneu bij grote inspanningen boven het 2e niveau
<b>2</b>	Dyspneu bij stappen op een lichte helling, snel stappen of inspanningen van het 1e niveau
<b>3</b>	Dyspneu bij gewoon stappen op vlak terrein
<b>4</b>	Dyspneu bij traag stappen
<b>5</b>	Dyspneu bij de kleinste inspanning

- door een pneumoloog uitgevoerd klinisch onderzoek,
- reeds uitgevoerd of in het kader van de expertise gevraagd aanvullend onderzoek, waarbij het laatste niet invasief mag zijn.

Het gaat om bijvoorbeeld afbeeldingstechnieken, endoscopie, gazometrie, spirometrie, functionele respiratoire test en bloedafnames zoals FEV1/VC, DEM, SaO<sub>2</sub>, TLC, CV, TLCO/VA, Pa O<sub>2</sub>, Pa CO<sub>2</sub>:

**VC:** vitale capaciteit; **TLC:** totale longcapaciteit; **FEV1:** geforceerd uitademingsvolume in een seconde; **GUD:** gemiddeld uitademingsdebiet; **PaO<sub>2</sub>** arteriële zuurstofdruk; **PaCO<sub>2</sub>** arteriële koolstofdioxidedruk; **SaO<sub>2</sub>** saturatie in zuurstof van de hemoglobine in het arterieel bloed; **TLCO/AV:** Maat van de capaciteit van overdracht van koolmonoxide in vergelijking met het alveolaire volume.

### a) Volledig of gedeeltelijk anatomisch verlies van een long

<b>Volledig verlies</b>	<b>15 %</b>
<b>Lobair verlies</b>	<b>5 %</b>

Deze cijfers zijn cumuleerbaar met het met de eventuele verbonden respiratoire insufficiëntie overeenstemmende AFPI-cijfer.

### b) Chronische respiratoire insufficiëntie

<b>Dyspneu bij de kleinste inspanning (uitkleden) met</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ VC of TLC kleiner dan 50 %</li> <li>▪ FEV1 kleiner dan 40 %</li> <li>▪ hypoxemie in rust (PaO<sub>2</sub>) lager dan 60 mm Hg, al dan niet verbonden met een capnieprobleem (PaCo<sub>2</sub>) en eventuele behoefte aan langdurige oxygenotherapie (&gt; 16 u/d), tracheotomie of periodieke ventilatoire ondersteuning</li> </ul>	<b>50 % en meer</b>
<b>Dyspneu bij stappen op vlak terrein en op eigen ritme met</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ VC of TLC tussen 50 en 60 %</li> <li>▪ FEV1 tussen 40 en 60 %</li> <li>▪ hypoxemie in rust (PaO<sub>2</sub>) tussen 60 en 70 mm Hg</li> </ul>	<b>30 à 50 %</b>
<b>Dyspneu bij normaal stappen op vlak terrein met</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ VC of TLC tussen 60 en 70 %</li> <li>▪ FEV1 tussen 60 en 70 %</li> <li>▪ TLCO/VA kleiner dan 60 %</li> </ul>	<b>15 à 30 %</b>
<b>Dyspneu bij het opklimmen van een trap, snel stappen of op een lichte helling met</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ VC of TLC tussen 70 en 80 %</li> <li>▪ FEV1 tussen 70 en 80 %</li> <li>▪ TLCO/VA tussen 60 en 70 %</li> </ul>	<b>5 à 15 %</b>
<b>Dyspneu bij grote inspanningen met kleine verslechtering van de functionele tests</b>	<b>2 à 5 %</b>

### c) Aanhoudende pijnlijke nawerkingen van een thoracotomie

**Tot 5 %**



# V. VAATSTELSEL



## V - VAATSTELSEL

*Niet-beschreven gevallen worden beoordeeld in vergelijking met beschreven en gekwantificeerde klinische gevallen.*

### A. Arteriële, veneuze en lymfatische naderkingen

*Het cijfer dient rekening te houden met eventuele behandelingsdruk en/of medisch toezicht, bijvoorbeeld in geval van een prothese die op zich geen AFPI-cijfer rechtvaardigt.*

#### a) Slagaders

<b>Onderste ledemaat</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Klachten bij inspanning (aangetoonde claudicatio intermittans)</li><li>▪ Klachten in rust (aangetoonde spontane ischemische pijn)</li><li>▪ Idem met weefselnecrose die tot amputatie kan leiden</li></ul>	<b>5 à 15 % 15 à 25 % 25 % en meer</b>
<b>Bovenste ledemaat</b> <i>Afhankelijk van functionele problemen (bijvoorbeeld verlies van kracht, hypothermie...)</i>	<b>5 à 10 %</b>

#### b) Aders

*Onbetwistbare naderkingen van flebitis die rekening houdend met een eventuele voorafgaande toestand dienen te worden beoordeeld*

Hinder bij langdurig stappen, meetbaar permanent oedeem dat het definitief dragen van een steunkous vereist; okerdermatitis en recidiverende zweren	<b>10 à 15 %</b>
Hinder bij langdurig stappen, meetbaar permanent oedeem dat het definitief dragen van een steunkous vereist; okerdermatitis	<b>4 à 10 %</b>
Gevoel van een zwaar been, 's avonds verifieerbaar oedeem	<b>Tot 4 %</b>

