

Guide du médecin traitant

L'invalidité

dans le Régime de rentes du Québec



Remerciements

Ce guide a été réalisé par la Direction des communications de la Régie des rentes du Québec avec la collaboration d'un groupe de médecins évaluateurs du Service de l'évaluation médicale de la Régie. Nous tenons à remercier toutes les personnes qui, d'une façon ou d'une autre, ont contribué à la réalisation de cet ouvrage et particulièrement les médecins qui ont rédigé ou mis à jour les différents chapitres.

La présente publication n'a pas force de loi. En cas de conflit d'interprétation, il faut s'en remettre à la *Loi sur le régime de rentes du Québec*.

Cette publication peut être reproduite en tout ou en partie à condition que la source soit mentionnée.

Le masculin est utilisé comme générique dans le seul but d'alléger le texte.

Dépôt légal

1^{er} trimestre 2015, 5^e édition

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN

978-2-550-69006-1 (version imprimée)

978-2-550-69007-8 (PDF)

© Régie des rentes du Québec, 2015

Table des matières

Avant-propos	6
Introduction	7
A. Définitions	8
B. Évaluation de la capacité de travail	10
C. Rapport médical	12
Chapitre 1	
Maladies de l'appareil locomoteur	15
1.1 Constitution de la preuve médicale	18
1.2 Situations cliniques particulières	20
1.3 Évaluation des maladies de l'appareil locomoteur	22
Chapitre 2	
Maladies de l'appareil circulatoire	29
2.1 Constitution de la preuve médicale	33
2.2 Situations cliniques particulières	35
2.3 Évaluation des maladies de l'appareil circulatoire	38
2.4 Techniques d'évaluation	46
Chapitre 3	
Maladies de l'appareil respiratoire	51
3.1 Constitution de la preuve médicale	54
3.2 Situations cliniques particulières	59
3.3 Évaluation des maladies de l'appareil respiratoire	64
Chapitre 4	
Maladies du système nerveux	69
4.1 Constitution de la preuve médicale	73
4.2 Évaluation des maladies du système nerveux	77
Chapitre 5	
Néoplasies malignes	85
5.1 Constitution de la preuve médicale	88
5.2 Situations cliniques particulières	91
5.3 Évaluation des néoplasies malignes	94

Chapitre 6

Troubles mentaux.	101
6.1 Constitution de la preuve médicale.	104
6.2 Situations cliniques particulières.	107
6.3 Évaluation des troubles mentaux	108

Chapitre 7

Infection à VIH et sida	123
7.1 Constitution de la preuve médicale.	126
7.2 Situation clinique particulière	126
7.3 Évaluation de l'infection à VIH et du sida	127

Chapitre 8

Maladies ophtalmiques	131
8.1 Constitution de la preuve médicale.	134
8.2 Situations cliniques particulières.	137
8.3 Évaluation des maladies ophtalmiques.	138
8.4 Critères d'invalidité en ophtalmologie.	142
8.5 Description des limitations fonctionnelles en fonction du type d'atteinte à la fonction visuelle	145
8.6 Exigences visuelles requises pour la conduite d'un véhicule routier.	146
8.7 Abréviations et lexique	149

Annexe A

Formulaire de demande de prestations pour invalidité.	153
--	------------

Annexe B

Formulaire de rapport médical	165
--	------------

Liste des tableaux

Tableau 1	Classification de la dyspnée	56
Tableau 2	Facteurs aggravants gazométriques	57
Tableau 3	Classification du déficit respiratoire selon les résultats de la spirométrie	57
Tableau 4	Facteurs aggravants de l'asthme	61
Tableau 5	Classification du déficit respiratoire	65
Tableau 6	Éléments à préciser pour toutes les catégories de néoplasies . .	94
Tableau 7	Évaluation du degré d'incapacité résultant des troubles mentaux	121
Tableau 8	Notations de l'acuité visuelle centrale – Vision à distance. .	135
Tableau 9	Type d'atteinte à la fonction visuelle de diverses pathologies visuelles invalidantes	141
Tableau 10	Pourcentage d'efficacité visuelle centrale correspondant aux notations d'acuité visuelle centrale pour la distance dans l'œil phaque et l'œil aphaque (meilleur œil)	143

Avant-propos

Le médecin traitant joue un rôle de premier plan dans l'évaluation de l'état de santé des personnes qui font une demande de prestations pour invalidité en vertu de la *Loi sur le régime de rentes du Québec*. C'est en effet à partir des éléments de son rapport que la Régie des rentes du Québec peut apprécier leur capacité de travail.

C'est à l'automne 1996 que la Régie des rentes du Québec a publié le *Guide du médecin traitant — L'invalidité dans le Régime de rentes du Québec* pour aider le médecin à préparer le rapport médical et à justifier la demande de prestations pour invalidité.

Pour le rendre plus accessible, nous avons jugé à propos, en l'an 2000, de le publier sur Internet.

Préparé à l'intention du médecin traitant, omnipraticien ou spécialiste, cet ouvrage vise précisément à l'aider à décrire les incapacités et les déficiences de son patient et à fournir tous les documents dont le médecin-conseil a besoin pour évaluer la gravité de la maladie et la durée de l'incapacité.

Un nouveau chapitre concernant les maladies ophtalmiques a d'ailleurs été ajouté.

Le praticien ne doit toutefois pas s'en remettre entièrement et uniquement à cette source pour décider du contenu de son rapport, car il est impossible de couvrir tous les cas observés dans la pratique. L'exercice du jugement médical sera toujours indispensable pour évaluer les conséquences d'un ensemble de maladies chez un même patient.

Dans sa présentation actuelle, le guide couvre une grande partie des demandes de prestations pour invalidité faites annuellement à la Régie. Le pourcentage de rentes payées pour chaque catégorie de maladies est indiqué au début de chaque chapitre.

Nous nous ferons un plaisir de vous fournir les références bibliographiques liées aux thèmes des différents chapitres si vous nous en faites la demande.

La chef du Service de l'évaluation médicale et médecin-chef,

D^{re} Nathalie Dubé

Introduction

A. Définitions	8
1. Invalidité au sens de l'article 95 de la Loi	8
2. Assurance salaire, assurance invalidité et prestations pour invalidité	8
3. Termes connexes	9
B. Évaluation de la capacité de travail	10
1. Fondement médical de l'invalidité	10
2. Considération des caractéristiques socioprofessionnelles dans l'évaluation du critère de gravité	10
3. Déficiences et incapacités multiples ou associées	11
4. Investigation et traitement	11
5. Diagnostic et pronostic	11
C. Rapport médical	12
1. Rôle du médecin traitant	12
2. Rédaction du rapport	12
3. Documentation nécessaire	13
4. Rôle de l'équipe médicale de la Régie	13
5. Frais	14

La Régie des rentes du Québec a été créée par la *Loi sur le régime de rentes du Québec* pour administrer le Régime de rentes du Québec.

Ce régime prévoit, entre autres, le paiement d'une prestation pour invalidité au travailleur qui a suffisamment cotisé au Régime et qui est déclaré invalide par la Régie.

Une fois l'admissibilité du travailleur établie, une équipe de médecins spécialement formés étudie son dossier médical et juge si son état de santé répond aux critères de gravité et de durée imposés par la Loi.

A. Définitions

1. Invalidité au sens de l'article 95 de la Loi

Dans le contexte du Régime de rentes du Québec, la reconnaissance de l'invalidité fait l'objet d'une décision administrative. Cette décision est rendue par la Régie sur démonstration satisfaisante que l'état de santé du travailleur correspond aux exigences de la Loi.

Selon l'article 95 de la *Loi sur le régime de rentes du Québec*, une personne peut être reconnue invalide si elle remplit les deux conditions suivantes :

- sa condition médicale est **grave** et l'empêche d'exercer, à temps plein, tout genre d'emploi;
- de plus, cette condition médicale doit être **permanente**. Une invalidité est permanente si elle doit **durer indéfiniment** sans aucune amélioration possible.

Cependant, une personne âgée de 60 à 65 ans peut également avoir droit à la rente d'invalidité si son état de santé ne lui permet plus de faire le travail habituel qu'elle a quitté en raison de son invalidité. Elle doit toutefois démontrer un attachement récent au marché du travail.

Depuis 2013, un bénéficiaire de moins de 65 ans d'une rente de retraite du Régime ne pouvant plus être annulée pour recevoir la rente d'invalidité, peut recevoir un **montant additionnel pour invalidité**, s'il est incapable d'exercer, à temps plein, tout genre d'emploi. Il doit cependant démontrer un attachement récent au marché du travail.

Le fait d'être reconnu invalide par une compagnie d'assurance, un autre organisme ou un ministère ne donne pas droit automatiquement à une prestation pour invalidité du Régime de rentes du Québec, car leurs critères peuvent être différents de ceux de la Régie.

L'incapacité de travail doit être la conséquence directe des séquelles d'une affection physique ou mentale, les unes n'excluant pas les autres. Le médecin traitant doit fournir la preuve de ces séquelles à la Régie.

Si les séquelles de l'affection sont **graves et permanentes**, mais ne risquent pas d'entraîner le décès, et si une amélioration est encore possible, quoique incertaine, la Régie peut demander une **réévaluation**.

2. Assurance salaire, assurance invalidité et prestations pour invalidité

L'assurance salaire, l'assurance invalidité et les prestations pour invalidité sont trois formes de protection différentes.

Assurance salaire

L'assurance salaire a pour objet d'indemniser le travailleur assuré que la maladie empêche de travailler durant une certaine période, en général moins de deux ans.

Assurance invalidité

L'assurance invalidité a pour objet d'indemniser le travailleur malade qui doit quitter son emploi pour une période prolongée, en général plus de deux ans. Le contrat d'assurance précise généralement qu'il s'agit du travail « habituel », « équivalent » ou « correspondant à la formation, aux qualifications ou à l'expérience » du travailleur.

Prestations pour invalidité

Les prestations pour invalidité sont versées par le Régime de rentes du Québec pour assurer un revenu de base au travailleur qui est reconnu invalide selon les critères établis. Elles n'ont pas pour objet de compenser une perte de revenu consécutive à une incapacité de travail temporaire, ni un pourcentage de déficit anatomo-physiologique ou de douleur, ni la perte de jouissance de la vie, comme c'est le cas pour les indemnités versées par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) ou la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ).

3. Termes connexes

Déficiences (*impairment*)

« Une déficience est une perte, une anomalie ou une insuffisance d'un organe, d'une structure ou d'une fonction mentale, psychologique, physiologique ou anatomique. » (Organisation mondiale de la santé, 1980)

Par exemple, un bras amputé, des yeux qui ne voient pas, des oreilles qui n'entendent pas, une intelligence limitée, une mémoire défaillante, etc. sont des déficiences.

Limitation fonctionnelle (*cannot*)

La limitation ou incapacité fonctionnelle est une entrave imposée par la déficience. Elle représente une diminution mesurable et permanente des possibilités d'action.

C'est l'expression de ce que la personne n'est plus capable de faire. Cette situation est **irréversible** et ne peut pas être améliorée par la réadaptation fonctionnelle ni les aides techniques.

C'est aussi ce que la personne ne peut pas faire sans risquer une détérioration immédiate, ou à très court terme, et importante de son état physique ou mental.

Sur le plan locomoteur, par exemple, il peut s'agir de la limitation non compensable des amplitudes articulaires qui, rendant certains gestes ou activités impossibles, empêche la personne de travailler.

B. Évaluation de la capacité de travail

1. Fondement médical de l'invalidité

Le médecin doit rechercher la présence d'une maladie reconnue, c'est-à-dire d'une affection dont les manifestations sont observables sur le plan anatomique, physiologique ou mental.

Les **symptômes**, manifestations subjectives des affections physiques ou psychiques, ne suffisent pas. Les affections doivent se manifester sous forme de signes ou être confirmées par des résultats d'examens.

Par **signes**, nous entendons les anomalies anatomiques, physiologiques ou psychiques qui peuvent être observées à l'examen clinique. Dans le cas des affections psychiques, ce sont des anomalies que le médecin peut observer sur le plan du comportement, de l'affect, de la pensée, de la mémoire, de l'orientation ou du contact avec la réalité et non seulement celles qui lui sont rapportées.

Bien qu'il faille en faire mention dans le rapport médical, les allégations du patient ou de son entourage ne suffisent pas à étayer un diagnostic d'affection physique ou psychique.

Par **résultats d'examens**, nous entendons les comptes rendus d'examens biochimiques, électrophysiologiques, radiologiques, etc. qui peuvent rendre compte de l'état du patient sur le plan anatomique, physiologique ou psychique.

2. Considération des caractéristiques socioprofessionnelles dans l'évaluation du critère de gravité

Les caractéristiques socioprofessionnelles sont les facteurs rattachés à la personne, soit l'âge, la scolarité, la formation et l'expérience de travail antérieure.

Lors de l'analyse médicale des critères de gravité et de durée, la Régie considère les caractéristiques socioprofessionnelles du requérant dans des situations particulières, soit lorsque la condition médicale entraîne des incapacités objectives prolongées qui ne rendent pas le requérant incapable d'exercer tout genre d'emploi, mais qui sont considérées comme sévères sur le plan médical.

Dans ces situations, le critère de gravité peut être satisfait si le requérant présente un ensemble de caractéristiques socioprofessionnelles défavorables qui, associées à ses limitations fonctionnelles sévères, le rendent incapable d'occuper un travail rémunérateur régulier, malgré des efforts de scolarisation, de réadaptation, de réinsertion ou autres.

Le sexe, la langue et les facteurs socioéconomiques (facteurs inhérents au marché du travail dans une région géographique donnée) ne sont pas pris en considération dans cette évaluation.

3. Déficiences et incapacités multiples ou associées

Un travailleur peut être atteint de plusieurs affections ou maladies dont **aucune prise individuellement** ne l'empêcherait de travailler, mais dont l'ensemble, causant des incapacités multiples, peut le rendre invalide au sens de l'article 95 de la Loi.

Pour en faire la démonstration, le médecin décrira clairement les limitations de son patient. Il ne suffit pas d'une simple énumération, juxtaposition ou addition de diagnostics, même fort nombreux, et encore moins de symptômes.

Les affections physiques ou mentales en cause doivent entraîner des limitations fonctionnelles importantes, permanentes et observables sans équivoque. Ces limitations ne doivent pas seulement être prévisibles ou appréhendées.

4. Investigation et traitement

L'évaluation de la capacité de travail ne peut se faire équitablement qu'après investigation et traitement adéquats.

5. Diagnostic et pronostic

Le **diagnostic** doit être certain ou, au moins, très probable. Il doit reposer sur une investigation adéquate et être étayé des documents nécessaires.

Le **pronostic** doit s'appuyer sur un constat de faits irréversibles ou sur l'échec répété de traitements appliqués selon les règles de l'art. Toutefois, il ne saurait être question d'exiger qu'une personne se soumette à un traitement expérimental, à risque élevé ou dont l'efficacité n'est pas reconnue.

Le jugement du médecin doit reposer sur des critères objectifs.

Pour démontrer que son patient est atteint d'une affection physique ou mentale reconnue, le médecin s'en remettra aux critères diagnostiques énumérés dans les documents de référence suivants :

- pour les troubles physiques, la *Classification internationale des maladies* (CIM-10);
- pour les troubles mentaux, le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 5^e édition (DSM-5).

S'il ne peut pas utiliser les critères de ces publications, le médecin doit faire un rapport détaillé de ses observations et s'appliquer plus particulièrement à décrire les séquelles permanentes.

C. Rapport médical

1. Rôle du médecin traitant

Le médecin traitant intervient à la demande de son patient. Il doit l'aider à fournir la preuve de son invalidité. En produisant **un rapport médical complet et des documents médicaux à l'appui**, il facilitera d'autant l'étude du dossier.

Le rapport médical doit comporter suffisamment de détails pour permettre à la Régie d'apprécier la gravité de l'incapacité et d'en estimer la durée probable. Cette incapacité doit découler des déficiences que le médecin a lui-même observées, et ces observations doivent être constantes d'un examen à l'autre et d'un examinateur à l'autre. Les résultats des examens complémentaires doivent être utilisés pour corroborer les signes cliniques rapportés et non l'inverse.

Un diagnostic de maladie mortelle non documenté et une opinion sombre non motivée ne peuvent pas permettre à la Régie de se prononcer. Même une néoplasie maligne doit être confirmée par des comptes rendus d'examens histopathologiques et surtout par un rapport d'examen clinique détaillé décrivant les répercussions de la maladie sur les activités du patient.

Dans son rapport, le médecin doit signaler toute incohérence entre l'importance de l'incapacité fonctionnelle alléguée et les déficits physiques ou mentaux qu'il a pu observer.

Chaque fois que la preuve médicale est jugée insatisfaisante, la Régie est forcée de demander des renseignements additionnels. Tout retard ou négligence de la part du médecin traitant à répondre adéquatement à cette demande entraîne des délais non négligeables dans le traitement du dossier de son patient.

2. Rédaction du rapport

L'équipe médicale de la Régie peut traiter le dossier avec rapidité si le formulaire de rapport médical est rempli avec soin et qu'il est accompagné des documents nécessaires.

Il n'est pas obligatoire d'utiliser le formulaire de l'annexe B. Il s'agit en fait du modèle qui est proposé pour fournir un rapport complet et bien documenté.

3. Documentation nécessaire

Pour juger de l'incapacité fonctionnelle d'un travailleur, la Régie a besoin d'un dossier médical complet, soit **un rapport préparé et signé par un médecin** (anamnèse, antécédents, examen physique ou mental, diagnostic, pronostic et capacité de travail) et les **comptes rendus d'examens complémentaires et consultations** qui renseignent sur la nature, la sévérité, la durée et les conséquences de l'affection en cause.

Les principaux éléments d'évaluation qui se trouvent dans le présent guide peuvent aider le médecin dans le choix des renseignements qu'il doit fournir. Son rapport ne doit cependant pas se limiter aux seuls éléments qui y sont énumérés; tous les symptômes et signes concernant l'affection doivent être décrits.

S'ils existent, les documents suivants devront être joints au rapport :

- **une copie ou un résumé du dossier** d'un hôpital, d'une unité de consultation externe, d'une clinique spécialisée, d'un centre d'accueil, d'un CLSC ou de tout établissement de soins médicaux et des rapports de tous les consultants qui ont évalué le patient;
- **une copie d'un rapport médical adressé à l'employeur ou du dossier d'un organisme payeur** (CSST, SAAQ, CARRA [Commission administrative des régimes de retraite et d'assurances]), d'une compagnie d'assurance, etc.

4. Rôle de l'équipe médicale de la Régie

Les rapports médicaux présentés avec les demandes des travailleurs admissibles sont étudiés par une équipe de médecins spécialement formés. L'évaluation n'est pas automatisée : chaque dossier est étudié individuellement.

Le médecin évaluateur de la Régie doit évaluer les déficiences du travailleur et les incapacités qui en résultent à la lumière des pièces fournies et **juger si elles correspondent à la définition imposée par la Loi (article 95)**.

Bien qu'il appartienne au travailleur de faire la preuve de son invalidité, la Régie cherchera à se procurer d'autres renseignements si la preuve fournie est insuffisante ou si les opinions sont divergentes. En effet, le médecin évaluateur a besoin de la meilleure preuve médicale possible pour ne pas risquer de refuser ou d'accepter une rente injustement.

5. Frais

Les frais de rédaction du rapport médical sont à la charge du travailleur.