**c) Lymfenvaten (lymfoedeem)**

Bovenste ledemaat	<b>Tot 10 %</b>
Onderste ledemaat	<b><i>Zie veneuze nawerkingen</i></b>

**B. Volledige splenectomie**

Met zware behandelingsdruk	<b>15 %</b>
Asymptomatisch	<b>5 %</b>

\*\*\*

# SPIJSVERTERINGS- STELSEL

## VI- SPIJSVERTERINGSSTELSEL

*Niet-beschreven gevallen worden beoordeeld in vergelijking met beschreven en gekwantificeerde klinische gevallen.*

### A) DEFINITIEVE HUIDSTOMIEËN EN VOLLEDIGE INCONTINENTIE

#### a) Van een prothese voorziene stomie

Colostomie, ileostomie	30 %
------------------------	------

#### b) Fecale incontinentie

Zonder controlemogelijkheid	45 %
-----------------------------	------

### B) GEMEENSCHAPPELIJKE PROBLEMEN BIJ VERSCHILLENDE VORMEN VAN AANTASTING VAN HET SPIJSVERTERINGSSTELSEL

**Het cijfer houdt dat in wat aan organisch verlies inherent is.**

<b>Malabsorptiesyndroom</b>	<b>60 %</b>
Toestand die een <b>frequente medische</b> follow-up, constante behandeling en strikte diëtische beperkingen met gevolgen voor de algemene toestand vereist	<b>30 %</b>
Toestand die een <b>regelmatige medische</b> follow-up, nagenoeg constante behandeling en strikte diëtische beperkingen met sociale gevolgen vereist	<b>20 %</b>
Toestand die een <b>periodieke medische</b> follow-up, periodieke behandeling en diëtische voorzorgen zonder gevolgen voor de algemene toestand vereist	<b>10 %</b>

## C) HEPATITIS

### a) Zonder cirrose.

De cijfers zijn gebaseerd op de METAVIR-score, die het voordeel biedt specifiek voor hepatitis te zijn uitgewerkt.

Ze wordt berekend aan de hand van 2 parameters, namelijk de activiteitsscore en de fibrorescore:

<b>Activiteitsscore</b>	<b>Fibrorescore</b>
A0 : geen activiteit	F0 : geen fibrose
A1 : minieme activiteit	F1 : portale fibrose zonder septum
A2 : gemiddelde activiteit	F2 : portale fibrose met enkele septa
A3 : grote activiteit	F3 : portale fibrose met vele septa zonder cirrose
	F4 : cirrose

### De voorgestelde cijfers zijn

Blijvende hepatitis (chronisch actief)	<b>20 %</b>
Metavir-score hoger dan A1 F1, lager dan F4	<b>10 %</b>
Metavir-score gelijk aan of lager dan A1 F1	<b>5 %</b>

### b) Met cirrose (*metavir-score hoger dan F4*)

De cijfers zijn gebaseerd op de index van Child-Pugh:

<b>Aanduiding van de groep</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
<b>Serum-bilirubine (µmol/l)</b>	Minder dan 34,2	Van 34,2 tot 51,3	Meer dan 51,3
<b>Serum-albumine (g/l)</b>	Meer dan 35	Van 30 tot 35	Minder dan 30
<b>Ascites</b>	Geen	Gemakkelijk beheersbaar	Moeilijk beheersbaar

<b>Neurologische problemen</b>	Geen	Miniem	Gevorderde coma
<b>Nutritionele toestand</b>	Uitstekend	Goed	Middelmatig, verlies van spiermassa

**De voorgestelde cijfers zijn:**

Klasse 3: ernstige leverinsufficiëntie Child C	<b>70 % en meer</b>
Klasse 2: Child B	<b>40 %</b>
Klasse 1: Child A	<b>20 %</b>

# VII. URINAIR STELSEL



## VII- URINAIR STELSEL

*Niet-beschreven gevallen worden beoordeeld in vergelijking met beschreven en gekwantificeerde klinische gevallen.*

### **a) Verlies van een nier, niet vervangen, normale of op het voorafgaande niveau gebleven nierfunctie**

Cijfer voor het verlies van een intern orgaan in zijn bijzondere psychologische en culturele context	15 %
--	------

### **b) Nierinsufficiëntie**

Creatinineclearance minder dan 10 ml/mn. Noodzaak van centrumdialyse of autodialyse; afhankelijk van de complicaties	35 à 65 %
Creatinineclearance tussen 10 en 30 ml/mn. Wijziging van de algemene toestand. Zeer streng dieet en zware behandelingsdruk	25 à 35 %
Creatinineclearance tussen 30 en 60 ml/mn. TA minima minder dan 12. Asthenie, streng dieet en stipte medische behandeling noodzakelijk	15 à 25 %
Creatinineclearance tussen 60 en 80 ml/mn met TA < of = 16/9, In functie van dieet, wijziging van de algemene toestand en behandeling	5 à 15 %

In het bijzondere geval waar de nierfunctie is gewijzigd bij een patiënt die een unilaterale nefrectomie heeft ondergaan, is het cijfer van het anatomisch verlies niet cumuleerbaar, maar is het voorgestelde minimumcijfer voor wijziging van de nierfunctie 15 %.

### **c) Transplantatie**

Afhankelijk van de tolerantie van behandelingen met corticoïden en immunodepressoren	<b>10 à 20 %</b>
<i>In geval van toerekenbare bijkomstige nierinsufficiëntie, zie onderstaande tabel</i>	

**d) Incontinentie**

Zonder controlemogelijkheid	<b>30 %</b>
-----------------------------	-------------

**d) Stomie**

Van een prothese voorzien	<b>15 %</b>
---------------------------	-------------

\*\*\*

# VIII. VOORTPLANTINGS- STELSEL



## VIII - VOORTPLANTINGSSTELSEL

*Niet-beschreven gevallen worden beoordeeld in vergelijking met beschreven en gekwantificeerde klinische gevallen.*

*De eventuele endocriene gevolgen zijn niet in de cijfers opgenomen.*

*De cijfers omvatten niet de gevolgen voor de seksuele differentiatie als de aantasting voor de puberteit plaatsvindt. Sommige cijfers kenmerken het verlies van het orgaan in zijn sociaal-culturele context.*

## I- VROUW

### a) Verlies van een orgaan

Hysterectomie	6 %
Ovariëctomie <ul style="list-style-type: none"><li>• bilateraal</li><li>• unilateraal</li></ul>	12 % 6 %
Mammectomie <ul style="list-style-type: none"><li>• bilateraal</li><li>• unilateraal</li></ul>	25 % 10 %

### b) Steriliteit

Definitief ontoegankelijk voor alle medische technieken voor de ondersteuning van de voortplanting bij een persoon die tot voortplanting in staat was; het cijfer omvat het verlies van organen	25 %
---	------

## II- MAN

### a) Verlies van een orgaan

Orchidectomie <ul style="list-style-type: none"><li>• bilateraal</li><li>• unilateraal</li></ul>	15 % 6 %
--	-------------



Verlies van de penis	<b>40 %</b>
----------------------	-------------

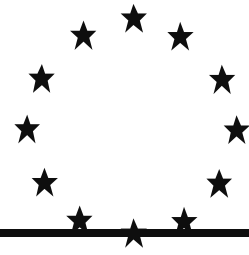
## **b) Steriliteit**

Bij een persoon die tot voortplanting in staat was; het cijfer omvat het verlies van de testikels	25 %
---	------

*Als bovendien de penis is verloren, is het gecombineerde cijfer van het verlies van de organen en de steriliteit 45%*

\*\*\*

# IX. ENDOCRIEN STELSEL



## IX. ENDOCRIEN STELSEL

*Niet-beschreven gevallen worden beoordeeld in vergelijking met beschreven en gekwantificeerde klinische gevallen.*

*De problemen met betrekking tot toerekenbaarheid op dit gebied behoren tot moeilijkste. Bij de beoordeling is lichamelijke schade die uitsluitend uit een geïsoleerd endocrien gebrek bestaat zeer zeldzaam.*

*Nog meer dan in de andere hoofdstukken dient hier in functie van klinische onderzoeken en door een specialist uitgevoerde bijkomende tests te worden beslist.*

*De beoordeling dient in functie van de aanpassing aan en de controle en doeltreffendheid van de behandeling te geschieden.*

### **a) Hypofyse**

<b>Panhypopituitarisme</b> (een volledig gebrek aan anterieure en posterieure hypofysefuncties) die een substitutiebehandeling en regelmatig klinisch en biologisch toezicht vereist, afhankelijk van de doeltreffendheid van de behandeling	<b>20 à 45 %</b>
<b>Diabetes insipidus</b> , beoordeeld in functie van de controle van de polyurie door de behandeling en de doeltreffendheid ervan	<b>5 à 20 %</b>

### **b) Thyroïde**

<b>Hyperthyroïdie</b> met wijziging van de biologische constanten, tremor, exoftalmie zonder gevolgen voor het zicht.	<b>5 à 8 %</b>
Idem, met gevolgen voor andere organen en/of functies.	<b>8 à 30 %</b>
<b>Hypothyroïdie</b> (uitzonderlijk posttraumatisch)	<b>Tot 5 %</b>

### **c) Parathyroïde**

<b>Hypoparathyroïdie</b> , essentieel, afhankelijk van ontregeling van de biologische doseringen (calcemie, fosforemie, parathormone) en de door het aanhouden van de klinische tekenen veroorzaakte hinder	<b>5 à 15 %</b>
---	-----------------

### **c) Pancreas – diabetes**

<p><b>Niet insuline-afhankelijke diabetes</b></p> <p>Nooit rechtstreeks posttraumatisch.  Als toerekenbaarheid is vastgesteld in functie van de aard van de klinische tekens, de behoefte aan toezicht en de behandelingsdruk</p>	<p><b>5 à 10 %</b></p>
<p><b>Insuline-afhankelijke diabetes</b></p> <p><i>Dit type diabetes stelt vaak problemen met betrekking tot toerekenbaarheid, behalve als het een gevolg is van zwaar pancreasletsel.  Het cijfer dient in functie van zijn stabiliteit, de gevolgen voor het sociaal leven, de behoefte aan toezicht en de behandelingsdruk te worden beoordeeld</i></p> <p>- <b>Onevenwichtige diabetes</b>, met onpasselijkheid, gevolgen voor de algemene toestand en behoefte aan nauw biologisch toezicht</p> <p>- <b>Evenwichtige diabetes</b> met eenvoudige insulinebehandeling, in functie van de behoefte aan toezicht</p> <p><i>In geval van complicaties met definitieve gevolgen naar de betrokken specialiteiten verwijzen.</i></p>	<p style="text-align: center;"><b>20 à 40 %</b></p> <p style="text-align: center;"><b>15 à 20 %</b></p>