Les frais de l'examen clinique et des examens complémentaires sont facturés à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

Les frais exigés pour un rapport médical demandé par la Régie des rentes du Québec dans le cas d'une **réévaluation** sont remboursés au travailleur, sur présentation de la facture originale du médecin.

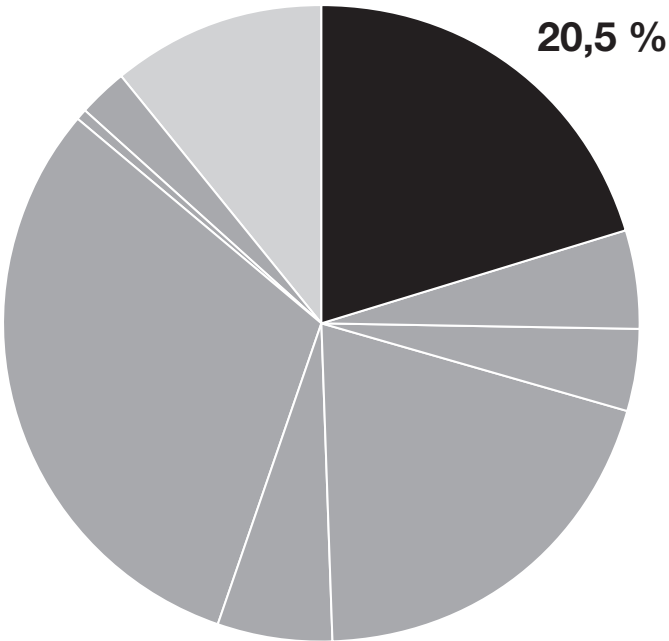
Les dépenses engagées pour une expertise demandée par la Régie, y compris les coûts de transport du travailleur, sont aux frais de la Régie.

Référence :

Pour en connaître davantage sur les **Directives en matière d'évaluation médicale de l'invalidité**, veuillez consulter le site de la Régie au rrq.gouv.qc.ca.

Chapitre 1

Maladies de l'appareil locomoteur



1.1	Constitution de la preuve médicale	18
1.1.1	Anamnèse	18
1.1.2	Examen clinique	18
1.1.3	Amplitudes articulaires et perte de fonction	18
1.1.4	Constatations objectives	19
1.1.5	Examens complémentaires	19
1.2	Situations cliniques particulières	20
1.2.1	Perte de fonction et douleur	20
1.2.2	Douleur chronique	20
1.2.3	Vieillesse	20
1.2.4	Perte majeure	20
1.2.5	Amputation associée à une maladie chronique	20
1.2.6	Fibromyalgie (fibromyosite)	21
1.3	Évaluation des maladies de l'appareil locomoteur	22
1.3.1	Arthrose, polyarthrite rhumatoïde et autres arthrites inflammatoires (spondylarthropathies séronégatives, collagénoses) ou microcristallines (goutte et pseudo-goutte)	22
1.3.2	Affections de la colonne vertébrale	23
1.3.3	Amputation ou autre déficit majeur, congénital ou acquis	25
1.3.4	Amputation d'un membre inférieur (transmétatarsienne ou plus haut) avec maladie associée	26
1.3.5	Infections graves (ostéomyélite ou arthrite septique)	26
1.3.6	Fibromyalgie	27

Les maladies de l'appareil locomoteur peuvent entraîner une incapacité lorsqu'elles atteignent les os, les muscles, les tendons, les articulations, les nerfs ou les vaisseaux sanguins d'un ou de plusieurs membres ou de la colonne vertébrale. La perte de fonction peut aussi être liée à une atteinte systémique causée par certaines maladies.

1.1 Constitution de la preuve médicale

Le dossier doit comprendre suffisamment de détails sur l'histoire du patient, ses antécédents médicaux, les examens cliniques et complémentaires dont il a été l'objet, les traitements qui lui ont été administrés et leur résultat, pour qu'un médecin indépendant puisse évaluer la gravité et la durée de sa déficience et les conséquences qu'elle a sur sa capacité de travail.

Si une intervention chirurgicale a été pratiquée, la documentation devrait inclure une copie du compte rendu de l'opération et les résultats des examens histopathologiques qui ont été faits.

Pour expliquer la perte de capacité, le médecin doit procéder à une anamnèse et à un examen clinique complets et détaillés.

1.1.1 Anamnèse

Le médecin doit retracer l'histoire complète de la situation : la date du début de l'affection et son mode d'apparition (insidieux, post-traumatique [CSST], etc.), la nature, la localisation et l'irradiation de la douleur, l'horaire des symptômes, la présence de raideurs, les facteurs qui augmentent ou soulagent la douleur, le traitement prescrit (notamment le type d'analgésiques et leur posologie) et la description des activités journalières typiques. Il serait utile qu'il puisse répertorier les modifications d'activités professionnelles tentées avant de pouvoir conclure en une incapacité à effectuer tout travail.

Il doit s'assurer que les signes qu'il a observés à l'examen et les plaintes du patient sont compatibles avec le stade de la maladie et décrire la réponse aux mesures thérapeutiques.

1.1.2 Examen clinique

Dans son rapport, le médecin fera état d'un examen clinique détaillé de l'appareil locomoteur. Il décrira la démarche du patient et les articulations atteintes (amplitude, difformité, etc.) en précisant la limitation des mouvements des membres et de la colonne et en prenant soin de détailler les anomalies motrices et sensitives, les spasmes musculaires et les réflexes ostéotendineux. Il signalera la présence de signes inflammatoires et décrira ce qu'il a observé pendant l'examen, par exemple le comportement et la collaboration du patient, sa façon de monter et de descendre de la table, de se rhabiller, etc.

1.1.3 Amplitudes articulaires et perte de fonction

La mesure des amplitudes articulaires relève de techniques d'examen clinique qui sont présentées dans les manuels ou traités médicaux classiques. Il faut, si possible, comparer l'amplitude d'une articulation atteinte à celle de l'articulation saine du côté opposé. À défaut, le médecin se référera aux mesures conventionnelles.

Une perte d'amplitude ne provoque pas nécessairement une perte de fonction. Le jeu des articulations voisines peut compenser la perte d'amplitude, particulièrement aux membres supérieurs. L'ankylose d'une articulation en position dite « de fonction » favorise souvent la résolution de certains problèmes douloureux. Dans beaucoup de cas, l'instabilité d'une articulation a des répercussions fonctionnelles plus importantes que l'ankylose ou la simple perte d'amplitude.

1.1.4 Constatations objectives

Le bilan des capacités et des incapacités fonctionnelles doit être établi au moyen des constatations faites pendant l'examen et non simplement au moyen des déclarations du patient, comme : « Il dit que sa jambe est faible, engourdie, etc. » **L'authenticité des signes cliniques est à vérifier.** Un test d'élévation de la jambe tendue peut, par exemple, être fait alternativement en position assise et en position couchée. Certains signes peuvent être intermittents; aussi leur présence doit-elle être confirmée par un suivi adéquat avant toute inscription au dossier. Il en est de même pour les résultats des traitements en cours.

1.1.5 Examens complémentaires

Les résultats d'examens de laboratoire, d'examens électrodiagnostiques ou d'imagerie médicale sont utiles pour étayer un diagnostic, mais ils ne peuvent jamais remplacer les observations cliniques. Ils pourraient, par contre, illustrer la condition et son évolution.

1.2 Situations cliniques particulières

1.2.1 Perte de fonction et douleur

La douleur est généralement un phénomène temporaire qui répond aux mesures thérapeutiques courantes. Elle peut contribuer à une diminution de la capacité fonctionnelle mais, pour être prise en considération dans l'évaluation, elle doit être causée par une affection sous-jacente reconnaissable. Le médecin doit établir une corrélation entre la douleur exprimée et les signes cliniques qu'il a observés, et fournir les résultats d'examen complémentaires qui permettent d'évaluer l'importance et la permanence des limitations tant physiques que psychiques. Une documentation des modalités thérapeutiques qui ont été tentées, dans certains cas, peut être utile.

1.2.2 Douleur chronique

L'énoncé du diagnostic « **douleur chronique** » ne suffit pas : la démonstration des déficiences et des incapacités qui empêchent la personne de travailler de façon permanente doit être faite. Dans tous les cas, il importe de vérifier par des observations successives et à des intervalles suffisants si cet état fluctue, persiste ou s'aggrave. Une description des conséquences fonctionnelles devrait être transmise : abandon ou modification de certaines activités de la vie quotidienne, usage de modalités pour réduire la douleur.

1.2.3 Vieillesse

Le vieillissement progressif de la colonne vertébrale et des articulations est normal. On observe couramment à l'imagerie médicale des modifications importantes sans répercussion sur le plan clinique. La démonstration de limitations fonctionnelles importantes par des signes objectifs est primordiale ainsi que la description des consultations et traitements consécutifs à une symptomatologie associée.

1.2.4 Perte majeure

Dans le cas des traumatismes majeurs aux membres (fractures, luxations, sections nerveuses ou ostéotendineuses, etc.), l'évaluation doit être faite après la stabilisation des séquelles, sous forme d'une opinion orthopédique.

1.2.5 Amputation associée à une maladie chronique

On peut retrouver chez une même personne une amputation et un diabète ou une maladie chronique de l'appareil respiratoire ou circulatoire. Le médecin doit être attentif à l'amplification possible des conséquences fonctionnelles d'une amputation (particulièrement à un membre inférieur) par la présence d'affections à d'autres niveaux et en faire la démonstration.

1.2.6 Fibromyalgie (fibromyosite)

La fibromyalgie se présente comme un syndrome douloureux généralisé à l'égard duquel le médecin de famille doit être vigilant et éliminer un problème de l'appareil locomoteur. Elle s'associe à un ensemble de symptômes qui touche plusieurs systèmes et dont le diagnostic est parfois difficile. Elle s'accompagne fréquemment d'un sentiment démesuré de diminution des capacités physiques et psychiques qui peut être hors de proportion à l'examen physique.

La fibromyalgie n'a pas de cause reconnue, ni de traitement spécifique. Il y a fréquemment un déconditionnement physique réversible et proportionnel à l'inactivité du patient.

Aucune séquelle organique grave et permanente n'a été reconnue, sauf en quelques rares exceptions où les volets physique et psychologique sont tels qu'une invalidité peut être considérée.

1.3 Évaluation des maladies de l'appareil locomoteur

1.3.1 Arthrose, polyarthrite rhumatoïde et autres arthrites inflammatoires (spondylarthropathies séronégatives, collagénoses) ou microcristallines (goutte et pseudo-goutte)

En général, l'examen clinique permet de diagnostiquer une affection active en dépit d'un traitement optimal ou une affection au stade des difformités résiduelles, telles déformation, subluxation, ankylose, limitation d'amplitude ou instabilité. L'atteinte de plusieurs articulations ou d'une ou de quelques articulations majeures, du rachis ou des structures autres que les articulations peut entraîner des conséquences fonctionnelles et une perte d'autonomie. À l'inverse, certains patients, malgré une atteinte importante, réussissent à compenser leur handicap et peuvent maintenir un statut fonctionnel suffisant pour les maintenir actifs.

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

1. Présenter le tableau clinique, en particulier l'évolution de l'affection, les signes d'une incapacité fonctionnelle importante et de durée indéfinie touchant les membres ou la colonne et les résultats du traitement médical ou chirurgical.
2. Établir son diagnostic à l'aide de critères cliniques reconnus pour l'affection en cause et l'étayer de l'un ou l'autre des comptes rendus d'examens suivants :
 - valeur des sérologies (facteur rhumatoïde ou tout autre anticorps jugé pertinent);
 - taux de vitesse de sédimentation ou valeur de PCR;
 - modifications histopathologiques caractéristiques de tout tissu prélevé (biopsie synoviale, cutanée, musculaire, rénale, de l'artère temporale, etc.);
 - présence d'éléments caractéristiques à l'examen du liquide synovial (décompte cellulaire, cristaux, etc.);
 - présence de changements caractéristiques aux examens d'imagerie médicale (radiographies simples, RMN, TDM, etc.).
3. Décrire les incapacités causées par d'autres atteintes que celles de l'appareil locomoteur :
 - psoriasis;
 - maladie inflammatoire intestinale ou urinaire (exemple : syndrome de Reiter);
 - atteinte d'un ou de plusieurs organes cibles majeurs dans le cas d'une collagénose avec répercussion systémique importante (neurologique, cardiopulmonaire, rénale, etc.).

1.3.2 Affections de la colonne vertébrale

L'incapacité causée par une affection de la colonne est généralement temporaire. Aussi, avant de présumer que son patient est atteint d'une incapacité grave et prolongée, le médecin s'assurera-t-il que les signes spécifiques de l'affection et les séquelles fonctionnelles persistent d'un examen à l'autre malgré les traitements appropriés. Une telle situation ne se produit que dans les cas d'une maladie irréversible et mal contrôlée ou d'un échec du traitement médical ou chirurgical.

Pour évaluer l'incapacité attribuable aux affections de la colonne, il convient, en premier lieu, d'établir un diagnostic à l'aide d'une anamnèse adéquate et d'un examen clinique détaillé. Des radiographies, une imagerie plus poussée (RMN, TDM, etc.) ou d'autres épreuves diagnostiques, comme l'électromyographie (EMG), viendront appuyer les observations cliniques, le cas échéant.

a) Ostéoporose avec fractures

L'ostéoporose peut être primaire ou secondaire.

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

1. Présenter le tableau clinique, en particulier l'évolution de l'affection, l'importance des symptômes, surtout les douleurs à la colonne dorsolombaire et leur durée (limitée ou indéfinie) et les séquelles morphologiques (taille), respiratoires (voir chapitre 3 — *Maladies de l'appareil respiratoire*) ou autres consécutives aux difformités et à la perte de mobilité de la colonne.
2. Confirmer, si possible, son diagnostic par les examens appropriés (radiographies simples, RMN, TDM, etc.) révélant :
 - la présence d'une ou de plusieurs fractures par tassement des corps vertébraux sans histoire de traumatisme direct qui ait pu en être la cause;
 - le degré de cyphose ou de cyphoscoliose.
3. Présenter, exceptionnellement, une scintigraphie osseuse, qui peut être utile pour déceler une fracture vertébrale que les autres techniques d'imagerie n'ont pu révéler en raison d'une ostéoporose trop importante.

Il est à noter que le résultat de l'ostéodensitométrie, qui peut permettre de prédire un risque de fracture, n'est d'aucune utilité pour déterminer les limitations fonctionnelles.
4. Exposer l'historique du plan de traitement pouvant suggérer la survenue de nouvelles fractures, en dépit des traitements appliqués et observés par le patient. En effet, un tel historique peut suggérer une maladie grave et hors de contrôle.

b) Tumeurs de la colonne vertébrale et lésions analogues

Dans le cas de tumeurs primitives ou de métastases, la cause des manifestations cliniques est habituellement démontrée, et l'évolution de la maladie est rarement réversible. En ce cas, le médecin peut aussi se reporter au chapitre 5 — *Néoplasies malignes*.

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

1. Présenter le tableau clinique :

- l'état général, les symptômes et signes locaux, régionaux ou généraux;
- l'évaluation clinique comme en **c)1**.
(*Autres affections de la colonne vertébrale*);
- l'évaluation neurologique en fonction des éléments du chapitre 4 — *Maladies du système nerveux*;
- le stade clinique des cancers primitifs (TNM);
- la réponse aux traitements et le pronostic.

2. Confirmer la présence d'une lésion (tumeur, métastase, etc.) correspondant aux manifestations cliniques par :

- imagerie médicale ou autres examens appropriés;
- compte rendu de l'acte chirurgical;
- compte rendu d'examen histopathologique ou d'évaluation en vue de chimiothérapie ou de radiothérapie.

c) Autres affections de la colonne vertébrale

(hernie discale, sténose spinale, arachnoïdite, échec après chirurgie à répétition, etc.)

Dans le cas de ces affections, l'atteinte est continuellement et intensément symptomatique en dépit des traitements optimaux administrés et auxquels le patient a constamment collaboré.

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

1. Présenter le tableau clinique :

- douleur, spasme musculaire et limitation importante et permanente de la mobilité de la colonne vertébrale (et non pas simplement une contraction réflexe lors de l'examen);
- atteinte motrice (mouvements, force);
- atteinte des réflexes;
- atteinte de la sensibilité.

2. Confirmer la présence d'une lésion importante correspondant aux manifestations cliniques par :
 - imagerie ou autres examens appropriés;
 - compte rendu de l'acte chirurgical.
3. Fournir des renseignements supplémentaires comprenant, au besoin, une évaluation en neurologie, en neurochirurgie, en physiothérapie ou en orthopédie avec, le cas échéant, les résultats de la réadaptation fonctionnelle, la nécessité d'une assistance personnelle ou d'une aide technique.

1.3.3 Amputation ou autre déficit majeur, congénital ou acquis

Outre les amputations, cette catégorie regroupe :

- les séquelles de déficits vasculaires (voir chapitre 2 — *Maladies de l'appareil circulatoire*) ou d'infection grave des tissus mous;
- les délabrements de tissus mous, les lésions musculaires, tendineuses, nerveuses, vasculaires;
- l'ankylose en position vicieuse;
- la subluxation, la luxation, l'instabilité articulaire ou la pseudarthrose;
- les troubles trophiques, les séquelles de brûlures graves et étendues, etc.

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

1. Présenter le tableau clinique de l'affection et préciser l'importance et la durée de la perte de l'usage des deux membres supérieurs ou inférieurs ou encore d'un membre supérieur et d'un membre inférieur.
2. Confirmer la présence des manifestations cliniques par des comptes rendus d'examen de radiologie, d'histopathologie, de laboratoire ou des rapports de consultation, etc.
3. Fournir les résultats de la réadaptation fonctionnelle, le cas échéant, y compris la nécessité d'une assistance personnelle ou d'une aide technique.

1.3.4 Amputation d'un membre inférieur (transmétatarsienne ou plus haut) avec maladie associée

En soi, l'amputation d'un seul membre inférieur n'entraîne pas l'incapacité de travail. Le médecin doit évaluer l'état de santé général de son patient.

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

1. Présenter le tableau clinique et préciser l'importance et la durée de la perte de la capacité de se tenir debout ou de se déplacer efficacement avec ou sans prothèse et indiquer si le patient doit avoir recours à une aide technique, comme une marchette ou des béquilles à l'intérieur et un fauteuil roulant à l'extérieur, à cause de :
 - maladie vasculaire périphérique;
 - complication neurologique (perte de proprioception, etc.);
 - moignon trop court ou autres complications persistantes, voire permanentes, à ce niveau;
 - atteinte du membre inférieur opposé limitant considérablement la capacité de marcher et de se tenir debout;
 - maladie cardiovasculaire, respiratoire ou autre maladie systémique avec répercussion grave sur l'état général ou autres complications aux organes cibles;
 - diabète avec complications neurologiques, vasculaires périphériques ou aux organes cibles.
2. Confirmer la présence des affections observées à l'examen clinique par les résultats d'examens et les rapports de consultation appropriés.
3. Fournir des renseignements quant à la permanence de l'incapacité de se déplacer efficacement, en particulier dans le cas d'une hémipelvectomie ou d'une désarticulation de la hanche.

1.3.5 Infections graves (ostéomyélite ou arthrite septique)

Dans la plupart des cas, les traitements médicaux et chirurgicaux sont efficaces. Des rechutes et des complications peuvent survenir. En général, l'évaluation des séquelles permanentes se fait après la phase active.