#### d) Bijnieren

<p><b>Bijnierinsufficiëntie:</b> in functie van de behoefte aan toezicht en de behandelingsdruk</p>	<p><b>10 à 25 %</b></p>
---	-------------------------

#### e) Gonaden

<p><b>Afhankelijk van het resultaat van de substitutiebehandeling</b></p>	<p><b>10 à 25 %</b></p>
---	-------------------------

\*\*\*



## **X. DIEPE BRANDWONDEN OF PATHOLOGISCHE LITTEKENS**

*Niet-beschreven gevallen worden beoordeeld in vergelijking met beschreven en gekwantificeerde klinische gevallen.*

*De voorgestelde cijfers houden in wezen rekening met de nawerkingen voor de huid, en niet met esthetische gevolgen en bewegingsbeperking*



Afhankelijk van het percentage van het lichaamsoppervlak van de letstels

Minder dan 10 %	<b>5 %</b>
Van 10 tot 20 %	<b>10 %</b>
Van 20 tot 60 %	<b>10 à 25 %</b>
Meer dan 60 %	<b>25 à 50 %</b>

\*\*\*

## ALFABETISCHE INDEX

### **A**

Acoufenen	27
Scherpte (visueel)	23
Scherpte (auditief)	26
Alexie	14
Alzheimer (type dementie)	15
Amputaties (bovenste ledemaat)	31
Amputaties (onderste ledemaat)	40
Ankylose (bovenste ledemaat)	32
Ankylose (onderste ledemaat)	40
Adnexa van het oog	25
Ringvinger	38
Anosmie	27
Afakie	25
Afasie	13
Afonie	27
Apragmatisme	14
Slagaders (nawerkingen)	57
Articulatie (problemen met)	28
Gehoor	26
Pink	38

### **B**

Bekken	48
Brandwonden	77

### **C**

Blindheid	23
Cervicale (wervelkolom...)	46
Gezichtsveld	24
Enkel	43
Axialis (nervus)	18
Cirrose	62
Bewustzijn (gebrek, problemen)	13,15
Elleboog	32
Ooglens (letsels van de)	25
Hart	51
Coccyx	47

## **D**

Deafferentatie (pijn)	16
Gemengde gebreken	15
Dementie	15
Tanden	23
Depressie (staat)	17
Diabetes	74
Aangeleerde kennis (verlies van)	14
Spijsvertering (stelsel)	61
Diplopie	24
Verstrooidheid	14
Vingers	35
Dysfonie	27
Dyspneu	52

## **E**

Tandeloosheid	28
Endocrien stelsel	73
Schouder	32
Endoprothese (gewrichten)	31
Epilepsie	15
Evenwicht (problemen met het)	27
Spitsvoet	43
Respiratoire functionele tests	53

## **F**

Aangezicht (paralyse van de facialis)	18
Femoralis (nervus)	19
Femoro-patellaire syndromen	43
Fibularis (nervus)	19
Fibrose (hepatische)	62
Frontaal (syndroom)	14

## **G**

Knie	40,41
Endocrien stelsel	73
Gonade	76

## H

Heup	40
Hemianopsie	24
Hemiplegie	13
Hepatitis	62
Heteroforie	25
Stemming (problemen)	17
Hypofyse	73
Hyposmie	27
Hyperthyroidie	73
Hypothyroidie	73
Hysterectomie	69

## I J K

Anale incontinentie	61
Urinaire incontinentie	65
Wijsvinger	38
Initiatief (verlies van)	14
Jargonafasie	14
Korsakoff (syndroom van)	14

## L

Tong	28
Slapheid (enkel)	43
Slapheid (knie)	42
Lumbale (wervelkolom)	47
Lumbo-sacraal (gewricht)	47
Lymfoedeem	57

## M

Hand	34
Mammectomie	69
Mandibulaire (disfunctie)	28
Medianus (nervus)	18
Middelvinger	38
Geheugen	14

## N

Nasale (ventilatieproblemen)	27
Nervus axialis	18
Nervus facialis	18
Nervus femoralis	19
Nervus fibularis	19



Nervus hypoglossus	18
Nervus glosso-pharyngeus	18

Nervus medialis	18
Nervus musculo-cutaneus	18
Nervus obturatorius	19
Nervus radialis	18
Nervus ischiaticus	19
Nervus spinalis	18
Nervus tibialis	19
Nervus thoracialis superior	18
Nervus trigeminus	18
Nervus ulnaris	18
Traumatische neurose	17

## O

Obturatorius (nervus)	19
Oculo-motoriek (problemen met de)	24
Oog (verlies van zicht)	23
Reuk (problemen met de)	25
Oftalmologie	23
Orchidectomie	69
Ovariëctomie	69
Oxygenotherapie	53

## P

Parafasie	14
Paraplegie	13
Parathyroides	73
Flebitis (nawerkingen voor de aders)	57
Voet	43
Knepen, basis-	35
Plexus brachialis	18
Pols	34
Postcommotioneel (syndroom)	16
Duim	37
Long	53
Grijpen, het	34
Grepen, basis-	35
Voortplanting	69
Gewrichtsprothese	31
Vasculaire prothese	57
Pseudofakie	25
Psychiatrie	17
Psychotische (problemen)	17