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

1. Présenter le tableau clinique soit d'une infection persistante, de complications ou d'un mauvais pronostic en dépit des traitements optimaux administrés depuis plus de douze mois, soit de déformations ou d'ankyloses en position non fonctionnelle qui interfèrent fortement avec les déplacements, la station debout, l'usage des membres supérieurs ou inférieurs, ou d'un membre supérieur et d'un membre inférieur.

2. Confirmer la présence des foyers lésionnels correspondant aux observations cliniques par des tests de laboratoire et par l'imagerie médicale appropriée.
3. Fournir des renseignements sur la nécessité d'une assistance personnelle ou d'une aide technique.

Dans de tels cas, la démonstration des démarches de consultation, de suivi et de traitements chroniques sont essentiels pour démontrer la persistance de processus actifs.

Dans le cas d'un processus résolu, la démonstration de handicaps sévères liés aux séquelles de la maladie sera nécessaire pour justifier l'incapacité permanente.

1.3.6 Fibromyalgie

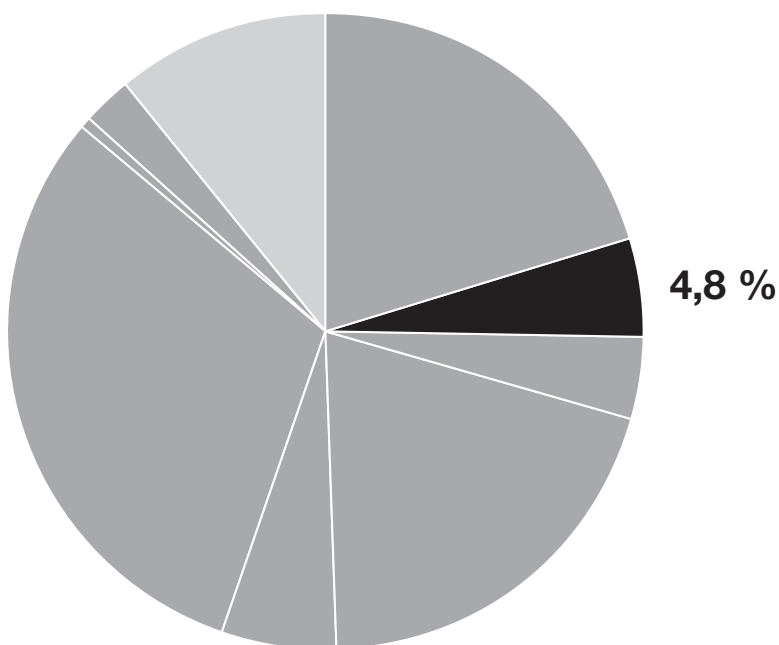
Dans presque tous les cas, une prise en charge précoce et soutenue favorise le rétablissement. Le médecin doit tout particulièrement s'employer à faire la démonstration des déficiences et des incapacités qui empêchent son patient de travailler, autant sur le plan physique que psychique.

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

1. Présenter le tableau clinique, préciser plus particulièrement les signes qu'il a observés et qui peuvent confirmer l'atteinte fonctionnelle dont il fait état, et prendre soin d'exclure la possibilité d'une affection rhumatologique ou psychologique (cette dernière pouvant être liée directement à la fibromyalgie ou à la présence d'une autre maladie).
2. Confirmer ses observations par les résultats d'examens complémentaires appropriés.
3. Présenter tout rapport d'évaluation psychiatrique ou psychosomatique en sa possession (voir chapitre 6 — *Troubles mentaux*).

Chapitre 2

Maladies de l'appareil circulatoire



2.1	Constitution de la preuve médicale	33
2.1.1	Aspect clinique	33
2.1.2	Principales techniques d'évaluation	34
2.1.3	Traitement et relation avec l'état fonctionnel	34
2.2	Situations cliniques particulières	35
2.2.1	Insuffisance cardiaque chronique (dysfonction ventriculaire)	35
2.2.2	Cardiopathie hypertensive	35
2.2.3	Cardiopathies coronariennes	35
2.3	Évaluation des maladies de l'appareil circulatoire	38
2.3.1	Insuffisance cardiaque chronique	38
2.3.2	Cardiopathie hypertensive	39
2.3.3	Insuffisance coronarienne ou cardiopathie ischémique	39
2.3.4	Arythmies	40
2.3.5	Cardiopathies congénitales symptomatiques (cyanogènes ou non) confirmées par imagerie appropriée ou cathétérisme cardiaque	40
2.3.6	Cardiopathies valvulaires (sténose ou régurgitation valvulaire) confirmées par imagerie appropriée ou cathétérisme cardiaque	41
2.3.7	Cardiomyopathie confirmée par imagerie appropriée ou cathétérisme cardiaque	41
2.3.8	Transplantation cardiaque	41
2.3.9	Anévrismes de l'aorte	41
2.3.10	Insuffisance artérielle des membres	42
2.3.11	Insuffisance veineuse des membres	44
2.3.12	Lymphœdème	45
2.3.13	Phénomène de Raynaud	45
2.4	Techniques d'évaluation	46
2.4.1	Électrocardiogramme	46
2.4.2	Épreuve d'effort	47
2.4.3	Échocardiographie bidimensionnelle ou de type Doppler	49
2.4.4	Ventriculographie radio-isotopique au technétium 99 m.	49
2.4.5	Perfusion myocardique	49
2.4.6	Enregistrement continu de l'ECG (Holter)	49
2.4.7	Cathétérisme cardiaque	50
2.4.8	Scan cardiaque	50
2.4.9	Résonance magnétique cardiaque	50

Les affections du cœur, des artères et des veines qui donnent lieu à des troubles du système nerveux central, des yeux, des reins et d'autres organes doivent être évaluées en fonction des séquelles sur les organes cibles.

2.1 Constitution de la preuve médicale

2.1.1 Aspect clinique

1. Si les preuves fournies ne permettent pas de conclure d'emblée à une maladie grave et irréversible, il est nécessaire de disposer d'un dossier clinique couvrant **une période suffisante** d'observation et de traitement pour être en mesure de juger de la gravité de la maladie en cause et d'en prévoir la durée.

Pour un patient **sous traitement**, le médecin doit fournir des détails sur la nature et la gravité de sa maladie, une description du traitement administré et des résultats obtenus et, s'il y a lieu, le degré de récupération sur le plan fonctionnel.

Pour le patient qui n'**a reçu aucun traitement** de façon continue, ou n'est tout simplement pas suivi par un médecin, le dossier doit contenir des renseignements suffisants sur la durée et la gravité de la maladie ainsi qu'une évaluation des limitations fonctionnelles.

2. Il peut se trouver que l'état pathologique d'un patient, traité ou non, comporte des **éléments de gravité qui ne coïncident pas** avec ceux qui sont décrits dans le présent guide. En effet, les syndromes décrits ne sont que des exemples des troubles cardiovasculaires qui peuvent conduire à une incapacité de travail. Par conséquent, lorsqu'une personne est atteinte d'une affection reconnaissable sur le plan médical et qui ne figure pas dans le présent guide ou qu'il y a une association de maladies dont la gravité n'atteint pas celle qui est décrite ici, il y a lieu de juger l'affection à l'aide de cas comparables.
3. Le dossier soumis par le médecin traitant doit comprendre :
 - l'anamnèse;
 - l'examen clinique détaillé le plus récent;
 - le diagnostic;
 - la description du traitement prescrit et les résultats obtenus;
 - le pronostic;
 - les résultats des examens complémentaires;
 - l'évaluation des capacités restantes.

2.1.2 Principales techniques d'évaluation

1. Électrocardiogramme (ECG).
2. Épreuve d'effort.
3. Échocardiographie bidimensionnelle ou de type Doppler au repos ou après stress.
4. Ventriculographie radio-isotopique.
5. Perfusion myocardique avec thallium ou Sesta MIBI, au repos et après stress.
6. Enregistrement de l'ECG continu (Holter), cardio-mémo ou Reveal.
7. Cathétérisme cardiaque et coronarographie.
8. Résonnance magnétique cardiaque.
9. *Scan* cardiaque sans contraste (score calcique) ou avec contraste (coronarographie virtuelle).

Ces techniques sont expliquées à la fin du présent chapitre.

2.1.3 Traitement et relation avec l'état fonctionnel

En général, on ne peut pas tirer de conclusion sur la gravité d'une maladie cardiovasculaire donnée au moyen du type de traitement administré ou prévu. Étant donné le temps nécessaire à la mise en route de certains traitements, il peut être nécessaire de reporter l'évaluation jusqu'à trois mois après le début du traitement pour en vérifier les effets. Il n'y a pas lieu de reporter l'évaluation si une opinion peut être émise sur la base des données disponibles.

Après un infarctus du myocarde, une chirurgie valvulaire ou de revascularisation, il faut, en général, attendre trois mois pour être en mesure de faire une évaluation adéquate des résultats du traitement. On peut utiliser les résultats d'une épreuve d'effort faite une ou deux semaines après une angioplastie pour évaluer la capacité fonctionnelle pour les trois mois qui suivent l'intervention, si l'état du patient n'a pas changé assez pour les invalider au cours de cette période. Par contre, si l'épreuve d'effort a eu lieu immédiatement après un infarctus du myocarde ou pendant une période d'inactivité prolongée, on ne doit pas en extrapoler les résultats, même lorsqu'il n'y a aucun changement.

Une transplantation cardiaque nécessite généralement un arrêt de travail pour l'année qui suit, en raison du risque de rejet ou d'infection et des exigences du suivi. Après, l'évaluation sera fondée sur les symptômes, les signes cliniques et les examens paracliniques.

2.2 Situations cliniques particulières

2.2.1 Insuffisance cardiaque chronique (dysfonction ventriculaire)

L'insuffisance cardiaque chronique est considérée, dans le cas présent, comme une entité unique, quelles qu'en soient les causes, par exemple une athérosclérose coronarienne, une cardiopathie hypertensive, rhumatismale, pulmonaire ou congénitale, ou toute autre cardiopathie. L'insuffisance cardiaque chronique peut se manifester par :

1. Des signes de congestion pulmonaire ou périphérique, ou les deux.
2. Des symptômes liés à un faible débit cardiaque, notamment de la faiblesse, de la fatigue ou de l'intolérance à l'activité physique.

La notion de congestion pulmonaire et de congestion périphérique suppose qu'il y a, ou qu'il y a eu, des signes de rétention liquidienne, par exemple une hépatomégalie, une ascite ou un œdème pulmonaire ou périphérique d'origine cardiaque. Il n'est pas nécessaire qu'il y ait rétention de liquide au moment de l'examen, étant donné que la congestion peut être contrôlée par la médication.

L'insuffisance cardiaque chronique liée à un bas débit cardiaque se manifeste par des symptômes au cours des activités quotidiennes, s'associe à un ou plusieurs signes physiques et se confirme par des examens complémentaires. Ces examens comprennent une épreuve d'effort avec enregistrement de l'ECG et de la tension artérielle ou des techniques d'imagerie appropriées, comme l'échocardiographie bidimensionnelle ou la ventriculographie isotopique ou par contraste. Les critères relatifs à l'épreuve d'effort sont décrits à la fin du chapitre. Les autres symptômes, signes ou examens complémentaires qui peuvent suggérer une dysfonction ventriculaire doivent aussi être pris en compte.

2.2.2 Cardiopathie hypertensive

Dans le cas de cardiopathie hypertensive, l'évaluation doit être faite en fonction des organes qui risquent d'être atteints (cœur, système nerveux central, reins ou yeux). Toute atteinte organique doit être confirmée par l'examen clinique et des examens complémentaires appropriés. Les répercussions sur les fonctions doivent être décrites.

2.2.3 Cardiopathies coronariennes

Les cardiopathies coronariennes peuvent être responsables d'angine de poitrine, d'infarctus du myocarde ou de dysfonction ventriculaire. S'il s'agit d'une insuffisance coronarienne, elle sera confirmée au moyen d'examens complémentaires (voir section 2.4 — *Techniques d'évaluation*).

1. Le diagnostic de l'**angine typique** est basé classiquement sur le questionnaire suivant :

- La douleur est-elle rétrosternale?
- La douleur est-elle précipitée par l'effort?
- La douleur est-elle soulagée par le repos ou la nitroglycérine?

Si la réponse est positive dans les trois cas, on peut conclure à une angine typique. Si la réponse est positive pour deux questions, l'angine est considérée comme atypique. Une réponse positive à une seule question laisse présumer que la douleur n'est pas angineuse.

Les douleurs très localisées ou les crampes sont considérées comme étant atypiques. Dans le cas de douleurs associées à l'activité ou à l'émotion, il y a lieu de préciser les facteurs suivants : l'intensité, le caractère et la localisation, l'irradiation et la durée ainsi que la réponse aux dérivés nitrés ou au repos.

2. Dans l'**angine atypique**, la douleur peut être localisée au cou, aux mâchoires ou aux mains. Elle peut être déclenchée par les mêmes facteurs et répondre au même traitement que l'angine de poitrine typique. L'essoufflement (dyspnée) isolé, surtout chez les diabétiques, peut être une manifestation d'angine, surtout si corroboré par une technique d'imagerie telle que MIBI à l'effort ou une échocardiographie à l'effort (écho d'effort).

3. Le **syndrome de Prinzmetal** se manifeste par une angine de repos dont l'ECG présente un sus-décalage ou sous-décalage transitoire du segment ST. Il peut avoir la même importance que l'angine typique.

4. L'**ischémie silencieuse** se définit par la présence de signes objectifs d'ischémie myocardique en l'absence de symptômes. Par exemple, on observe :

- un déficit visible à la scintigraphie au thallium/MIBI ou à l'écho d'effort;
- un sous-décalage du segment ST à l'épreuve d'effort ou lors de *monitoring* avec Holter.

Les patients peuvent être répartis en trois groupes :

Type I – patient totalement asymptomatique;

Type II – patient asymptomatique après un infarctus;

Type III – patient angineux, avec épisodes symptomatiques et asymptomatiques d'ischémie myocardique.

5. La douleur angineuse est habituellement causée par une coronaropathie. Elle peut cependant être attribuée à d'**autres causes**, notamment à une sténose aortique sévère, à une cardiomyopathie hypertrophique, à une hypertension pulmonaire, à une hypotension sévère, à un spasme coronarien ou à de l'anémie. Le médecin doit faire la distinction entre ces affections et la coronaropathie, étant donné que leurs critères d'évaluation, leur traitement et leur pronostic sont différents.
6. Une douleur thoracique **d'origine non coronarienne** peut être attribuable à d'autres maladies cardiaques, comme une péricardite ou un prolapsus mitral. Des affections autres que cardiaques peuvent également être à l'origine de symptômes semblables à ceux de l'angine, notamment des manifestations gastro-intestinales, comme un spasme œsophagien, une œsophagite, une hernie hiatale, une affection des voies biliaires, une gastrite, un ulcère gastroduodénal, une pancréatite ou des syndromes musculosquelettiques, comme un spasme musculaire de la paroi thoracique, un syndrome post-thoracotomie, un syndrome de Tietze ou une arthrite de la colonne cervicale ou dorsale. L'hyperventilation peut également mimer une douleur coronarienne. Ces possibilités doivent être exclues avant de conclure à l'origine coronarienne de la douleur.
7. Sur le plan clinique, tant pour l'investigation que pour le traitement, il faut préciser s'il s'agit d'une **angine stable ou instable**. On parle d'angine stable lorsque, depuis au moins six à huit semaines, il n'y a pas eu de changement dans la fréquence ou la durée des manifestations angineuses ni dans le caractère des facteurs déclenchants ou dans la réponse aux dérivés nitrés.

2.3 Évaluation des maladies de l'appareil circulatoire

2.3.1 Insuffisance cardiaque chronique

Pour être en mesure d'évaluer la gravité de l'incapacité, le patient doit être sous traitement optimal (diurétiques, spironolactone, nitrates, digitale, IECA ou ARA, bêta-bloqueurs) et son état doit être stable.

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

1. Présenter le tableau clinique et faire état :
 - d'une limitation marquée des activités physiques (se référer aux classes I à IV de la Société canadienne de cardiologie), de la présence de symptômes de faible débit cardiaque ou d'un syndrome angineux associé apparaissant au repos ou durant les activités de la vie quotidienne;
 - de signes de congestion pulmonaire, de congestion périphérique et de la présence d'un troisième bruit cardiaque (B3), etc.
2. Confirmer l'augmentation du volume cardiaque par des techniques d'imagerie appropriées (échocardiographie, ventriculographie isotopique, résonnance magnétique cardiaque).
3. Fournir des renseignements supplémentaires, le cas échéant, confirmant la gravité des manifestations cliniques, telles :
 - une fraction d'éjection du ventricule gauche (abaissée à 30 % ou moins, par exemple) mise en évidence par des techniques d'imagerie appropriées, ci-dessus mentionnées;
 - une incapacité d'exécuter une épreuve d'effort à une dépense énergétique correspondant à 5 METs ou moins à cause de symptômes d'insuffisance cardiaque chronique ou, dans de rares cas, la nécessité d'interrompre l'épreuve pour une dépense énergétique inférieure à celle indiquée ci-dessus pour l'une des raisons suivantes :
 - ♦ la présence, sur le tracé d'enregistrement électrique, d'arythmie ventriculaire majeure,
 - ♦ l'incapacité de faire monter la tension artérielle systolique de 10 mg ou la baisse de cette tension au-dessous des valeurs habituellement enregistrées au repos,
 - ♦ des manifestations attribuables à une perfusion cérébrale insuffisante, notamment une démarche ataxique ou de la confusion mentale;
 - la présence d'un cœur pulmonaire chronique.

2.3.2 Cardiopathie hypertensive

Pour être en mesure d'évaluer la gravité de l'incapacité, le patient doit être sous traitement optimal et son état doit être stable.

Dans son rapport, le médecin traitant doit fournir les mêmes renseignements que pour les cas d'insuffisance cardiaque, d'insuffisance coronarienne ou d'atteinte des organes cibles.

2.3.3 Insuffisance coronarienne ou cardiopathie ischémique

Pour être en mesure d'évaluer la gravité de l'incapacité, le patient doit être sous traitement optimal (bêta-bloqueurs, nitrates, bloqueurs des canaux calciques, revascularisation) et son état doit être stable.

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

1. Présenter le tableau clinique des manifestations angineuses déclenchées par les activités de la vie quotidienne, même si le patient n'a pas de symptôme au repos (se référer aux classes I à IV de la Société canadienne de cardiologie).
2. Confirmer ses observations par **l'un ou l'autre des examens suivants** :
 - une épreuve d'effort positive à une dépense énergétique égale ou inférieure à 5 METs (voir les critères de positivité à la section 2.4 — *Techniques d'évaluation*);
 - une scintigraphie au thallium à l'effort ou avec agent pharmacologique;
 - une échographie cardiaque après effort ou avec agent pharmacologique;
 - une dysfonction ventriculaire associée, confirmée par les examens complémentaires appropriés : ventriculographie isotopique, échocardiographie, etc.
3. Fournir les renseignements supplémentaires suivants :
 - dans les cas de coronaropathie grave ne répondant pas au traitement médical, la possibilité de correction par angioplastie ou pontage d'une sténose confirmée (dans la négative, il y a lieu d'en faire connaître la ou les raisons);
 - si l'épreuve d'effort ne peut pas être pratiquée ou est jugée trop risquée par un médecin de compétence reconnue en la matière après un examen clinique, on doit retrouver **les deux éléments suivants** :
 - ♦ un tableau clinique (voir point 1) décrivant, s'il y a lieu, les manifestations de dysfonction ventriculaire,
 - ♦ une angiographie révélant l'une des caractéristiques suivantes :
 - une sténose de 50 % ou plus du tronc commun en l'absence de pontage,

- une sténose de 70 % ou plus d'une artère coronaire en l'absence de pontage,
- une sténose de 50 % ou plus sur un long segment (plus de 1 cm) d'une artère coronaire en l'absence de pontage,
- une sténose de 50 % ou plus d'au moins deux artères coronaires en l'absence de pontage,
- une obstruction totale d'un vaisseau présentant un pontage.

2.3.4 Arythmies

Pour être en mesure d'évaluer la gravité de l'incapacité, le patient doit être sous traitement optimal, les possibilités de fulguration ayant été envisagées, et son état doit être stable.

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

1. Présenter le tableau clinique, en particulier les syncopes ou tendances syncopales liées à des troubles du rythme qui persistent en dépit du traitement.
2. Fournir les comptes rendus d'examens complémentaires confirmant la présence d'arythmie récidivante (non associée à des causes réversibles comme des anomalies de l'équilibre électrolytique ou une intoxication à la digitale ou à une médication antiarythmique).

Lors de l'enregistrement continu de l'ECG selon la méthode de Holter, les troubles du rythme doivent coïncider avec les manifestations cliniques observées.

2.3.5 Cardiopathies congénitales symptomatiques (cyanogènes ou non) confirmées par imagerie appropriée ou cathétérisme cardiaque

Pour être en mesure d'évaluer la gravité de l'incapacité, le patient doit être sous traitement optimal et son état doit être stable.

Dans son rapport le médecin traitant doit :

1. Présenter le tableau clinique, en particulier un ou plusieurs des éléments suivants :
 - cyanose au repos, associée à l'un des éléments suivants :
 - ♦ hématokrite de 55 % ou plus,
 - ♦ saturation de l'oxygène artériel inférieure à 90 % à l'air ambiant ou PaO₂ de 60 mm de Hg ou moins :
 - shunt droite-gauche intermittent causant une cyanose d'effort (voir physiologie du syndrome d'Eisenmenger) et accompagné d'une PaO₂ de 60 mm de Hg ou moins à une dépense énergétique de 5 METs ou moins,

- insuffisance cardiaque chronique avec dysfonction ventriculaire et manifestations cliniques (voir section 2.2 — *Situations cliniques particulières*),
- arythmie récidivante avec manifestations cliniques et examens complémentaires (voir sous-section 2.3.4 — *Arythmies*),
- maladie vasculaire pulmonaire obstructive secondaire, accompagnée d'une tension artérielle pulmonaire moyenne élevée.

2. Confirmer le diagnostic et la présence des manifestations cliniques décrites en 1 par les comptes rendus d'examens complémentaires appropriés.

2.3.6 Cardiopathies valvulaires (sténose ou régurgitation valvulaire) confirmées par imagerie appropriée ou cathétérisme cardiaque

Fournir les mêmes renseignements que pour l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance coronarienne et les arythmies.

2.3.7 Cardiomyopathie confirmée par imagerie appropriée ou cathétérisme cardiaque

Fournir les mêmes renseignements que pour l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance coronarienne et les arythmies.

2.3.8 Transplantation cardiaque

La description des manifestations cliniques devra être faite avec documents à l'appui.

2.3.9 Anévrismes de l'aorte

La dissection aortique et les anévrismes de l'aorte ascendante sont traités de façon chirurgicale en phase aiguë. La dissection de l'aorte thoracique descendante en phase aiguë est généralement traitée médicalement, mais peut requérir une intervention chirurgicale ou endovasculaire s'il y a complication (expansion, rupture, occlusion de troncs artériels majeurs).

Les anévrismes athéromateux de l'aorte thoracique ou abdominale de 5,5 cm ou plus de diamètre sont habituellement traités chirurgicalement ou par méthode endovasculaire. Les faux anévrismes traumatiques sont habituellement traités chirurgicalement ou par méthode endovasculaire.

Les anévrismes ne donnent habituellement pas de symptômes ni de signes en dehors de la phase aiguë, à moins qu'ils ne se soient compliqués.

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

1. Présenter le tableau clinique :

- d'une dissection de l'aorte thoracique descendante instable, non contrôlée par le traitement médical ou chirurgical, ou compliquée (insuffisance cardiaque, hypertension artérielle, insuffisance rénale, angine mésentérique, insuffisance artérielle des membres inférieurs, troubles neurologiques);
- d'un anévrisme athéromateux compliqué : insuffisance rénale, insuffisance artérielle des membres inférieurs, embolies athéromateuses.

2. Confirmer son diagnostic par les comptes rendus d'examens complémentaires appropriés (radiographie, échographie, tomодensitométrie, angiographie) et les rapports des consultations dans les spécialités concernées.

Si une intervention chirurgicale ou une procédure endovasculaire est prévue ou pratiquée, il est préférable d'attendre six mois après l'intervention et de réévaluer le patient avant de se prononcer sur son incapacité fonctionnelle.

2.3.10 Insuffisance artérielle des membres

Quelle qu'en soit la cause (artériosclérose, thromboembolie, traumatisme), l'atteinte artérielle ne donne pas toujours lieu à des manifestations pathologiques. L'anamnèse et l'examen clinique permettent non seulement de faire le diagnostic de l'insuffisance artérielle, mais aussi de préciser le site et le degré de sévérité des lésions.

La **classification** suivante peut être utilisée pour décrire l'importance des lésions artérielles :

- Stade 1 Absence de symptôme malgré la découverte, à l'examen, de lésions artérielles (souffle, *thrill* ou absence de pulsations).
- Stade 2 Claudication intermittente touchant un membre ou les deux et qui doit être précisée en fonction de :
- sa sévérité : par la distance parcourue avant le déclenchement, la nécessité du repos et sa durée, l'aggravation selon la vitesse, la pente et la charge;
 - sa localisation : fesse, hanche, cuisse, mollet, pied.
- Stade 3 Douleur au repos : douleur ischémique dans la partie distale du membre, continue ou intermittente, aggravée par l'élévation du membre et le repos au lit la nuit ou calmée par la position déclive.
- Stade 4 Ulcération, gangrène, perte tissulaire : associées à des symptômes d'ischémie sévère.

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

1. Présenter le tableau clinique des symptômes à l'aide de la classification précédente et des signes qui permettent de préciser la localisation et la gravité de l'insuffisance artérielle : souffle ou *thrill* artériel, qualité des pulsations artérielles, température et couleur du membre, qualité du pouls capillaire, pâleur d'élévation, cyanose permanente ou de déclivité, troubles trophiques, sensitifs ou moteurs, lésion nécrotique ou gangreneuse, amputation.

2. Confirmer le diagnostic d'insuffisance artérielle et son degré de gravité par des examens complémentaires.

Ces examens, qui permettent aussi de préciser le type des lésions artérielles et leur localisation, sont souhaitables dans le cas de douleur au repos et d'ulcération ou de gangrène, et indispensables lorsqu'il y a claudication intermittente. Dans ce dernier cas, l'épreuve d'effort (tapis roulant) est souvent plus révélatrice que les examens faits au repos.

Les appareils comme l'échographie **Doppler**, l'analyse de la vélocité des flots, la mesure des pressions étagées, le **PVR** (*pulse volume recorder*) ou la photopléthysmographie permettent d'enregistrer des bruits caractéristiques de la qualité du flot artériel, des courbes, la tension artérielle systolique et l'indice tibio-huméral. Un indice inférieur à 0,9 est jugé anormal. Le degré d'abaissement de l'indice tibio-huméral est habituellement proportionnel au niveau de symptomatologie telle que rapportée par la classification de Fontaine. Un indice inférieur à 0,6 est caractéristique de claudication intermittente, à 0,3, de douleur de repos et d'ischémie critique.

L'épreuve d'effort est faite sur tapis roulant selon la technique standardisée de pente et de vitesse. Elle permet d'évaluer la tension artérielle et l'index vasculaire après effort ainsi que la vitesse de récupération. Un abaissement important de l'index et surtout une absence de normalisation ou de retour à sa valeur initiale en moins de trois minutes est habituellement suggestif de claudication intermittente.

L'artériographie est maintenant réservée à une procédure thérapeutique telle une angiodilatation percutanée ou pour planifier une intervention chirurgicale. Elle n'est pas indiquée comme moyen diagnostique. L'angiographie confirme la présence, l'importance et la localisation des lésions artérielles, mais elle ne fournit pas toujours les éléments qui permettent de juger du degré de sévérité de l'insuffisance artérielle. Elle permet toutefois de juger de la possibilité d'une chirurgie de reconstruction ou d'une angioplastie.

Le bilan biologique, lorsqu'il permet d'établir les causes de la maladie sous-jacente, complète la preuve médicale.

3. Fournir les renseignements supplémentaires suivants :

Si une chirurgie correctrice est pratiquée, un contrôle sera fait six mois après l'intervention pour en évaluer le succès et préciser le degré d'insuffisance qui persiste. La situation sera alors réévaluée à l'aide des manifestations cliniques et des examens complémentaires les plus récents.

Si une chirurgie correctrice n'est pas pratiquée, il faut en donner les raisons : impossibilité anatomique, contre-indications majeures, etc.

En plus de ces données cliniques et paracliniques, le médecin devra fournir une copie des résultats de toute évaluation faite par un chirurgien vasculaire ou cardiovasculaire, un spécialiste en médecine interne ou un cardiologue.

2.3.11 Insuffisance veineuse des membres

L'insuffisance veineuse superficielle qui se manifeste par des varices est très rarement responsable d'une incapacité fonctionnelle permanente, puisqu'elle est presque toujours traitable médicalement ou chirurgicalement et que ses complications ne sont habituellement pas majeures. Toutefois, un tableau sévère d'insuffisance veineuse superficielle, saphénofémorale, avec dermite de stase, micro-ulcérations récidivantes et ulcérations postphlébitiques demeure possible et doit être évalué.

L'insuffisance veineuse profonde primaire ou secondaire, comme le syndrome post-phlébitique, répond habituellement à un traitement intensif soutenu. La plupart des cas d'échec peuvent être attribués à un traitement inadéquat, à l'incapacité à porter un bas support ou au non-respect du traitement par le patient. Il est donc indispensable de connaître le type de traitement et de savoir s'il est bien appliqué ou si les complications d'apparence incontrôlables qui sont à l'origine de l'incapacité de travail peuvent être améliorées par une modification du traitement.

La claudication veineuse secondaire à une thrombose proximale sévère doit être évaluée et documentée, et constitue un élément important du diagnostic différentiel de la claudication (d'origine artérielle, d'origine neurogénique et d'origine veineuse).

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

1. Présenter le tableau clinique en précisant :

- les **symptômes** : douleur, lourdeur, crampes nocturnes, fourmillements, prurit, fatigue à la station debout et à la marche (l'intensité de ces symptômes habituels n'est pas toujours proportionnelle aux anomalies physiques constatées);
- les **signes** : présence, volume, nombre et site des varices, puis compé-
tence des veines saphènes internes et externes.

L'augmentation du volume et du diamètre du membre doit être mesurée à la cuisse et à la jambe. L'importance et la localisation de l'œdème doivent être notées. La pigmentation cutanée, la cellulite chronique avec induration du derme, la dermatite de stase et les ulcérations signalent un processus plus sévère. Les éléments-clés à évaluer sont la persistance de l'œdème et la récurrence d'ulcère en dépit d'un traitement médical adéquat.

2. Confirmer la gravité des manifestations cliniques par les résultats d'examen complémentaires, en particulier de l'échographie Doppler veineuse des membres inférieurs. La phlébographie conventionnelle n'est généralement pas requise.
3. Fournir les rapports d'évaluation en chirurgie vasculaire, cardiovasculaire, en médecine interne ou en cardiologie.

Si un traitement chirurgical est pratiqué, l'évaluation de la situation doit être faite six à douze mois après l'intervention.

2.3.12 Lymphœdème

Le lymphœdème primaire ou secondaire conduit très rarement à l'incapacité de travail, sauf s'il y a complications.

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

1. Présenter le tableau clinique, en particulier la présence d'épisodes récidivants de lymphangite, d'éléphantiasis ou de lésions cutanées résistantes au traitement.
2. Confirmer la présence des manifestations pathologiques par les examens appropriés. Une évaluation par un spécialiste en chirurgie vasculaire ou en médecine vasculaire permettra de vérifier la qualité du traitement médical, les raisons de son échec, si c'est le cas, de même que l'importance des complications ou des séquelles permanentes.

2.3.13 Phénomène de Raynaud

Le phénomène de Raynaud peut être primaire (maladie de Raynaud) ou consécutif à une multitude de maladies (syndrome de Raynaud). Il se caractérise par l'intermittence d'épisodes vasospastiques qui surviennent surtout à l'exposition au froid ou à d'autres facteurs déclenchants. À lui seul, le phénomène de Raynaud empêche rarement de travailler, puisque le travail et le séjour dans une température ambiante confortable permettent une vie normale. Toutefois, lorsqu'il se complique de troubles trophiques, il peut amener des limitations graves.

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

1. Présenter le tableau clinique, particulièrement lorsque le phénomène de Raynaud est causé par une maladie systémique sévère et qui évolue vers un état d'ischémie chronique accompagnée d'acrosclérose, d'ulcérations et de gangrène.

Le médecin traitant doit également établir l'histoire occupationnelle et professionnelle du patient de même que son exposition à des objets vibrants. L'utilisation de la main comme un outil et le syndrome de l'éminence hypothénar doivent être décrits, tout comme la durée quotidienne, hebdomadaire et annuelle de l'exposition à des objets vibrants.

2. Confirmer la présence des manifestations pathologiques par les examens appropriés tels la photopléthysmographie à température ambiante et en immersion en eau froide. L'évaluation par échographie Doppler et la mesure des pressions étagées sont également utiles. Une artériographie peut être nécessaire pour les cas plus sévères sauf en présence de lésions ischémiques évidentes. Le phénomène de Raynaud peut être objectivé cliniquement par des examens simples faits en laboratoire d'évaluation des maladies vasculaires.
3. Fournir les rapports d'évaluation en chirurgie vasculaire et en médecine.

2.4 Techniques d'évaluation

2.4.1 Électrocardiogramme

On doit présenter un compte rendu d'électrocardiogramme (ECG) à 12 dérivations, enregistré au repos. Une interprétation par ordinateur n'est acceptable que si elle a été soumise à une vérification par un médecin dont la compétence est reconnue dans ce domaine.

Le médecin doit tenir compte des effets des médicaments ou d'un déséquilibre électrolytique comme causes possibles d'origine non coronarienne d'anomalies de l'ECG.

Le terme **ischémie** est utilisé pour décrire une déviation anormale du segment ST. Il ne faut pas confondre les anomalies non spécifiques de la repolarisation avec les variations d'origine ischémique.

Au cours d'une épreuve d'effort sur tapis roulant ou sur bicyclette ergométrique, ou d'un test d'effort avec les membres supérieurs, l'ECG doit être enregistré au moment de l'apparition des changements du segment ST ou lorsque la limite prévue a été atteinte, ou encore lors de l'apparition de douleurs ou d'autres manifestations, et en fin d'exercice.

2.4.2 Épreuve d'effort

La majorité des médecins spécialistes reconnaissent qu'à l'heure actuelle l'épreuve d'effort est le meilleur outil pour l'évaluation de la capacité cardiaque maximale chez les personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire. Cette épreuve est indiquée lorsque l'on veut préciser la gravité de l'affection en cause ou que l'on ne possède pas suffisamment de données au dossier pour évaluer la capacité cardiaque. Les risques reliés à l'épreuve d'effort seront évalués par un médecin dont la compétence est reconnue dans ce domaine. On considère généralement qu'une épreuve d'effort est récente si elle a été faite à l'intérieur des douze mois précédents, à la condition qu'il n'y ait eu aucun changement du tableau clinique susceptible d'influencer la gravité de la maladie en cause.

Méthodologie

L'épreuve d'effort doit être exécutée selon un protocole généralement accepté (exemple : celui de Bruce) et il y a lieu d'en préciser le type. Elle doit être exécutée à un rythme adapté aux capacités du patient et supervisée par un médecin qualifié. Si d'autres protocoles ou techniques sont utilisés pour l'épreuve d'effort, ils doivent comporter des dépenses énergétiques équivalentes.

En temps normal, l'augmentation de la tension artérielle systolique et de la fréquence cardiaque est graduelle et directement proportionnelle à l'effort. Au cours de l'exercice, une baisse de la tension artérielle systolique sous la valeur normalement enregistrée au repos est souvent associée à une dysfonction ventriculaire gauche d'origine ischémique entraînant une diminution du débit cardiaque. Chez certaines personnes qui présentent une stimulation sympathique accrue (en raison d'un déconditionnement ou d'une certaine appréhension), on peut observer une augmentation de la tension artérielle systolique et de la fréquence cardiaque au-dessus de leur niveau habituel au repos, juste avant et peu après le début de l'épreuve d'effort.

Facteurs de risque

Dans les situations suivantes, l'épreuve d'effort n'est généralement pas pratiquée pour évaluer l'invalidité : angine de poitrine progressive non stabilisée, antécédent d'infarctus aigu du myocarde dans les trois derniers mois, insuffisance cardiaque de classe IV (New York Heart Association), intoxication à des médicaments administrés pour troubles cardiaques, arythmie grave non contrôlée (une fibrillation auriculaire non contrôlée, un bloc de type II de Mobitz et un bloc auriculoventriculaire du troisième degré), un syndrome de Wolff-Parkinson-White, une hypertension artérielle systémique sévère et non contrôlée, une hypertension pulmonaire marquée, un anévrisme disséquant de l'aorte non opéré, une sténose de 50 % et plus du tronc commun, une sténose aortique serrée, un anévrisme chronique de l'aorte, une embolie

pulmonaire récente, une cardiomyopathie hypertrophique, une affection neurologique ou musculosquelettique importante ou encore une maladie aiguë.

Pour permettre une récupération maximale de la capacité fonctionnelle, il y a lieu de ne pas procéder à une épreuve d'effort dans les trois mois suivant une chirurgie de revascularisation myocardique ou toute autre intervention chirurgicale à cœur ouvert. L'épreuve d'effort doit également être reportée pour une période de trois mois après une angioplastie coronarienne transluminale percutanée, étant donné qu'une resténose, accompagnée ou non de symptômes coronariens, peut survenir dans les quelques mois suivant l'angioplastie. Il n'est pas souhaitable non plus d'administrer l'épreuve d'effort immédiatement après une période de repos complet ou d'inactivité (par exemple, deux semaines), étant donné que l'état de déconditionnement dans lequel se trouve le patient est réversible.

Évaluation de l'épreuve d'effort

L'épreuve d'effort est évaluée en fonction de l'apparition de signes et de symptômes ainsi que de toute anomalie de l'ECG (voir ci-après les critères positifs). La capacité ou l'incapacité de terminer l'épreuve d'effort ne constitue pas, en soi, une preuve que le patient souffre ou ne souffre pas d'une cardiopathie ischémique. Les résultats d'une épreuve d'effort doivent être évalués dans un contexte global en tenant compte de toutes les autres données versées au dossier.