## Q

Quadranopsie	24
Cauda equina (syndroom van de)	13

## R

Verkorting	45
Wervelkolom	46
Nervus radialis (verlamming)	18
Milt (zie splenectomie)	58
Nier (insufficiëntie)	65
Respiratoir (functionele test, insufficiëntie, stelsel)	51

## S

Heup (verlamming van de nervus ischiaticus)	19
Scotoom	24
Senso-motorische (gebreken)	18
Splenectomie	58
Steriliteit	69
Stomatologie	28
Huidstomie spijsverteringsstelsel	61
Huidstomie urinair stelsel	65
Stress, posttraumatische	17
Bijnieren	74
Syndroom van Korsakoff	14
Syndroom van de cauda equina	13
Syndroom, femoro-patellair	43
Syndroom, frontaal	14
Syndroom, postcommotioneel	16

## T

Tetraplegie	13
Thoracaal (wervelkolom)	47
Nervus thoracalis superior	18
Thoracotomie (nawerkingen)	53
Thoraco-lumbaal (gewricht)	47
Thyroïde	73
Harttransplantaat	52
Niertransplantatie	65

## U

Zweren (op het been, terugkerend)	57
Ulnair (verlamming van de nervus ulnarius)	18
Urinair (stelsel, incontinentie)	65

## V

Aders (nawerkingen)	57
Ventilatie, (problemen met de)	27
Penis (amputatie)	69
Duizeligheid (positionele paroxystische)	27
Vestibulair (destructieve aantasting)	27
Gezichtsveld	23
Zicht (scherpte)	24

## TOELICHTING

### A. REDENEN VOOR EEN BEOORDELING AAN DE HAND VAN EEN SCHAAL

1. Evenals in het verleden zijn ook nu in elke lidstaat van de Europese Unie vaststelling van letselschade en toegekende schadevergoeding gebaseerd op een maatschappelijke en juridische consensus, die de levenshouding van die samenleving weerspiegelt.

In het algemeen worden de principes in beknopte vorm in wetten en gedragscodes verwoord en worden de uitvoeringsmodaliteiten bepaald door de jurisprudentie en de rechtsinterpretaties.

2. In het kader van een volledige schadevergoeding wordt in het gemene recht inzake wettelijke aansprakelijkheid een onderscheid gemaakt tussen economische en niet-economische schade. Om economische schade - die deels medische aspecten en deels de arbeidsgeschiktheid betreft - vast te stellen is een specifieke beoordeling nodig, waarvoor een schaal niet geschikt is. Niet-economische schade is schade buiten de context van enige winstgevende bezigheid. Deze louter persoonlijke schade houdt een aantasting in van de gebruikelijke activiteiten van het dagelijks leven, de bewegingen en handelingen die elke vrouw en man van opstaan tot slapengaan uitvoert, onafhankelijk van een beroepsbezigheid. Deze schade vermindert de kwaliteit van het dagelijks leven.

3. Blijvend letsel dat de oorzaak is van persoonlijke schade heeft gevolgen voor mensen met betrekking tot activiteiten die voor iedereen min of meer hetzelfde zijn. Identiek letsel heeft dus bijna identieke gevolgen in het dagelijks leven: het is dan ook logisch dat ze op dezelfde manier kunnen worden beoordeeld. Dit blijvend letsel leent zich dus voor beoordeling aan de hand van een schaal.

In de praktijk is het gangbare systeem ondanks zijn tekortkomingen bevredigend, omdat een beoordeling reproduceerbaar is, daar deze al dan niet expliciet op een schaal is gebaseerd.

4. De experts in de meeste lidstaten van de Europese Unie laten het niet bij een simpele beschrijving omdat degene die op basis hiervan beslist over een schadevergoeding deze beschrijving in feite moet interpreteren. Elke interpretatie betekent een mogelijke verandering van de oorspronkelijke beschrijving, vooral als de beschrijving van een expert in de ene lidstaat wordt gebruikt door iemand die beslist in een andere lidstaat: problemen in verband met taal en specifieke terminologie mogen niet worden onderschat. Het is derhalve wenselijk te proberen tot een nauwkeurige synthese te komen, en specifiek letsel te classificeren aan de hand van een bepaald percentage, samen met een toelichting: *'expertise betekent luisteren, observeren, meten, begrijpen en vervolgens toelichten zodat anderen ook begrijpen'*.

Voor een percentagesysteem is een vaste schaal nodig, omwille van een gelijke en eerlijke beoordeling: bij hetzelfde letsel wordt hetzelfde percentage toegekend en krijgt men dezelfde schadevergoeding.

5. De meest evidente tekortkoming van bestaande schalen is het ontbreken van een wetenschappelijke opzet: ze zijn een verzameling van percentages, vergaard door de jurisprudentie. Het zijn op gewoonterecht gebaseerde schalen.

Ze hebben echter het voordeel dat ze mee evolueren met de vooruitgang van de therapieën, revalidatie, diagnose- en meettechnieken en onze kennis van de problemen die letselslachtoffers te wachten staan.