Les **critères** suivants sont considérés comme positifs (outre les critères cliniques) :

- En l'absence de traitement avec digitale ou d'hypokaliémie, dépression horizontale ou descendante du segment ST d'au moins 1 mm pour au moins trois complexes consécutifs se trouvant sur une ligne isoélectrique uniforme dans toute dérivation (autre que la dérivation AVR) et qui soit typique d'ischémie (progression de la dépression horizontale ou descendante du segment ST avec l'exercice et persistance d'une dépression atteignant au moins 1 mm pendant au moins une minute de la période de récupération).
- En l'absence de traitement avec digitale ou d'hypokaliémie, dépression ascendante du segment ST égale ou supérieure à 2 mm dans toute dérivation (autre que la dérivation AVR) pendant au moins 0,08 seconde après le point de jonction J et persistant pendant au moins une minute au cours de la période de récupération.
- ECG présentant au moins 1 mm de sous-décalage du segment ST par rapport à la ligne isoélectrique au repos, qui se produit pendant l'exercice et qui persiste 3 minutes ou davantage pendant la période de récupération, avec des ondes R et T de faible amplitude dans les dérivations où l'on observe ce déplacement du segment ST.

- Incapacité d'élever la tension systolique de 10 mm Hg, ou baisse de la tension systolique au-dessous de la valeur clinique habituelle au repos.
- Défaut réversible de perfusion documenté par une épreuve au thallium à la suite d'un effort équivalent à 5 METs ou moins.

2.4.3 Échocardiographie bidimensionnelle ou de type Doppler

Il peut être utile d'obtenir des données sur le volume cardiaque et la fonction ventriculaire au moyen d'**échographies** bidimensionnelles et de type Doppler. Ces techniques permettent une estimation fiable de la fraction d'éjection ventriculaire.

2.4.4 Ventriculographie radio-isotopique au technétium 99 m

Cette technique peut servir à obtenir les mêmes données sur le volume cardiaque et la fonction ventriculaire. Ces différentes techniques permettent une estimation fiable de la fraction d'éjection ventriculaire.

2.4.5 Perfusion myocardique

La perfusion myocardique peut s'évaluer avec le thallium 201 et le Sesta MIBI. Elle est utilisée notamment comme complément d'investigation lorsque l'épreuve d'effort seule laisse des doutes sur l'origine coronarienne des manifestations douloureuses ou quand le tracé électrique est ininterprétable. Elle peut aussi être faite, comme l'échocardiographie, avec des agents pharmacologiques.

2.4.6 Enregistrement continu de l'ECG (Holter)

L'enregistrement continu de l'ECG peut, par l'analyse des anomalies du segment ST et des signes et symptômes concomitants que le patient a notés, permettre une évaluation plus adéquate des douleurs thoraciques qui surviennent lors d'activités courantes, mais l'importance de ces données n'est pas encore établie par rapport aux données cliniques en l'absence de symptômes (ischémie silencieuse). Ces renseignements peuvent être versés au dossier. Le cardio-mémo et le moniteur implanté de type Reveal sont parfois utilisés. Plusieurs systèmes de surveillance à distance sont également disponibles.

2.4.7 Cathétérisme cardiaque

Angiographie coronarienne

Si les résultats de la coronarographie sont disponibles, le médecin doit en donner un compte rendu. Cet examen permet de connaître la nature et la localisation des lésions obstructives. Le spasme coronarien induit par le cathéter intracoronarien ne doit pas être considéré comme une preuve d'ischémie. Certains patients atteints d'une importante obstruction athérosclérotique coronarienne possèdent des vaisseaux collatéraux qui alimentent le myocarde dans la partie distale de l'artère obstruée, de sorte qu'il n'y a aucun signe de dommage ou d'ischémie myocardique, même après exercice.

Ventriculographie gauche

Le compte rendu devrait décrire les mouvements de la paroi du myocarde relativement à toute zone d'hypokinésie, d'akinésie ou de dyskésie, ainsi que la contraction globale du ventricule mesurée d'après la fraction d'éjection.

2.4.8 Scan cardiaque

Il s'agit d'une nouvelle technique de plus en plus répandue.

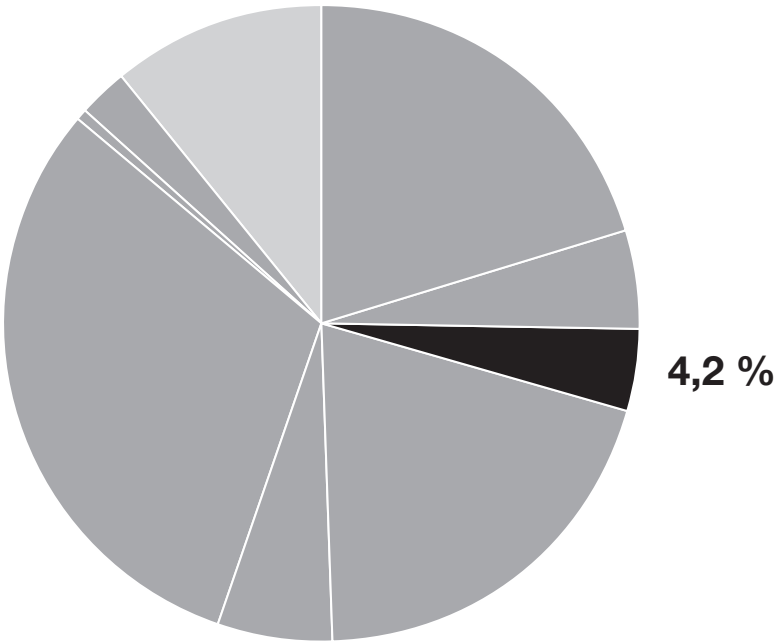
- Sans produit de contraste, elle permet de mesurer le **score calcique**; ce score permet de mieux stratifier le risque d'événement coronarien; un score au-delà du 75^e percentile pour le sexe et l'âge de l'individu permet de diagnostiquer précocement une maladie coronarienne infraclinique, non détectable par un test à l'effort, et de traiter agressivement ces patients en prévention secondaire avec statine et ASA.
- Avec produit de contraste injecté au pli du coude, les *scanners* modernes (64 rangées de capteurs ou plus) permettent une opacification non invasive des artères coronaires (**coronarographie virtuelle**). Cette technique demande un personnel de laboratoire bien entraîné, avec bradycardie adéquate du sujet examiné; les calcifications coronariennes et la présence de tuteurs implantés limitent son usage. Cette technique est devenue un moyen de diagnostic non invasif de la maladie coronarienne.

2.4.9 Résonance magnétique cardiaque

Son usage s'accroît lentement. Sa grande résolution spatiale et l'absence de variabilité d'images due à l'opérateur en a fait la technique de premier choix pour mesurer précisément les volumes des cavités cardiaques ou la masse ventriculaire. De plus, cette technique permet d'étudier les pathologies péricardiques, de quantifier le muscle infarcté, ou viable et en hibernation et de diagnostiquer myocardite et cardiomyopathies (le ventricule droit arythmogène, en particulier).

Chapitre 3

Maladies de l'appareil respiratoire



3.1	Constitution de la preuve médicale	54
3.1.1	Notions méritant d'être commentées.	54
3.1.2	Procédure générale d'évaluation de l'atteinte respiratoire.	55
3.1.3	Investigation complémentaire	58
3.2	Situations cliniques particulières	59
3.2.1	Asthme bronchique	59
3.2.2	Cancers du poumon et de la plèvre.	62
3.2.3	Tuberculose, mycoses et autres infections respiratoires	62
3.2.4	Cœur pulmonaire chronique et affection du système vasculaire pulmonaire.	63
3.2.5	Troubles respiratoires associés au sommeil.	63
3.3	Évaluation des maladies de l'appareil respiratoire	64
3.3.1	Maladies pulmonaires chroniques avec dyspnée (emphysème, fibrose pulmonaire, néoplasie, etc.)	64
3.3.2	Asthme bronchique	65
3.3.3	Fibrose kystique	66
3.3.4	Pneumoconioses.	66
3.3.5	Bronchiectasies.	66
3.3.6	Tuberculose, infections par des mycobactéries, mycoses et autres infections respiratoires chroniques	67
3.3.7	Cœur pulmonaire consécutif à une hypertension pulmonaire chronique	67
3.3.8	Troubles de la respiration associés au sommeil (apnée du sommeil)	67

Un grand nombre des maladies qui atteignent les poumons, la plèvre, la cage thoracique ou les muscles respiratoires aboutissent à des désordres de la respiration. Ces désordres fonctionnels respiratoires peuvent interférer avec les activités du malade et, à long terme, conduire à l'insuffisance respiratoire et au cœur pulmonaire chronique. En cours d'évolution, la combinaison des symptômes et de l'atteinte respiratoire peut nuire suffisamment aux activités d'un malade pour justifier une incapacité de travail permanente.

3.1 Constitution de la preuve médicale

3.1.1 Notions méritant d'être commentées

1. Diagnostic

Il est important de vérifier le diagnostic de la maladie sous-jacente et de faire la distinction entre la maladie et les limitations fonctionnelles qui en résultent. Ce sont en général ces dernières qui conduisent à l'incapacité de travail. Dans l'évaluation, il faudra tenir compte de certains symptômes liés au diagnostic et à l'évolution de la maladie. Il est à noter que plusieurs maladies peuvent avoir des répercussions identiques sur les fonctions.

2. Déficit respiratoire (*respiratory impairment*)

Le déficit respiratoire est la diminution progressive de la fonction d'un appareil ou d'un organe qui cause le déficit fonctionnel. Les épreuves de fonction respiratoire, la gazométrie artérielle et les épreuves d'effort permettent de mesurer ce déficit.

3. Insuffisance respiratoire épisodique

Dans les cas d'insuffisance respiratoire épisodique, notamment les cas d'asthme, de mucoviscidose, de bronchiectasies et de bronchite asthmatique chronique, les principaux critères d'évaluation de la gravité sont souvent la fréquence et l'intensité des épisodes qui surviennent malgré le traitement prescrit. Dans certains cas, le spécialiste consulté fera des suggestions thérapeutiques avant de procéder à l'évaluation définitive.

4. Questions de base servant à l'évaluation

La démarche visant à évaluer l'atteinte respiratoire devrait permettre de répondre aux questions suivantes :

- Quels sont le diagnostic et le pronostic de la maladie? Comment évolue-t-elle?
- Le patient reçoit-il le traitement optimal qui convient à sa maladie?
- Le patient est-il fidèle au traitement?
- Le déficit respiratoire est-il grave?
- Le déficit rend-il le patient inapte à occuper son emploi ou tout autre emploi?
- Outre le déficit respiratoire, existe-t-il des facteurs aggravants ou d'autres conditions qui peuvent interférer avec la capacité de travail?

3.1.2 Procédure générale d'évaluation de l'atteinte respiratoire

Généralement, l'évaluation de base comporte les éléments suivants :

1. Histoire

L'histoire, incluant :

- la description, la chronologie et l'importance des symptômes;
- les hospitalisations rendues nécessaires par une détérioration de la fonction respiratoire;
- les répercussions de l'atteinte respiratoire sur les autres systèmes (telles que signalées par le médecin traitant);
- un compte rendu aussi précis que possible des conditions de travail et des tâches accomplies par le patient (particulièrement s'il a 60 ans ou plus);
- les antécédents médicaux, chirurgicaux et traumatiques;
- le tabagisme, ainsi que la médication requise pour le traitement et la réponse au traitement.

La dyspnée doit être bien caractérisée, et on aura avantage à utiliser un questionnaire systématique, comme celui du Medical Research Council (MRC) britannique pour en établir la sévérité (voir tableau 1 — *Classification de la dyspnée*). Les autres symptômes respiratoires ne doivent pas être négligés (en particulier la toux, les douleurs thoraciques, l'intolérance à l'effort, etc.).

L'histoire et l'examen physique ne sont pas toujours utiles pour quantifier le degré de déficit respiratoire, mais ils contribuent presque toujours à préciser le diagnostic, à déceler les facteurs précipitants et à évaluer l'intensité du traitement.

Tableau 1
Classification de la dyspnée

Question	Réponse	
	Non	Oui
A. Vous sentez-vous essoufflé en marchant vite sur un terrain plat ou en montant une pente légère?	Grade 1	Question B
B. Devenez-vous essoufflé en marchant avec les personnes de votre âge sur un terrain plat?	Grade 2	Question C
C. Devez-vous arrêter pour essoufflement en marchant à votre propre rythme sur un terrain plat?	Grade 3	Question D
D. Êtes-vous essoufflé en faisant votre toilette ou en vous habillant?	Grade 4	Grade 5

Adapté de : A.P. Fishman, *Bulletin européen de physiopathologie respiratoire*, 1979, 15: 789-804.

2. Examen clinique

L'examen clinique, en particulier celui de l'appareil respiratoire et cardiovasculaire. Le médecin traitant cherchera aussi la présence de râles, la cyanose, les traces d'hippocratisme digital, les signes d'insuffisance cardiaque droite (hypertension veineuse, hépatomégalie, œdème).

3. Radiographie pulmonaire

La radiographie pulmonaire appuyant le diagnostic, démontrant l'évaluation de l'atteinte des organes et permettant la détermination de maladies associées.

4. Épreuves de fonction respiratoire

Les épreuves de fonction respiratoire, incluant une courbe d'expiration forcée avant et après administration d'un bronchodilatateur.

5. Gazométrie artérielle

La gazométrie artérielle, nous renseignant sur les pressions partielles de l'oxygène et du CO₂ (PaO₂, PaCO₂), le pourcentage de saturation (SaO₂) ainsi que les paramètres de l'équilibre acidobasique. La mesure de la gazométrie artérielle est indiquée chaque fois que l'on soupçonne l'existence d'une insuffisance respiratoire ou que l'on veut détecter une hypercapnie ou une hypoxémie.

Les anomalies gazométriques sont résumées dans le tableau 2 qui suit. Il est entendu que, dans son appréciation des résultats des gaz artériels, le médecin tiendra compte de l'âge de son patient. En effet, les valeurs normales de la PaO_2 s'abaissent en vieillissant. On peut corriger en soustrayant 3 mm de Hg à la PaO_2 pour chaque tranche de dix années d'âge au-dessus de 20 ans.

Tableau 2
Facteurs aggravants gazométriques

	PaO_2 (mmHg)	SaO_2 (%)	PaCO_2 (mmHg)
Normal	> 85	> 94	34-46
Léger	70-85	93-94	47-50
Modéré	60-70	90-93	51-60
Sévère	< 60	< 90	> 60

6. Classification du déficit respiratoire selon les résultats de la spirométrie

Le médecin peut utiliser le tableau 3 qui suit pour apprécier sommairement la gravité des maladies chroniques de l'appareil respiratoire s'accompagnant de dyspnée, par exemple les maladies pulmonaires obstructives chroniques (emphysème, bronchite chronique obstructive, asthme), les problèmes ventilatoires restrictifs d'origine pulmonaire (fibroses, maladies interstitielles) ou thoracique (spondylarthrite, paralysies, myopathies, obésité morbide) et les pneumoconioses. L'évaluation est basée sur les résultats de la courbe d'expiration, qui est mesurée alors que le patient est sous traitement optimal.

Tableau 3
Classification du déficit respiratoire selon les résultats de la spirométrie

Groupe A - Si	CVF > 80 % préd. VEMS > 80 % préd. VEMS/CVF > 80 % préd.	Aucun déficit fonctionnel
Groupe B - Si	CVF < 50 % préd. VEMS < 40 % préd. VEMS/CVF < 55 % préd.	Atteinte très sévère
Groupe C - Si	50 % < CVF < 80 % préd. 40 % < VEMS < 80 % préd. 55 % < VEMS/CVF < 80 % préd.	Investigation complémentaire

Pour le groupe C, le déficit fonctionnel est variable et peut interférer à des degrés divers avec la capacité de travail. Mentionnons qu'il n'y a pas une bonne corrélation entre le déficit respiratoire évalué par le VEMS ou la CVF et le handicap du patient, d'où l'importance d'ajouter d'autres éléments objectifs à la spirométrie (mesure de la diffusion et épreuve d'effort avec ou sans mesure des échanges gazeux).

3.1.3 Investigation complémentaire

Les examens qui, selon le jugement du spécialiste consulté, peuvent être inclus dans l'investigation devront permettre de déterminer la classe du déficit (voir tableau 3 — *Classification du déficit respiratoire selon les résultats de la spirométrie* et tableau 5 — *Classification du déficit respiratoire*). Ils devront aussi permettre de quantifier la tolérance à l'effort, de déterminer les facteurs aggravants et, de façon générale, de fournir une base rationnelle pour évaluer la capacité de travail. Toutes ces mesures doivent être prises dans un laboratoire reconnu. Ces examens sont décrits ci-après.

1. Mesure des volumes pulmonaires

Les paramètres mesurés sont la capacité pulmonaire totale (CPT), la capacité résiduelle fonctionnelle (CRF), la capacité vitale (CV) et le volume résiduel (VR). Ces mesures sont nécessaires pour mieux évaluer un syndrome restrictif. Elles sont souvent très utiles pour quantifier le degré de rétention gazeuse intrapulmonaire (*trapping*) dans les maladies obstructives. Cette anomalie contribue souvent à la dyspnée dans les syndromes obstructifs.

2. Mesure de la capacité de diffusion pulmonaire à l'oxyde de carbone (DLCO)

La mesure de la capacité de diffusion pulmonaire vise à évaluer l'aptitude du poumon à transférer les gaz respirés vers le sang. La méthode dite en apnée (*single-breath*) constitue le premier choix. La DLCO est souvent très abaissée dans l'emphysème pulmonaire, les fibroses interstitielles et les atteintes vasculaires pulmonaires, y compris l'hypertension.

3. Épreuve d'effort

La performance à l'effort d'un patient atteint d'une maladie pulmonaire peut varier beaucoup. En général, les différents paramètres de fonction respiratoire sont mesurés au repos et sont souvent insuffisants pour bien évaluer la tolérance à l'effort, sauf dans les atteintes sévères.

L'épreuve d'effort calibrée, en laboratoire, représente la meilleure façon d'évaluer directement le fonctionnement de l'appareil respiratoire et cardiovasculaire à l'exercice. Elle permet de préciser la nature des limitations fonctionnelles et fournit une base rationnelle pour juger de l'aptitude du patient à travailler.

Le protocole recommandé est celui d'un effort à charge progressive, jusqu'à l'atteinte de la capacité maximale comme décrit par Jones (Stade I). Les paramètres à mesurer incluent la charge atteinte (par exemple, en watts), la consommation d'oxygène (VO_2), la ventilation-minute, la fréquence respiratoire, le volume courant, la saturation à l'effort, la fréquence cardiaque, la tension artérielle, l'ECG (troubles du rythme et sous-décalages du segment ST). La mesure des gaz du sang artériel peut aussi être ajoutée à la procédure pour détecter des anomalies qui sont souvent absentes lors d'une mesure effectuée au repos et qui deviennent apparentes à l'effort.

3.2 Situations cliniques particulières

3.2.1 Asthme bronchique

Le caractère intermittent et réversible de l'asthme bronchique pose des problèmes particuliers pour l'évaluation de l'atteinte respiratoire. Dans les formes graves, la maladie s'accompagne souvent d'un syndrome obstructif chronique. La procédure générale d'évaluation permet d'établir la gravité du déficit fonctionnel qui en résulte.

Cependant, d'autres facteurs doivent être pris en considération (voir tableau 4 — *Facteurs aggravants de l'asthme*) :

1. Réversibilité de l'obstruction en réponse à un bronchodilatateur

La réversibilité de l'obstruction correspond à l'amélioration du VEMS 20 minutes après l'inhalation de quatre bouffées d'un bronchodilatateur β_2 adrénergique à courte durée d'action (BD) en microdoseur administré à l'aide d'une aérochambre.

Le fait que l'obstruction bronchique soit réversible donne un profil différent du déficit fonctionnel respiratoire, selon que l'on utilise les valeurs de spirométrie mesurées avant ou après administration de bronchodilatateurs. On doit utiliser les valeurs obtenues après administration de bronchodilatateurs pour classer le déficit. On pourra ensuite se référer au tableau 4 — *Facteurs aggravants de l'asthme* et appliquer les modifications appropriées.

2. Hyperréactivité bronchique non spécifique

Le fait que l'arbre bronchique réagisse à de nombreuses substances irritantes ou allergisantes constitue l'une des caractéristiques de l'asthme bronchique. Indépendamment du déficit fonctionnel, cette anomalie peut parfois limiter considérablement la tolérance au milieu de travail.

Le degré d'hyperréactivité bronchique non spécifique peut être apprécié par une épreuve de provocation à l'histamine ou à la méthacholine. L'indice utilisé pour exprimer le résultat est la concentration entraînant une chute de 20 % du VEMS (CP_{20}).

Comme la réactivité bronchique d'un asthmatique varie sous l'influence de nombreux facteurs (infections, allergies saisonnières, médication, etc.), le médecin devra dans la mesure du possible évaluer un asthmatique lorsque son état est stabilisé et en dehors d'un épisode d'infection. Il prescrira un traitement optimal et s'assurera que l'asthmatique est bien suivi.

3. Manifestations cliniques

Il faut tenir compte des facteurs reliés aux manifestations cliniques de l'asthme (voir tableau 4 — *Facteurs aggravants de l'asthme*) qui peuvent aussi limiter la capacité de travail du malade. Le patient pourra être réévalué selon son évolution. En plus de ce qui précède, on devra considérer :

- la fréquence et l'intensité des symptômes;
- la gravité des crises (nombre de consultations à l'urgence et d'hospitalisations par année, séjours aux soins intensifs et intubations);
- les besoins en médication et les effets secondaires (qui sont souvent reliés à la prise de prednisone de façon intermittente à hautes doses ou sur une base régulière).

Tableau 4
Facteurs aggravants de l'asthme

Classe	Réversibilité ¹	Hyperréactivité ²	Manifestation clinique ³
Normal	< 10 %	CP ₂₀ > 8 mg/ml	- Crises : < 1 / an - Asymptomatique la plupart du temps - Bronchodilatateur à l'occasion seulement
Léger	10-19 %	1 < CP ₂₀ < 8 mg/ml	- Crises : > 2 fois/sem.; symptômes nocturnes < 2 fois/mois - Symptômes brefs, intermittents < 2 fois/sem. - BD⁴ au besoin < 2 fois/sem. - ± stéroïdes inhalés à faible dose⁵
Modéré	20-29 %	0,125 < CP ₂₀ < 1 mg/ml	- Crises : > 2 fois/sem. - Symptômes nocturnes > 2 fois/mois - BD tous les jours parce que symptômes très fréquents - Stéroïdes inhalés à forte dose⁵ quotidiennement
Grave	> 29 %	CP ₂₀ < 0,125 mg/ml	- Crises diurnes ou nocturnes fréquentes - Symptômes continuels limitant les activités - BD longue action pour dormir la nuit. Stéroïdes inhalés à forte dose. Usage fréquent de stéroïdes par voie systémique - Histoire d'hospitalisation ou de <i>status asthmaticus</i> grave

Notes :

1. Amélioration du VEMS après l'inhalation de deux bouffées d'un bronchodilatateur β_2 adrénergique en microdoseur administré à l'aide d'une aérochambre.
2. Mesurée par le test à l'histamine ou à la méthacholine.
3. Échelle dérivée de l'*International Consensus Report on Diagnosis and Treatment of Asthma*.
4. BD = Bronchodilatateur β_2 – adrénergique en inhalation.
5. Une dose forte correspond à ≥ 1000 mcg de bécloéthasone ou ≥ 800 mcg de budésonide comme dose minimale quotidienne requise pour stabiliser la condition du malade.

Il est à noter que les manifestations cliniques fréquentes et sévères ne sont pas toujours associées à une hyperréactivité bronchique sévère ou à une réversibilité importante à un BD. Il est parfois difficile de mesurer la réactivité bronchique chez les individus qui ont des symptômes importants. L'American Thoracic Society (ATS) recommande de mesurer la réactivité bronchique lorsque le VEMS est supérieur à 70 % de la valeur normale prédite et d'utiliser le degré de réversibilité du VEMS lorsque celui-ci est inférieur à 70 % de la valeur normale prédite.

3.2.2 Cancers du poumon et de la plèvre

Les désordres fonctionnels provoqués par ces cancers doivent être évalués selon la procédure générale. On tiendra toutefois compte de l'atteinte de l'état général et des nombreux symptômes qui accompagnent souvent ces maladies. De plus, comme souvent l'état du patient évolue rapidement et se détériore, on considérera les facteurs reliés au pronostic de la maladie.

1. Cancers opérables ou ayant subi une résection jugée curatrice

On utilisera la procédure générale d'évaluation pour établir le déficit fonctionnel. L'importance des manifestations cliniques servira à déterminer l'incapacité de travail.

2. Cancers inopérables soumis à la radiothérapie ou à la chimiothérapie

Ces malades ont généralement plus de symptômes, et le pronostic est plus sombre. Les effets secondaires du traitement ajoutent encore à leurs problèmes, de sorte qu'ils sont plus susceptibles que d'autres d'être totalement incapables de travailler. Les chances de reprendre des activités normales sont beaucoup moins élevées chez les malades qui ont un cancer inopérable que chez ceux qui ont un cancer opérable.

Pour plus de précisions, voir chapitre 5 — *Néoplasies malignes*.

3.2.3 Tuberculose, mycoses et autres infections respiratoires

Dans la plupart des infections respiratoires, il y a deux phases : la phase active, avec ou sans traitement, et la phase des séquelles.

En phase active, la maladie évolue rapidement, et il n'est pas indiqué de procéder à une évaluation du déficit fonctionnel respiratoire.

Lorsque la maladie est stabilisée, l'état du patient est évalué d'après les limitations de la fonction pulmonaire. Des preuves d'une infection chronique, comme des mycobactérioses ou des mycoses actives avec culture positive, la pharmacorésistance, la formation de cavités ou de lésions parenchymateuses évolutives ne constituent pas en soi une assise suffisante pour établir qu'une personne souffre de séquelles graves et permanentes. Il faut procéder à des mesures objectives.

3.2.4 Cœur pulmonaire chronique et affection du système vasculaire pulmonaire

La présence d'un cœur pulmonaire chronique irréversible consécutive à une hypertension pulmonaire chronique doit être objectivée par des signes cliniques et des comptes rendus de laboratoire témoignant d'une surcharge ou d'une insuffisance ventriculaire droite :

- bruit de galop du cœur droit;
- distension des jugulaires;
- hépatomégalie;
- œdème périphérique;
- augmentation du volume du ventricule droit visible à la radiographie ou grâce à d'autres techniques d'imagerie tel l'échocardiogramme;
- hypertrophie du ventricule droit détectée à l'ECG;
- augmentation de la pression artérielle pulmonaire mesurée par cathétérisme du cœur droit, si déjà fait.

Si un cathétérisme cardiaque a été fait, il y a lieu de fournir une copie des résultats. Étant donné que l'hypoxémie peut être consécutive à une insuffisance cardiaque, qu'elle provoque aussi de l'hypertension artérielle pulmonaire et qu'elle peut être associée à l'hypoventilation et à l'acidose respiratoire, l'étude des gaz sanguins artériels peut démontrer la présence d'une hypoxémie (diminution de la PaO_2), d'une rétention de CO_2 (augmentation de la $PaCO_2$) et d'une acidose (diminution du pH).

Documents à l'appui, le médecin doit démontrer que le cœur pulmonaire est chronique et irréversible. Dans un tel cas, une évaluation de la capacité à l'effort n'est probablement pas nécessaire et peut même être risquée.

3.2.5 Troubles respiratoires associés au sommeil

Les troubles respiratoires associés au sommeil (apnée du sommeil) sont dus à des arrêts respiratoires périodiques qui entraînent de l'hypoxémie (hypoxie tissulaire) et nuisent à la qualité du sommeil. Un patient chez qui on soupçonne un tel problème doit être évalué de façon plus spécifique.

La fragmentation du sommeil et l'hypoxémie nocturne qui accompagnent les apnées peuvent provoquer divers problèmes tels que de la somnolence diurne, de l'hypertension artérielle systémique, une polycythémie, de l'hypertension pulmonaire chronique, des anomalies du rythme cardiaque, une perturbation des fonctions cognitives, etc.

Chez la plupart des patients, le traitement entraînera une régression complète ou quasi complète des symptômes. Cependant, si le patient demeure sans traitement, ou si son traitement est suboptimal, les symptômes peuvent persister.

Étant donné que la somnolence diurne peut avoir une influence sur la mémoire, l'orientation et le comportement, il peut être nécessaire, pour évaluer les fonctions mentales; de se renseigner sur les résultats du traitement administré en consultant le dossier antérieur.

Les personnes qui souffrent d'apnée du sommeil ne sont pas toutes atteintes d'une incapacité fonctionnelle. Il est à noter que la détérioration des fonctions cognitives peut être évaluée en fonction des troubles mentaux associés, s'il y a lieu (voir chapitre 6 — *Troubles mentaux*). Si les déficits sont associés à une obésité marquée, l'évaluation doit tenir compte de l'ensemble des répercussions de cet état sur le fonctionnement général.

3.3 Évaluation des maladies de l'appareil respiratoire

3.3.1 Maladies pulmonaires chroniques avec dyspnée

(emphysème, fibrose pulmonaire, néoplasie, etc.)

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

1. Présenter le tableau clinique de la dyspnée et de l'incapacité fonctionnelle qui persistent en dépit de traitements médicaux appropriés.
2. Confirmer la présence de l'atteinte par **au moins un** des éléments suivants :
 - Au moins une des mesures suivantes à l'examen spirométrique (après bronchodilatateur) et sous traitement optimal :
 - ♦ $CVF < 50 \%$ de la normale prédite;
 - ♦ $VEMS < 40 \%$ de la normale prédite;
 - ♦ $VEMS/CVF < 55 \%$ de la normale prédite.
 - Au moins une des mesures suivantes à l'examen spirométrique :
 - ♦ $50 \% < CVF < 80 \%$ de la normale prédite;
 - ♦ $40 \% < VEMS < 80 \%$ de la normale prédite;
 - ♦ $55 \% < VEMS/CVF < 80 \%$ de la normale prédite.

Pour ce groupe, une atteinte respiratoire spécifique peut en résulter. L'importance du déficit fonctionnel peut être appréciée lors d'une investigation complémentaire :

- Une mesure de la capacité de diffusion pulmonaire à l'oxyde de carbone inférieure à 10 ml/minute/mmHG ou moins de 40 % de la valeur normale prédite.
- Une altération importante des pressions partielles d'oxygène et de dioxyde de carbone.

Note : Le tableau 5 résume les caractéristiques des différents niveaux de gravité de l'atteinte de la fonction respiratoire.

Les renseignements supplémentaires à fournir dans les cas de néoplasie de l'appareil respiratoire sont indiqués dans le chapitre 5 — *Néoplasies malignes*).

Tableau 5
Classification du déficit respiratoire

CVF ou CV (% préd.)	VEMS (% préd.)	VEMS/CVF (% préd.)	D_LCO (% préd.)	VO₂ max (ml/min./kg)	Déficit fonctionnel
≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 75 %	≥ 80 %	≥ 25 (7,1 METs)	Aucun
60-79 %	60-79 %	60 à 74 %	60-79 %	20-24	Léger
51-59 %	41-59 %	41-59 %	41-59 %	16-20	Modéré
< 50 %	< 40 %	< 40 %	< 40 %	≤ 15 (4,3 METs)	Sévère

3.3.2 Asthme bronchique

La personne doit être évaluée lorsque son état de santé est stabilisé et en dehors de périodes d'infection.

Dans son rapport, le médecin traitant doit inclure les éléments indiqués pour les maladies pulmonaires chroniques avec dyspnée (voir sous-section 3.3.1) et il doit tenir compte des facteurs aggravants de l'asthme (voir tableau 4 — *Facteurs aggravants de l'asthme*).

3.3.3 Fibrose kystique

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

1. Présenter le tableau clinique des épisodes de bronchite, de pneumonie, d'hémoptysies ou d'insuffisance respiratoire de son patient, y compris la description de son état général, les hospitalisations et l'importance de la médication et des traitements.
2. Confirmer ses observations cliniques par les comptes rendus d'examens appropriés (voir sous-section 3.3.1 — *Maladies pulmonaires chroniques avec dyspnée*).

3.3.4 Pneumoconioses

Les pneumoconioses sont habituellement des maladies professionnelles dont l'évaluation est faite par la CSST.

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

1. Présenter le tableau clinique de la maladie en cause et son évolution en dépit du traitement approprié.
2. Confirmer la présence d'une limitation importante de la fonction respiratoire par au moins un des éléments exigés pour les maladies pulmonaires chroniques avec dyspnée (voir sous-section 3.3.1 — *Maladies pulmonaires chroniques avec dyspnée*).
3. Fournir des renseignements supplémentaires sur tout autre déficit en fonction de l'organe, de l'appareil ou du système touchés.

3.3.5 Bronchiectasies

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

1. Présenter le tableau clinique des épisodes de bronchite, de pneumonie, d'hémoptysies ou d'insuffisance respiratoire nécessitant une intervention médicale; il peut présenter le type de germes par lequel le malade est colonisé et la fréquence des traitements antibiotiques par la bouche ou par intraveineuse et le nombre d'hospitalisations requises.
2. Confirmer la présence d'une limitation importante de la fonction respiratoire par au moins un des éléments exigés pour les maladies pulmonaires chroniques avec dyspnée (voir sous-section 3.3.1 — *Maladies pulmonaires chroniques avec dyspnée*).

3.3.6 Tuberculose, infections par des mycobactéries, mycoses et autres infections respiratoires chroniques

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

1. Présenter le tableau clinique de la maladie en cause et son évolution en dépit du traitement approprié. Il doit également s'assurer que les effets attendus du traitement ont été atteints.
2. Confirmer la présence d'une limitation importante de la fonction respiratoire par au moins un des éléments exigés pour les maladies pulmonaires chroniques avec dyspnée (voir sous-section 3.3.1 — *Maladies pulmonaires chroniques avec dyspnée*).

3.3.7 Cœur pulmonaire consécutif à une hypertension pulmonaire chronique

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

1. Présenter le tableau clinique d'un cœur pulmonaire chronique (voir sous-section 3.2.4 — *Cœur pulmonaire chronique et affection du système vasculaire pulmonaire*).
2. Confirmer son diagnostic par au moins un des éléments suivants :
 - une pression artérielle pulmonaire moyenne supérieure à 40 mm Hg;
 - une hypoxémie artérielle. Elle doit être évaluée selon les critères d'évaluation énumérés au tableau 2 — *Facteurs aggravants gazométriques*;
 - une insuffisance cardiaque chronique (voir sous-section 2.2.1 — *Insuffisance cardiaque chronique*).

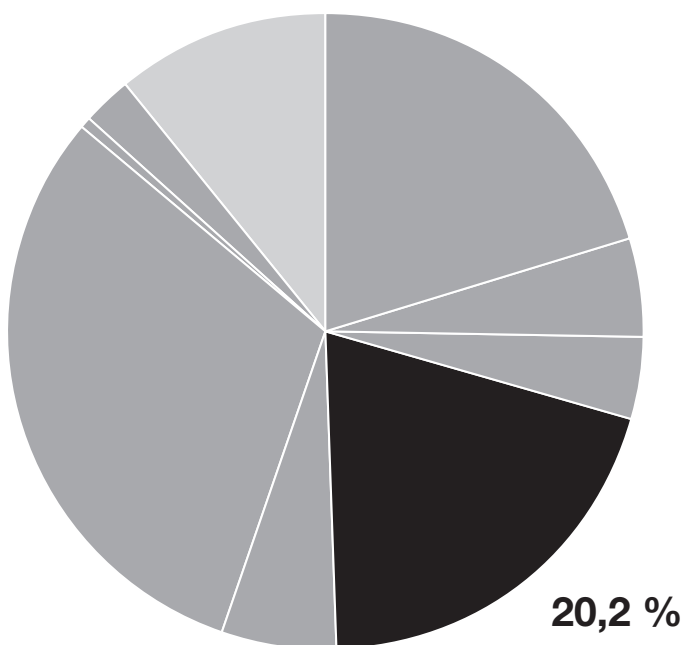
3.3.8 Troubles de la respiration associés au sommeil (apnée du sommeil)

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

1. Présenter le tableau clinique et son évolution en dépit d'un traitement optimal.
2. Confirmer la persistance d'anomalies par les résultats d'un examen fait en laboratoire d'étude du sommeil alors que le patient était sous traitement.
3. Fournir, s'il y a lieu, des renseignements supplémentaires sur :
 - les éléments demandés pour le cœur pulmonaire consécutif à une hypertension pulmonaire chronique (voir sous-section 3.3.7.2);
 - les incapacités consécutives à une obésité morbide;
 - les troubles neurocognitifs (voir chapitre 6 — *Troubles mentaux*) avec évidence de désaturation nocturne.

Chapitre 4

Maladies du système nerveux



4.1	Constitution de la preuve médicale.	73
4.1.1	Dossier clinique	73
4.1.2	Bilan paraclinique.	76
4.2	Évaluation des maladies du système nerveux	77
4.2.1	Accident vasculaire cérébral	77
4.2.2	Épilepsie.	77
4.2.3	Tumeurs cérébrales primaires.	78
4.2.4	Syndrome parkinsonien	79
4.2.5	Démence (d'étiologie vasculaire ou atrophique, maladie d'Alzheimer)	79
4.2.6.	Maladies dégénératives	80
4.2.7	Traumatisme cérébral	80
4.2.8	Sclérose en plaques	81
4.2.9	Sclérose latérale amyotrophique	81
4.2.10	Lésions de la moelle épinière ou des racines nerveuses (myélopathie ou radiculopathie)	82
4.2.11	Syringomyélie.	82
4.2.12	Poliomyélite ancienne.	82
4.2.13	Dégénérescence combinée subaiguë de la moelle (anémie pernicieuse ou carence en vitamine B ₁₂)	83
4.2.14	Neuropathie périphérique.	83
4.2.15	Myasthénie grave	83
4.2.16	Dystrophie musculaire	84

Les atteintes neurologiques peuvent interférer avec les activités de la vie quotidienne (AVQ), les activités de la vie domestique (AVD) ou les activités de la vie socioprofessionnelle (AVSP). Elles peuvent toucher les fonctions sensitivomotrices, les fonctions cognitives, les fonctions de communication ou les divers aspects du comportement. L'atteinte de ces fonctions peut être stable (hémiplégie), instable ou fluctuante (myasthénie, épisodes d'ischémie cérébrale transitoire), évoluer par poussée (sclérose en plaques [SEP]), être progressive (tumeur cérébrale [TC], maladie du neurone moteur [MNM]) ou épisodique (épilepsie, troubles de la vigilance, perte de conscience). Il peut s'agir d'une perte de fonction (paralysie, anesthésie, atteinte cognitive), d'une augmentation de l'activité motrice (dyskinésies, convulsions) ou d'un changement dans la qualité d'une fonction (dystonie, dysesthésie, syndrome douloureux).