Zou bovendien een louter ‘wetenschappelijke’ schaal rekening kunnen houden met onvermijdelijke sociaal-culturele aspecten, zoals de huidige, nationale schalen dat nu stilzwijgend doen? Tussen de lidstaten zijn er wat dat betreft geen grote verschillen. Maar kunnen de Europeanen een schaal opstellen die aanvaardbaar is voor andere culturen en vice versa?

## **B. NOODZAAK VAN EEN EUROPESE SCHAAL**

6. Europa streeft naar handhaving van een volledige schadevergoeding voor economische schade en bevordering van een schadevergoeding op basis van een schaal voor persoonlijke schade.

7. Het heeft geen zin de wijze van financiële schadevergoeding te harmoniseren als aan het verlies van dezelfde organen en functies niet overal in de Europese Unie dezelfde waarden worden toegekend en hetzelfde letsel niet op dezelfde wijze wordt gekwantificeerd. Voor een reproduceerbare beoordeling door verschillende experts in verschillende landen die leidt tot identieke conclusies met betrekking tot identieke letsels is het gebruik van een uniforme Europees schaal vereist.

8. Om schadevergoeding en de beoordelingsprocedure te harmoniseren kunnen we de niet zomaar de gebruikelijke cultuur van een land uitvlakken. Harmoniseren betekent dus noodzakelijkerwijze het voorstellen van oplossingen waarvan geen enkele onaanvaardbaar voor één van degenen die een rol spelen in het veranderingsproces, in de wetenschap dat geen enkele oplossing helemaal bevredigend zal zijn voor alle medespelers.

9. De opzet van een Europese schaal kon niet door een nationale organisatie of het team van één universiteit worden voorbereid. Er moest namelijk een compromis worden gevonden tussen de toegepaste kennis op basis van ervaring met het gebruik van verschillende nationale schalen en respect voor de typische kenmerken van de levenshouding van specifieke samenlevingen. Daarom werd een Europees orgaan gekozen dat streeft naar een consensus en er voor waakt niet een systeem dat werkt ondanks zijn tekortkomingen te destabiliseren. De keuze viel op CEREDOC - Confédération Européenne d’Experts en Réparation et Evaluation du Dommage Corporel - waarin academici en professionals van hoog niveau uit verschillende Europese landen zijn verenigd. Het team heeft de medewerking gezocht van vooraanstaande specialisten uit de medische disciplines die van belang zijn voor de expertise. Bovendien heeft het team geprofiteerd van de deskundige bijdragen van nationale organisaties en academische docenten, die zijn werk hebben bekrachtigd.

## **C. BASIS EN PRINCIPES VAN DE EUROPESE SCHAAL**

10. Een uniforme schaal moet gebaseerd zijn op algemeen aanvaarde ideeën. Deze ideeën zijn vastgelegd op het Colloquium van Trier I, dat in juni 2000 op initiatief van de rapporteur is georganiseerd.

Artsen schrijven symptomen toe aan oorzaken, gieten hun bevindingen in een objectieve vorm en kwantificeren gegevens, zonder de grenzen van hun specifieke deskundigheid te overschrijden, in de wetenschap dat de complexiteit van de mens niet altijd perfect binnen een door juristen gedefinieerd kader valt.

11. De medische expert moet enerzijds het medisch vast te stellen en/of te verklaren letsel kwantificeren, en anderzijds een technisch advies geven over een vaste lijst van eventuele individueel geleden schade.

12. De beoordeling moet geschieden op basis van de medisch vast te stellen, dus meetbare mate van lichamelijke en/of geestelijke invaliditeit.

Een beoordeling van louter subjectieve, medisch verklaarbare (plausibele maar niet vast te stellen en dus niet te meten) letsels is slechts reproduceerbaar als één en dezelfde schaal wordt gebruikt: we moeten een objectieve standaard hebben om een andere meting te kunnen verrichten.

13. Beoordeling vereist een eenheid en een systeem. Om ingrijpende veranderingen in de medische-juridische gewoonten van de Europese experts te vermijden, is voor een percentagesysteem gekozen.

Tijdens Trier I is lichamelijke/geestelijke invaliditeit als volgt omschreven:

*"de definitieve, medisch vast te stellen of medisch te verklaren beperking van de lichamelijke en/of geestelijke capaciteit, alsmede de pijn en de psychische effecten waarvan de arts weet dat deze gewoonlijk met het letsel samengaan en de gevolgen voor het dagelijkse leven waarmee dit letsel gewoonlijk en objectief gepaard gaat."*

De invaliditeitsgraad is:

*de mate van moeite, op een theoretisch maximum van 100%, die een ieder met aldus gekwantificeerde letsel ondervindt om de gewone dagelijkse bewegingen en handelingen, los van een beroepsmatige bezigheid, uit te voeren, dus de mate van 'persoonlijke invaliditeit'.*

Het invaliditeitspercentage

*is geen meeteenheid maar een beoordelingseenheid, die het resultaat is van een combinatie van metingen van verschillende verschijnselen met behulp van verschillende instrumenten, dus uitgedrukt in verschillende eenheden, en beoordeeld met een intuïtie die stoelt op ervaring en de kunst ongrijpbare zaken in te schatten.*

14. De opstelling van een schaal sluit dus niet uit dat de beoordeling tot op zekere hoogte wordt aangepast aan de persoon. De arts legt uit wat de gevolgen van het blijvend letsel zijn voor het dagelijks leven en stelt een percentage vast. Dat cijfer kwantificeert niet alleen de blijvende letsels maar betreft ook de verschillende parameters die in aanmerking zijn genomen bij de vaststelling van het percentage, dat dus een samengestelde eenheid is. Het omvat dus impliciet het "onmeetbare maar misschien wezenlijke" deel dat de door de expert beoordeelde specificiteit van het onderzochte individu weerspiegelt.