Une atteinte prolongée peut signifier un déficit stable sans espoir d'amélioration significative (hémiplégie spastique depuis un an), un déficit important susceptible de progression, selon la cause diagnostiquée (TC, maladie d'Alzheimer, MNM) ou un déficit important d'évolution incertaine ou imprévisible (déficit majeur à la suite d'une première poussée de SEP).

Les conséquences de l'affection sur le plan fonctionnel ne peuvent être évaluées qu'après l'administration d'un traitement optimal incluant, s'il y a lieu, la réadaptation et des mesures correctrices (aides techniques). Dans le cas d'un patient de moins de 60 ans, le médecin indiquera la date depuis laquelle il est atteint d'une affection incompatible avec tout travail rémunérateur et, dans le cas d'un patient de 60 ans ou plus, la date à laquelle il a dû quitter un travail rémunéré en raison de cette affection.

4.1 Constitution de la preuve médicale

4.1.1 Dossier clinique

L'examen neurologique standard permet de déterminer les atteintes cliniques du système nerveux central ou périphérique. Il est important d'indiquer la date à laquelle cet examen a été pratiqué.

Les principaux aspects à considérer sont les suivants :

1. Fonctions cognitives et neurocomportementales

Sur le plan des fonctions cognitives, il faut évaluer l'orientation dans les trois sphères, la mémoire à court et à long terme, l'attention, le calcul, le jugement, le bagage d'information, les capacités d'abstraction et de construction. Il faut préciser les effets des déficits cognitifs sur la capacité fonctionnelle.

Sur le plan du comportement, il faut indiquer les changements de personnalité, la présence d'apathie, d'euphorie, de désinhibition, de persévération, de troubles de l'humeur, d'hallucinations, d'idées délirantes et de perte d'autocritique. Il faut préciser la mesure dans laquelle ces perturbations du comportement influent sur la performance.

Si une évaluation du type *Mini-Mental State* de Folstein ou une évaluation neuropsychologique standardisée a été faite, il faut en fournir le compte rendu.

2. Fonction de communication

Les perturbations peuvent venir de l'appareil articulatoire (dysarthrie), de l'appareil phonatoire (dysphonie) ou du centre du langage (aphasie). L'examen de l'aphasie comprend l'appréciation du langage spontané et de la compréhension, puis l'évaluation de la capacité de répéter, de nommer les objets, de lire à haute voix et d'écrire de façon spontanée, sous dictée et en copie.

Répétition altérée	Répétition intacte
Broca	Transcorticale motrice
Wernicke	Transcorticale sensitive
Globale	Isolement de l'aire du langage
Conduction	Nominale

Si une évaluation en orthophonie a été faite, il faut en fournir le compte rendu.

3. Nerfs crâniens

S'il y a atteinte des nerfs crâniens, il faut décrire les déficits et les limitations fonctionnelles propres à chacun.

4. Motricité

Plusieurs aspects de la fonction motrice peuvent affecter la capacité fonctionnelle.

Tonus	· spasticité · rigidité · hypotonie
Coordination	· épreuve doigt-nez · épreuve talon-genou · mouvements alternatifs · mouvements répétitifs
Mouvements	· tremblement : rythme et amplitude de repos, d'attitude, d'action · dystonie focale · akynésie, dyskinésie · myoclonies, tics, spasmes, chorée, athétose, hémiballisme, etc.
Démarche	· amplitude et vitesse des pas · polygone de sustentation · boiterie, circumduction, steppage · position du tronc · balancement des membres supérieurs · ataxie · funambule (tandem) · utilisation de canne, orthèse
Examen moteur	· atrophie, hypertrophie · fasciculations · myotonie · phénomène myasthénique · force musculaire évaluée de 0 à 5 (voir <i>Échelle d'évaluation de la force musculaire</i>) : proximale, distale, déficit latéralisé, focalisé · membres supérieurs et inférieurs

Échelle d'évaluation de la force musculaire

5	Force normale
4	Faiblesse contre résistance
3	Peut vaincre gravité, pas contre résistance
2	Peut bouger si gravité éliminée
1	Contraction musculaire sans mouvement articulaire
0	Aucune contraction musculaire
—	Non classifiable à cause de lâchage (<i>give-way</i>) ou douleur

5. Sensibilité

Le médecin doit situer l'atteinte sensitive, la qualifier et la quantifier (hypoesthésie, hyperesthésie ou dysesthésie) et en préciser les effets sur les fonctions. Dans les cas d'hyperpathie, il doit décrire la causalgie, l'algodystrophie, le syndrome spinothalamique ou thalamique, la névralgie.

6. Réflexes

Ostéotendineux 0 - 4	0 absent + diminué ++ normal +++ vif ++++ clonique
-----------------------------	--

Cutané plantaire

Réflexes archaïques	préhension moue suction palmo-mentonnier
----------------------------	---

7. Système nerveux autonome (SNA)

Chutes de la tension artérielle, troubles des sphincters (rétention, incontinence) et de la fonction sexuelle consécutifs à des problèmes de la moelle épinière surtout. Une atteinte du SNA peut aussi se rencontrer dans des maladies dégénératives, telle la maladie de Parkinson.

Les anomalies trouvées à l'examen du médecin permettront à celui-ci de l'orienter vers une atteinte radiculaire, une atteinte nerveuse périphérique, une atteinte centrale (neurone moteur supérieur, neurone moteur inférieur).

4.1.2 Bilan paraclinique

La description des anomalies significatives que les examens complémentaires ont révélées appuie le diagnostic et, dans certains cas, démontre la lésion sous-jacente au déficit neurologique. **Le médecin doit inclure les comptes rendus de ces examens.**

Les examens les plus courants sont les suivants :

- radiographies (crâne, poumons, colonne, etc.);
- tomodensitométrie (TDM, *scanner*) et résonance magnétique nucléaire (RMN);
- électroencéphalographie (EEG);
- angiographie ou angio-résonance;
- électromyographie (EMG);
- ponction lombaire (étude du liquide céphalorachidien);
- échographie/Doppler des vaisseaux du cou;
- potentiels évoqués;
- cisternographie;
- biopsies (cerveau, nerf, muscle).

Dans les cas où les résultats sont négatifs, tout tableau clinique fortement évocateur d'une maladie du système nerveux doit être confirmé par un neurologue.

4.2 Évaluation des maladies du système nerveux

4.2.1 Accident vasculaire cérébral

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

1. Présenter le tableau clinique et démontrer la persistance de déficits fonctionnels importants plus de six mois après l'épisode aigu, dont :
 - un problème d'aphasie d'expression (Broca) ou de compréhension (Wernicke);
 - un problème moteur touchant un hémicorps (hémiparésie) ou les quatre membres (quadriparésie) et entraînant des perturbations de la motricité globale et de la motricité fine, de la démarche et de la posture;
 - un problème sensitif touchant un hémicorps et affectant les modalités de la sensibilité primitive (douleur, température) ou corticale (asomatognosie);
 - une atteinte résiduelle dans le territoire vertébrobasilaire avec hémianopsie, diplopie, ataxie, dysarthrie, dysphagie, quadriparésie, etc.;
 - un syndrome pseudobulbaire ou bulbaire.
2. Confirmer la présence de la lésion et ses observations cliniques par les examens complémentaires appropriés.
3. Fournir des renseignements supplémentaires sur les séquelles de maladies associées, les résultats de la réadaptation fonctionnelle et la nécessité d'une assistance humaine ou d'une aide technique.

4.2.2 Épilepsie

Le diagnostic d'épilepsie est essentiellement clinique; rarement, le médecin sera-t-il lui-même témoin d'une crise lui permettant de poser le diagnostic. En fait, il peut souvent avoir pour base l'histoire relatée par le patient et ses proches ou, encore mieux, la description d'un observateur fiable.

Les épilepsies sont subdivisées en crises généralisées (souvent de type tonico-clonique) et en crises partielles (ou focales) qui pourront être simples ou complexes (avec altération de la conscience). Toute crise partielle simple peut devenir complexe. Toute crise partielle peut devenir généralisée. Un même patient peut avoir, à divers moments, plusieurs types de crises, d'où l'importance du témoignage des proches.

Pour être en mesure d'évaluer l'importance et la gravité du processus épileptique, puis d'en mesurer les répercussions sur la capacité fonctionnelle du patient, le médecin-conseil doit disposer de plusieurs éléments d'information, dont :

- le type et la fréquence des crises;

- la durée des crises et de la période post-ictale;
- les changements dans la fréquence ou le type des crises;
- le diagnostic étiologique sous-jacent (ancien traumatisme, ancien accident vasculaire cérébral) ou les crises idiopathiques;
- le type de médication et la réponse au traitement au cours des six derniers mois. Les crises doivent persister malgré un traitement médical optimal, avec des taux sériques récents d'anticonvulsivants à un niveau thérapeutique;
- les crises diurnes ou nocturnes;
- les crises de longue date ou *de novo*;
- la présence de problèmes médicaux associés, tels que diabète, éthylisme, toxicomanie, etc.

L'épilepsie peut, selon la fréquence et la nature des crises ainsi que la réponse au traitement, constituer un handicap pour la conduite d'un véhicule automobile et la participation à certaines activités à potentiel dangereux.

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

1. Présenter le tableau clinique détaillé des crises, y compris les éléments énumérés précédemment, la réponse au traitement, les effets secondaires du traitement et les répercussions de l'affection sur les activités du patient.
2. Confirmer le diagnostic par les examens complémentaires appropriés (EEG, etc.) et le maintien du niveau thérapeutique de la médication prescrite par des dosages sériques périodiques ou ponctuels. Joindre une copie des résultats.

4.2.3 Tumeurs cérébrales primaires

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

1. Présenter le tableau clinique, notamment en fonction d'une atteinte épileptique (voir sous-section 4.2.2 — *Épilepsie*), motrice (voir chapitre 1 — *Maladies de l'appareil locomoteur*) ou cognitive (voir sous-section 6.3.1 — *Troubles neurodéveloppementaux*), et préciser les séquelles fonctionnelles actuelles, le plan de traitement, la réponse aux traitements et le pronostic.
2. Confirmer la présence de la lésion au moyen d'un compte rendu d'histopathologie, d'imagerie ou d'autres examens complémentaires appropriés, surtout en ce qui a trait aux tumeurs suivantes : les gliomes malins (astrocytome de grade III et IV, glioblastome multiforme), médulloblastome, épéndymoblastome ou sarcome primaire dont le pronostic est très réservé (chapitre 5 — *Néoplasies malignes*).

Il est à noter que pour les astrocytomes (grade I et II), le méningiome, les tumeurs de l'hypophyse, l'oligodendrogliome, l'épendymome, le chordome du clivus et les tumeurs bénignes, il faut évaluer les limitations fonctionnelles en fonction du tableau clinique.

3. Fournir des renseignements supplémentaires sur les séquelles des maladies associées, les résultats de la réadaptation fonctionnelle et la nécessité d'une assistance humaine ou d'une aide technique.

4.2.4 Syndrome parkinsonien

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

1. Présenter le tableau clinique et faire la démonstration d'un déficit important à partir d'une combinaison variable des signes suivants :
 - tremblement de repos;
 - rigidité;
 - bradykinésie;
 - posture en flexion;
 - perte de réflexes posturaux;
 - tendance à figer (*freezing*).

Deux signes doivent être présents, et l'un des deux doit être le tremblement ou la bradykinésie.

2. Fournir, s'il y a lieu, le bilan paraclinique (qui est habituellement négatif) et la TDM (qui peut être normale ou révéler une dilatation ventriculaire, une atrophie ou une leucoencéphalopathie).
3. Fournir des renseignements supplémentaires sur les effets secondaires de la médication et la nécessité d'une assistance personnelle ou d'une aide technique.

4.2.5 Démence

(d'étiologie vasculaire ou atrophique, maladie d'Alzheimer)

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

1. Présenter le tableau clinique des limitations fonctionnelles et psychiques en fonction des éléments du chapitre 6 — *Troubles mentaux*.
2. Confirmer ses observations par des examens complémentaires appropriés (imagerie, examen *Mini-Mental State* de Folstein, etc.).
3. Fournir des renseignements supplémentaires sur les séquelles de maladies associées, sur les évaluations neurologiques et neuropsychologiques ainsi que sur la nécessité d'une assistance personnelle ou d'une aide technique.

4.2.6. Maladies dégénératives

(telles la chorée de Huntington, l'ataxie de Friedreich et l'hérédoataxie cérébelleuse)

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

1. Présenter le tableau clinique et faire la démonstration d'un déficit progressif important et permanent :
 - de la fonction sensitive;
 - de la fonction motrice;
 - de la coordination et de la démarche;
 - de la parole (dysarthrie);
 - de la fonction cognitive (voir sous-section 6.3.1 — *Troubles neurodéveloppementaux*).
2. Confirmer le diagnostic par les examens complémentaires appropriés.
3. Fournir des renseignements supplémentaires sur l'état psychique (chapitre 6 — *Troubles mentaux*) ou sur les séquelles d'autres affections et la nécessité d'une assistance personnelle ou d'une aide technique.

4.2.7 Traumatisme cérébral

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

1. Présenter le tableau clinique, en particulier en fonction des déficits fonctionnels permanents tels :
 - les troubles de la vigilance;
 - les troubles cognitifs, le trouble du comportement et les autres troubles mentaux (chapitre 6 — *Troubles mentaux*);
 - les troubles moteurs;
 - les troubles d'incontinence;
 - les troubles bulbaires, etc.
2. Confirmer la présence des lésions et ses observations par des examens complémentaires appropriés (TDM cérébral, RMN, EEG, etc.) et les évaluations neurologiques ou neurochirurgicales.
3. Fournir les renseignements supplémentaires sur l'état psychique (voir chapitre 6 — *Troubles mentaux*) ou les séquelles d'autres affections, les résultats de la réadaptation et la nécessité d'une assistance personnelle ou d'une aide technique.

4.2.8 Sclérose en plaques

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

1. Présenter le tableau clinique, notamment en fonction :
 - d'un déficit important de la fonction motrice, de la coordination des membres ou de l'équilibre axial;
 - d'un déficit bulbaire ou cérébelleux;
 - d'un déficit sensitif important (douleur, température, vibration, proprioception);
 - d'un déficit du contrôle des sphincters (vessie, intestins);
 - d'un déficit visuel important tel que perte de vision, scotomes, diplopie, oscillopsie;
 - d'un déficit sur le plan cognitif ou affectif;
 - d'une fatigue importante liée à l'ensemble du tableau clinique et à l'importance des limitations fonctionnelles quotidiennes. La fatigue (d'origine organique) n'est pas nécessairement proportionnelle à l'importance des déficits observés.
2. Confirmer le diagnostic par les examens complémentaires appropriés : RMN, TDM, potentiels évoqués (auditifs, visuels, somesthésiques), LCR si nécessaire, etc.
3. Fournir des renseignements supplémentaires sur la nécessité d'une assistance personnelle ou d'une aide technique.

4.2.9 Sclérose latérale amyotrophique

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

1. Présenter le tableau clinique, en particulier en fonction :
 - d'une atteinte bulbaire avec difficulté à avaler, à s'exprimer, à respirer, etc.;
 - d'un déficit de la fonction motrice des membres.
2. Confirmer le diagnostic par des examens complémentaires appropriés.
3. Fournir des renseignements supplémentaires sur la nécessité d'une assistance personnelle ou d'une aide technique.

4.2.10 Lésions de la moelle épinière ou des racines nerveuses (myélopathie ou radiculopathie)

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

1. Présenter le tableau clinique et préciser l'importance et la persistance des séquelles motrices ou sensitives et, s'il y a lieu, de l'atteinte des fonctions d'élimination (urinaire et fécale).
2. Confirmer le diagnostic par imagerie ou autres examens complémentaires appropriés.
3. Fournir des renseignements supplémentaires sur la nécessité d'une assistance personnelle ou d'une aide technique.

4.2.11 Syringomyélie

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

1. Présenter le tableau clinique et préciser l'évolution :
 - d'une atteinte de la sensibilité thermo-algésique des membres causant des blessures mutilantes, des dommages articulaires (articulation de Charcot);
 - d'une atteinte motrice des membres supérieurs et parfois même inférieurs;
 - d'une atteinte bulbaire (anesthésie au visage, atrophie de la langue, dysphagie).
2. Confirmer la présence d'une lésion correspondant aux observations cliniques par imagerie ou autres examens complémentaires appropriés.
3. Fournir les renseignements supplémentaires sur la nécessité d'une assistance personnelle ou d'une aide technique.

4.2.12 Poliomyélite ancienne

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

1. Présenter le tableau clinique et préciser l'importance des séquelles en fonction :
 - des difficultés persistantes à avaler ou à respirer;
 - d'une désorganisation importante de la fonction motrice;
 - d'un syndrome post-polio entraînant une détérioration fonctionnelle récente, irréversible et non attribuable à une autre maladie.
2. Confirmer le diagnostic par les examens complémentaires appropriés.
3. Fournir des renseignements supplémentaires sur la nécessité d'une assistance personnelle ou d'une aide technique.

4.2.13 Dégénérescence combinée subaiguë de la moelle

(anémie pernicieuse ou carence en vitamine B₁₂)

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

1. Présenter le tableau clinique et préciser l'évolution et l'importance, en dépit du traitement approprié, du déficit sensitif, de l'atteinte pyramidale et des autres déficits neurologiques associés à une carence en vitamine B₁₂.
2. Confirmer le diagnostic par les examens complémentaires appropriés.
3. Fournir des renseignements supplémentaires sur la nécessité d'une assistance personnelle ou d'une aide technique.

4.2.14 Neuropathie périphérique

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

1. Présenter le tableau clinique et préciser l'importance et la persistance de la désorganisation de la fonction motrice et des troubles sensitifs en dépit du traitement approprié.
2. Confirmer le diagnostic par les examens complémentaires appropriés (EMG).
3. Fournir des renseignements supplémentaires sur les maladies associées (diabète, malnutrition, éthyliste, etc.) et leurs séquelles fonctionnelles.

4.2.15 Myasthénie grave

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

1. Présenter le tableau clinique et préciser l'apparition de séquelles permanentes telles :
 - la difficulté persistante à s'exprimer, à avaler ou à respirer en dépit de la thérapie prescrite;
 - la grande faiblesse motrice des muscles et des membres pendant des activités répétitives contre résistance en dépit de la thérapie prescrite.
2. Confirmer le diagnostic par les examens complémentaires appropriés.
3. Fournir des renseignements supplémentaires sur les résultats d'une correction chirurgicale ou d'autres traitements, s'il y a lieu, et sur la nécessité d'une assistance personnelle ou d'une aide technique.