15. Als er een eerder bestaande pathologische toestand is veranderd door het ongeval waarvoor de expertise wordt uitgevoerd, moet het percentage, dat slechts een relatieve waarde heeft, absoluut worden aangevuld met een beschrijving en nadere uitleg. Voor een geamputeerd persoon met een goed functionerende prothese die ten gevolge van het ongeval verlamd raakt aan beide benen kan de letselschade niet worden vastgesteld als het verschil tussen de cijfers na en voor de verlamming: de schade is het verschil in temen van het dagelijks leven, en dat moet worden beschreven.

16. Veel blijvende letsels hebben belangrijke gevolgen voor het dagelijks leven: het cijfer van 100% betekent dus niet het verlies van alle functies. Als een percentage wordt vastgesteld, is de restcapaciteit niet het verschil tussen 100% en dat percentage: die is veel groter.

17. Naast de invaliditeit moet soms rekening worden gehouden met bepaalde schade die specifiek is voor de betrokken persoon, bijvoorbeeld esthetische schade of seksuele schade (voortplanting uitgezonderd), uitzonderlijke pijn, minder of geen vermogen meer om bepaalde sport- of recreatieve activiteiten te beoefenen.

Soms wordt in een claim andere soorten schade opgegeven, maar deze zijn kunstmatig, een overlapping met het invaliditeitspercentage of vereisen geen enkele vorm van medische competentie.

Dit soort persoonlijke schade valt niet onder de schaal, en wordt niet in de schaal vermeld.

18. De posttraumatische ervaring van een persoon met blijvend letsel is afhankelijk van zijn persoonlijke manier om op een agressie te reageren, en die hangt vooral af van de belangrijkste eigenschappen van zijn persoonlijkheid. Als de ervaring pathologisch is, wordt daarmee rekening gehouden in de indicatoren voor behandeling en bij de vaststelling van het invaliditeitspercentage. Zo niet, dan is het pathologisch karakter niet bewezen, niet vast te stellen en niet te meten, het hoort niet tot het medisch domein en de arts kan er geen specifiek oordeel over vellen.

19. Tenslotte zijn bepaalde, door de schaal voorgestelde percentages (verlies van een oog, een nier etc.) gebaseerd op de assumptie dat later met een eventuele functievermindering van het overblijvende orgaan rekening kan worden gehouden, ook al is er geen enkele aanwijzing hiervoor op het moment van het maximale herstel van het letsel. Zo ook heeft geen enkele endoprothese een onbepaalde levensduur. De wet moet daarom de mogelijkheid scheppen van een voorbehoud voor de toekomst of een procedure bij een verslechtering van de gezondheidstoestand, hetgeen tot dusver slechts in enkele lidstaten het geval is. Het is nu eenmaal onmogelijk de menselijke anatomie en fysiologie of de materialensterkte naar de wensen van de wet en van juristen te plooiën, dus moet het mogelijk zijn de wetteksten af te stemmen op de onvermijdelijke realiteit.

#### **D. METHODEN VOOR OPZET VAN DE EUROPESE SCHAAL**

20. Uitgangspunt is dat aan dezelfde organen, dezelfde functies en gedefinieerde types vermindering van deze functies in elk land dezelfde waarde wordt toegekend. Deze waarden, de richtcijfers, zijn de basis van de Europese schaal.

21. Het zou niet verstandig om te streven naar een rangorde in de waarde van organen en functies. Dat zou een puur empirische onderneming zijn. Het is echter wel mogelijk een rangorde van de verschillende delen van een orgaan en van verminderingen van eenzelfde functie op te stellen door hun objectieve gevolgen voor het dagelijks leven te onderzoeken.

Uit waarneming is vastgesteld dat schade zich sprongsgewijs en niet volgens een wiskundige formule ontwikkelt. Daarom kan alleen door observatie en meting een schaal met waarden worden opgesteld.

De richtcijfers zijn dus bepaald aan de hand van observatie en meting, om de kenmerken van het blijvend letsel vast te stellen en met een percentage te kwantificeren naargelang de gevolgen voor de gewone handelingen van het dagelijks leven. Deze methode om een functionele

invaliditeit vast te stellen kan eenvoudig worden toegepast door experts die nog geen gebruik maken van een schaal, zonder de gebruikelijke medisch-juridische benadering van degene die dat wel doen te doorkruisen.

Zo zijn er waarden vastgesteld voor amputaties en volledige functieverlies (bijvoorbeeld ankylose van een gewricht), en marges voor gedeeltelijk functieverlies. Bij de vaststelling van de overeenkomstige percentages is rekening gehouden met de gebruikelijke waarden die momenteel in de verschillende landen worden gehanteerd, en op basis van een vergelijking met andere vormen van letsel van gelijke importantie.

22. Gedeeltelijk blijvend letsel moet worden beoordeeld naar het waargenomen functieverlies, in verhouding tot het percentage voor totaal functieverlies.

23. Bepaald letsel, in het bijzonder in de seksuele sfeer (bilaterale mastectomie, amputatie van de penis) hebben een percentage gekregen dat aan de hoge kant kan lijken. Deze percentages weerspiegelen echter de Europese sociaal-culturele context, die bij de beoordeling niet mag worden genegeerd.

24. Het was van essentieel belang te letten op een interne 'verticale' consistentie bij elke bestudeerde functie, maar ook op een 'horizontale' consistentie, door - voor gelijke percentages - klinische situaties en hun gevolgen voor het dagelijks leven te vergelijken, zodat al te grote discrepanties konden worden vermeden.

## **E. PERSPECTIEVEN**

25. Een Europees waarnemingscentrum voor de schaal, dat gedeeltelijk bestaat uit leden van CEREDOC, zal de schaal voortdurend bijwerken op basis van opmerkingen, gegronde kritiek, gebruiksproblemen, beoordelingsmethoden en ontwikkelingen in de medische kennis.

## **F. DANKBETUIGING**

26. De rapporteur bedankt de specialisten die een waardevolle hulp hebben geboden en een waarborg zijn voor kwaliteit,

Prof. Pierre LUCAS (België)

Voorzitter van CEREDOC

Coördinator van de groep-ROTHLEY voor de Europese schaal,

de onontbeerlijke medewerkers  
van de werkgroep en leden van het uitvoerend comité van CEREDOC<sup>1</sup>,  
de professoren en medici:

BOROBIA César, Spanje

CANNAVÓ Giovanni, Italië

GUISCAFFRE-AMER Juan, Spanje

HUGUES-BÉJUI Hélène, Frankrijk

---

<sup>1</sup> Confédération Européenne d'Experts en Evaluation et Réparation du Dommage Corporel  
Via Livenza, 25 PISA – ITALIA – Tel +39.0508312083 – Fax +39.0508310049 – e-mail [info@ceredoc.it](mailto:info@ceredoc.it) -  
[www.ceredoc.it](http://www.ceredoc.it)



SAUCA Carlos, Spanje  
STEHMAN Michel, België  
STRECK Walter, Duitsland  
VIEIRA Duarte Nuno, Portugal

\*\*\*

ÁLVAREZ Luis Miguel, Spanje  
ANCI AUX Pierre, Frankrijk  
ARBARELLO Paolo, Italië  
AVATO Frankrijksco, Italië  
BEAUTHIER Jean-Pol, België  
BEINE Lucien, België  
BÉJUI-HUGUES Jacques, Frankrijk  
BUCCELLI Claudio, Italië  
BUU-HOÏ Patrick, Frankrijk  
CANALE Marcello, Italië  
CANDAELE Patrick, België  
CANTALOUBE Daniel, Frankrijk  
CASTELLA Josep, Spanje  
CHIKHANI Luc, Frankrijk  
CHODKIEWICZ Jean-Paul, Frankrijk  
CHOUAIB Raymond, Frankrijk  
CHOUTY Fabrice, Frankrijk  
COBO Germán, Spanje  
CORDIER Bernard, Frankrijk  
CORTE-REAL Francisco, Portugal  
COSTA SANTOS Jorge, Portugal  
COURTAT Philippe, Frankrijk  
DALPHIN Jean-Charles, Frankrijk  
DAUPLEIX Denis, Frankrijk  
DE FERRARI Francesco, Italië  
DEVOS René, België  
DIONOT Thierry, Frankrijk  
DUPUY Pierre, Frankrijk  
ELBAZ Pierre, Frankrijk  
FIORI Angelo, Italië  
FOELS Alain, Frankrijk  
FOYATIER Jean-Louis, Frankrijk  
GANDJBAKHCH Iradj, Frankrijk  
GERONA José Luis, Spanje  
GHERON Gérard, Frankrijk  
GUEGUEN Bernard, Frankrijk  
HAERTIG Alain, Frankrijk  
HAMARD Henry, Frankrijk  
JANOT Christian, Frankrijk  
JENOUDÉ Louis-Pierre, Frankrijk  
JONCKHEER Ludo, België

KEMPENEERS Philippe, België  
KLEIN Marcel, Frankrijk  
LATIL Gérard, Frankrijk,  
LATINI Elide, Italië  
LEFEVRE Raymond, Frankrijk  
LEFRANC Jean-Pierre, Frankrijk  
LERUT Hugo, België  
LESMES Rafael, Spanje  
LEVY Gilbert, Frankrijk  
MAGALHÃES Teresa, Portugal  
MALADJIAN Jacques, Frankrijk  
MARIGO Mario, Italië  
MÉTREAU Roselyne, Frankrijk  
NORELLI Aristide, Italië  
NORTH Pierre, Frankrijk  
PANARESE Fernando, Italië  
PEYTRAL Claude, Frankrijk  
PIRONE Giovanni Maria, Italië  
REBELLO Ascensão, Portugal  
RICCI Pietrantonio, Italië  
RUMILLY André- Georges, Frankrijk  
SEPULCHRE Marc-Antoine, België  
SOLIGUER Juan, Spanje  
SULMAN Thierry, Frankrijk  
TRICOT Jean-Pierre, België  
UMANI-RONCHI Giancarlo, Italië  
VANKERKEM Charles, België  
VIGNERON Jean-Robert, België