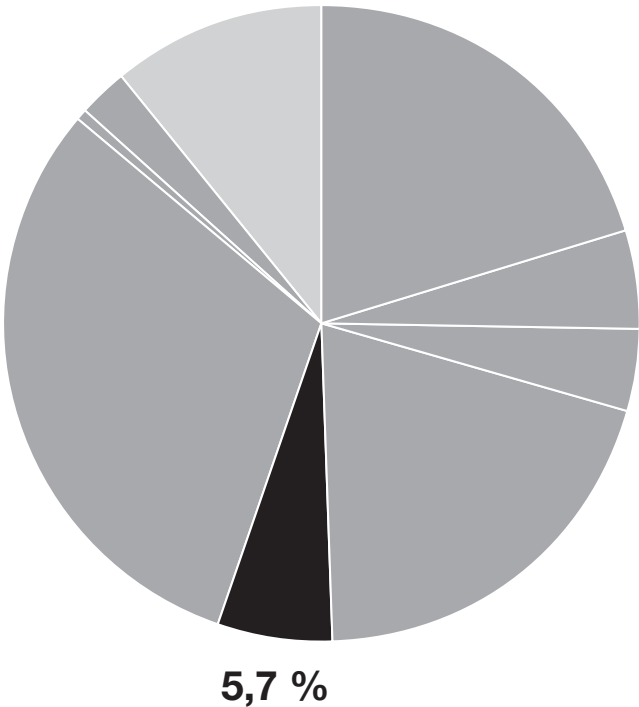
4.2.16 Dystrophie musculaire

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

1. Présenter le tableau clinique et préciser l'importance de la désorganisation de la fonction motrice ou de tout autre déficit (problèmes cardiaques) avec ses séquelles permanentes.
2. Confirmer le diagnostic par les examens complémentaires appropriés (biopsie musculaire, EMG, etc.).
3. Fournir des renseignements supplémentaires sur la nécessité d'une assistance personnelle ou d'une aide technique.

Chapitre 5

Néoplasies malignes



5.1	Constitution de la preuve médicale	88
5.1.1	Facteurs à considérer	88
5.1.2	Début de l'incapacité de travail	88
5.1.3	Dossier clinique	89
5.2	Situations cliniques particulières	91
5.2.1	Interventions chirurgicales	91
5.2.2	Chimiothérapie	91
5.2.3	Radiothérapie	92
5.2.4	Termes employés pour décrire les néoplasies malignes	92
5.3	Évaluation des néoplasies malignes	94
5.3.1	Cancer du cerveau et de la moelle épinière	94
5.3.2	Cancer de la tête et du cou (y compris l'œsophage, les glandes salivaires, le massif facial, la fosse temporale).	95
5.3.3	Cancer du sein	95
5.3.4	Cancer du poumon et du thorax, de la plèvre et du médiastin	96
5.3.5	Cancer de l'abdomen, du péritoine, de l'estomac, de l'intestin grêle, du côlon, du foie, de la vésicule biliaire et du pancréas	96
5.3.6	Cancer de l'appareil génito-urinaire et du bassin	97
5.3.7	Cancer des extrémités	97
5.3.8	Cancer de la peau	98
5.3.9	Cancer des ganglions métastatiques d'origine indéterminée	98
5.3.10	Autres cancers : leucémie, lymphome hodgkinien et non hodgkinien, etc.	99

5.1 Constitution de la preuve médicale

Pour faire une description complète de la situation qui mène à l'incapacité de travail, le médecin doit bien connaître l'état symptomatologique, pharmacologique, physique et psychique de son patient.

5.1.1 Facteurs à considérer

- Le site de la lésion.
- L'étendue de la maladie : locale, régionale et à distance (stade précis selon les classifications officielles, par exemple : International Federation of Gynecology and Obstetrics [FIGO] et TNM).
- L'histopathologie de la lésion initiale (taille, grade et autres critères histopathologiques).
- Le but curatif ou palliatif et la réponse aux traitements : chirurgie, radiothérapie, hormonothérapie, chimiothérapie, etc.
- L'importance des séquelles de la maladie et des traitements.
- L'importance des symptômes non spécifiques tels que la fatigue, l'anxiété, la douleur, la perte de poids, etc.
- L'état du patient au moment de la consultation.
- Le pronostic présumé pour un stade donné et la réponse aux traitements dans chaque cas.

5.1.2 Début de l'incapacité de travail

L'incapacité débute normalement le jour où le patient quitte son travail à cause de sa maladie.

Pour en fixer la date avant le moment où la maladie néoplasique est diagnostiquée, jugée inopérable ou non contrôlée par d'autres méthodes thérapeutiques (et en l'absence de preuve antérieure), le médecin doit se baser sur :

- des rapports médicaux décrivant les manifestations cliniques qui ont précédé le diagnostic primaire ou la récurrence;
- l'histopathologie témoignant de l'agressivité de la tumeur;
- la localisation de la tumeur et la description des fonctions compromises;
- l'étendue de l'atteinte au moment du diagnostic primaire ou de la récurrence.

5.1.3 Dossier clinique

La preuve médicale sera constituée des éléments d'information et des documents suivants :

1. L'anamnèse recueillie lors de la consultation initiale et le rapport de l'examen clinique du patient, y compris son état (classification TNM) au moment du diagnostic.
2. L'anamnèse et l'examen clinique **le plus récent** : évolution de la maladie, réponse aux traitements, rapports de consultation et pronostic.
3. Un compte rendu des examens de laboratoire tels que :
 - la formule sanguine, permettant de vérifier s'il y a une anémie qui persiste (la chronicité et la gravité de l'anémie doivent être démontrées);
 - le bilan hépatique enzymatique, confirmant l'atteinte de la fonction hépatique (ALT, AST, gamma-GT);
 - la phosphatase alcaline élevée, pouvant signaler des métastases osseuses ou une atteinte hépatique;
 - des marqueurs tumoraux spécifiques :
 - le PSA qui ne revient pas à un niveau normal après le traitement hormonal, chirurgical ou radiothérapeutique est un indice d'évolution néoplasique,
 - le CEA qui demeure élevé ou s'élève après le traitement du cancer du rectum ou du côlon est un indice d'évolution néoplasique,
 - l'alphafœtoprotéine et le bêta-HCG qui demeurent élevés ou s'élèvent après le traitement de certains cancers des cellules germinales sont un indice d'évolution néoplasique,
 - le CA-125 qui demeure élevé ou s'élève après le traitement du cancer ovarien est un indice d'évolution néoplasique.

Il existe plusieurs autres marqueurs importants dont les résultats sont une indication de l'état néoplasique : un compte rendu de leurs résultats doit être joint, s'ils sont disponibles;

- des examens plus généraux, tels les tests de fonction rénale, le bilan ionique, la glycémie, la vitesse de sédimentation, etc. peuvent indirectement indiquer l'atteinte par la néoplasie.

4. Un compte rendu des examens radiologiques suivants :

Poumons

La radiographie des poumons et la tomodensitométrie (TDM) du thorax sont nécessaires au diagnostic et au suivi des métastases pulmonaires. Elles sont aussi indispensables à la classification clinique (TNM) des néoplasies pulmonaires primaires avec le TEP *scan*.

Abdomen

La TDM de l'abdomen, la résonance magnétique de l'abdomen, l'échographie de l'abdomen et le compte rendu opératoire sont des éléments indispensables de l'évaluation des métastases hépatiques ou des masses abdominales et de leur réponse aux traitements. Les comptes rendus de TEP *scan*, du lavement baryté, de l'urographie intraveineuse, des artériographies et autres examens seront joints au besoin.

Squelette

Les examens scintigraphiques et les radiographies des os complètent le bilan métastatique.

Système nerveux

Les renseignements apportés par la TDM et la RMN du cerveau et de la moelle épinière sont les plus fiables pour l'évaluation des néoplasies cérébrales ou médullaires, qu'elles soient primaires ou secondaires.

5. Les comptes rendus opératoires : constatations, biopsie per-opératoire, résection, maladie résiduelle.
6. L'histopathologie : la confirmation par un compte rendu d'examen histopathologique demeure le critère objectif le plus important de cette évaluation.
7. L'évaluation globale des capacités restantes : le médecin peut utiliser une échelle d'évaluation reconnue pour décrire les capacités restantes de son patient.
8. L'évaluation spécifique, si nécessaire :
 - de l'appareil locomoteur (voir chapitre 1 — *Maladies de l'appareil locomoteur*);
 - des capacités cognitives (voir sous-section 6.3.1 — *Troubles neuro-développementaux*);
 - de la fonction respiratoire (voir chapitre 3 — *Maladies de l'appareil respiratoire*);
 - du système nerveux central et périphérique (voir chapitre 4 — *Maladies du système nerveux*);

- d'une atteinte psychique (voir chapitre 6 — *Troubles mentaux*).

5.2 Situations cliniques particulières

Les traitements administrés sont souvent très lourds. Les séquelles post-thérapeutiques graves doivent être évaluées selon les fonctions touchées. Les effets secondaires des traitements peuvent justifier une incapacité de travail.

5.2.1 Interventions chirurgicales

Les interventions chirurgicales sont souvent plus extensives dans les cas de cancer que dans les cas de maladies bénignes ou inflammatoires. On ne peut pas comparer la chirurgie d'une amygdalectomie avec celle du cancer de l'amygdale ou de la langue. Dans ce dernier cas, il y a souvent des problèmes d'élocution ou de déglutition et des atteintes esthétiques majeures. La description des séquelles physiques de ce type de chirurgie peut, avec avantage, être appuyée par une photographie.

L'exérèse d'une tumeur des os ou de tissus mous est très incapacitante sur le plan moteur, et la réadaptation est très longue. Il y a lieu de fournir des rapports médicaux plus détaillés pour ce type de chirurgie et ses séquelles (problèmes de cicatrisation, de fibrose des tissus mous, de fractures, etc.).

Pour les tumeurs cérébrales, il faut connaître à la fois l'étendue de l'intervention chirurgicale, le territoire nerveux concerné, les séquelles postopératoires, comme l'atteinte des fonctions cérébrales supérieures, les déficits moteurs, la dysphasie, l'épilepsie, etc.

Dans le cas des interventions gastro-intestinales et pelviennes, il faut préciser le type de la tumeur primaire et l'étendue de la résection, la présence de la maladie résiduelle, s'il y a lieu, ainsi que les symptômes persistants (douleurs, mouvements intestinaux, capacité de s'alimenter, incontinence, etc.).

5.2.2 Chimiothérapie

Quant au traitement de chimiothérapie, il est important d'en préciser :

- la durée totale prévue;
- la séquence;
- les effets secondaires systémiques très incapacitants (même s'ils sont à court terme) tels nausées, vomissements, mucosite et fatigue;
- les effets secondaires prévus sur la moelle osseuse ou sur les organes comme le foie, le cœur ou les reins.

5.2.3 Radiothérapie

En ce qui concerne la **radiothérapie**, les effets secondaires immédiats se produisent pendant les traitements, qui durent rarement plus de sept semaines. Environ deux mois plus tard, la majorité des patients ont repris leurs activités régulières, sauf dans les cas de tumeurs cérébrales, où la fatigue peut durer jusqu'à six mois après le traitement.

Dans les deux à dix-huit mois suivant la radiothérapie, des complications peuvent survenir, comme la pneumonite ou des problèmes gastro-intestinaux (diarrhée et saignements). Ces séquelles sont généralement réversibles et, même lorsqu'elles ne le sont pas complètement, peuvent n'avoir aucune conséquence grave sur les activités du patient.

Des séquelles peuvent apparaître tardivement (neuf mois après le traitement et parfois même jusqu'à deux ans), comme la nécrose mandibulaire, la fibrose pulmonaire accompagnée d'insuffisance respiratoire, l'obstruction intestinale, la fibrose et l'œdème d'une extrémité, la nécrose du cerveau ou la myélopathie. Certaines, comme l'obstruction intestinale et la nécrose du cerveau, peuvent être traitées chirurgicalement, souvent avec résolution complète.

Dans le cas de certaines séquelles graves et prolongées, par exemple diarrhée chronique, malabsorption, fistule rectovaginale, fibrose pulmonaire avec insuffisance respiratoire, insuffisance cardiaque, myélopathie, etc., on ne peut traiter que les symptômes. Ces manifestations peuvent s'aggraver avec le temps et l'issue s'avère fatale dans certains cas.

5.2.4 Termes employés pour décrire les néoplasies malignes

- **Maladie locale** : s'applique à une néoplasie maligne à son site initial (sa taille, son extension, l'atteinte des organes avoisinants, l'atteinte fonctionnelle de l'organe touché).
- **Maladie régionale** : s'emploie pour désigner l'atteinte des sites ganglionnaires dans le territoire de drainage lymphatique.
- **Maladie résiduelle** : utilisé lorsqu'il a été impossible de faire une résection complète de la néoplasie lors de la chirurgie initiale. Il faut alors décrire l'étendue de la maladie résiduelle, soit microscopique, à l'examen en bordure de résection, soit macroscopique avec une lésion qui peut être mesurée lors de l'examen physique ou au moyen d'imagerie. Il faut indiquer, le cas échéant, quels traitements autres que chirurgicaux sont envisagés ou ont été administrés et quelle en est la réponse.

- **Récidive locale** : s'emploie lorsqu'une nouvelle maladie locale apparaît après l'exérèse complète de la néoplasie ou sa disparition à la suite d'un traitement (radiothérapie ou chimiothérapie). S'il y a eu récidive, préciser :
 - la taille de la néoplasie;
 - la rapidité de l'apparition de la récidive;
 - le résultat de la biopsie, s'il y a lieu;
 - le grade histopathologique (indication de changement depuis la maladie initiale);
 - la chirurgie et le résultat, s'il y a lieu;
 - l'envahissement des organes avoisinants;
 - si la récidive a été opérable et si l'exérèse a été complète ou partielle;
 - si la récidive a été inopérable, pourquoi il n'y a pas eu opération;
 - les traitements envisagés ou terminés et les résultats obtenus.
- **Maladie métastatique à distance** : fait référence à l'essaimage de la lésion d'origine vers des organes comme le foie, les poumons, les os, le cerveau, etc. En général, le pronostic s'en trouve assombri.

Il y a par contre des **cancers avec métastases à distance** où le pronostic est moins sombre :

- Le cancer folliculaire de la thyroïde avec des métastases osseuses répondant à l'iode 131 est un exemple.
- Certains sarcomes osseux, tel l'ostéosarcome avec métastases pulmonaires, peuvent parfois avoir un meilleur pronostic après exérèse des métastases.
- Dans certains cancers germinaux non séminomateux du testicule avec métastases pulmonaires, on peut assez souvent avoir des survies prolongées grâce à la chimiothérapie.
- Grâce aux greffes de moelle autologue, il y a aussi de plus en plus de guérison dans les cas de lymphomes avancés, de grade élevé ou en rechute.
- **Pronostic favorable** : en général, lorsque la tumeur originale et les métastases ont apparemment disparu et demeurent sans manifestations évidentes après cinq ans ou plus, le pronostic est considéré comme favorable selon le type de la tumeur.

5.3 Évaluation des néoplasies malignes

Les maladies néoplasiques portent en elles un caractère de gravité. **Dans tous les cas**, il est essentiel que le médecin précise les éléments énumérés au tableau 6 ci-dessous et qu'il fournisse des documents à l'appui.

Tableau 6
Éléments à préciser pour toutes les catégories de néoplasies

Le stade TNM au moment du diagnostic
Si le cancer est opérable ou partiellement enlevé
Si le cancer n'est pas contrôlé par les traitements
Si le cancer récidive après la fin du traitement (rapidité de la récidive, localisation, étendue, symptômes)
S'il y a des métastases à distance (site, nombre et atteinte des organes vitaux)
S'il y a évolution rapide en dépit du traitement

Dans sa description du tableau clinique, le médecin mettra en évidence les incapacités fonctionnelles graves propres à chacune des catégories de néoplasie.

5.3.1 Cancer du cerveau et de la moelle épinière

Dans son rapport, le médecin traitant doit, en plus de préciser les éléments du tableau précédent :

1. Présenter le tableau clinique, préciser le début et l'évolution de la maladie, ainsi que le traitement et la réponse au traitement, décrire les séquelles fonctionnelles actuelles et établir un pronostic.
2. Confirmer ses observations par les documents appropriés (voir section 5.1 — *Constitution de la preuve médicale*).
3. Fournir, s'il y a lieu, des renseignements supplémentaires sur :
 - les fonctions neurologiques atteintes (chapitre 4 — *Maladies du système nerveux*);
 - les troubles cognitifs, affectifs ou comportementaux (chapitre 6 — *Troubles mentaux*);
 - les séquelles de la chirurgie;
 - les séquelles de la radiothérapie.

5.3.2 Cancer de la tête et du cou

(y compris l'œsophage, les glandes salivaires, le massif facial, la fosse temporale)

Dans son rapport, le médecin traitant doit, en plus de préciser les éléments du tableau précédent :

1. Présenter le tableau clinique, préciser le début et l'évolution de la maladie, ainsi que le traitement et la réponse au traitement, décrire les séquelles fonctionnelles actuelles et établir un pronostic.
2. Confirmer ses observations par les documents appropriés (voir section 5.1 — *Constitution de la preuve médicale*).
3. Fournir, s'il y a lieu, des renseignements supplémentaires sur :
 - les problèmes de déglutition, d'élocution, de salivation, de nutrition, etc.;
 - les problèmes avec la trachéostomie;
 - l'envahissement du crâne ou de structures nerveuses de la base du crâne, de la fosse temporale, des méninges, de l'orbite ou des sinus;
 - les problèmes causés par les métastases osseuses ou pulmonaires d'un cancer folliculaire de la thyroïde (dont le pronostic peut être bon);
 - les problèmes esthétiques.

5.3.3 Cancer du sein

Dans son rapport, le médecin traitant doit, en plus de préciser les éléments du tableau précédent :

1. Présenter le tableau clinique, préciser le début et l'évolution de la maladie, ainsi que le traitement et la réponse au traitement, décrire les séquelles fonctionnelles actuelles et établir un pronostic.
2. Confirmer ses observations par les documents appropriés (voir section 5.1 — *Constitution de la preuve médicale*).
3. Fournir, s'il y a lieu, des renseignements supplémentaires sur :
 - la nature du cancer ou de sa récurrence;
 - le lymphœdème du membre supérieur, la douleur, l'importance et la durée de la perte d'usage du membre supérieur;
 - la compression d'un nerf résultant habituellement d'une tumeur non contrôlée;
 - la douleur résultant de métastases osseuses.

5.3.4 Cancer du poumon et du thorax, de la plèvre et du médiastin

Dans son rapport, le médecin traitant doit, en plus de préciser les éléments du tableau précédent :

1. Présenter le tableau clinique, préciser le début et l'évolution de la maladie, ainsi que le traitement et la réponse au traitement, décrire les séquelles fonctionnelles actuelles et établir un pronostic.
2. Confirmer ses observations par les documents appropriés (voir section 5.1 — *Constitution de la preuve médicale*).
3. Fournir, s'il y a lieu, des renseignements supplémentaires sur :
 - l'atteinte de la fonction respiratoire occasionnée par la tumeur elle-même, la chirurgie ou le traitement administré, par exemple fibrose consécutive à la radiothérapie (voir chapitre 3 — *Maladies de l'appareil respiratoire*);
 - les symptômes systémiques, y compris la fatigue et la perte de poids, chez les patients pour qui le pronostic est mauvais;
 - le type histologique, la présence d'une tumeur résiduelle (dans la plèvre, la paroi thoracique, etc.), la découverte de métastases après la chirurgie.

5.3.5 Cancer de l'abdomen, du péritoine, de l'estomac, de l'intestin grêle, du côlon, du foie, de la vésicule biliaire et du pancréas

Dans son rapport, le médecin traitant doit, en plus de préciser les éléments du tableau précédent :

1. Présenter le tableau clinique, préciser le début et l'évolution de la maladie, ainsi que le traitement et la réponse au traitement, décrire les séquelles fonctionnelles actuelles et établir un pronostic.
2. Confirmer ses observations par les documents appropriés (voir section 5.1 — *Constitution de la preuve médicale*).
3. Fournir, s'il y a lieu, des renseignements supplémentaires sur :
 - l'état nutritionnel et métabolique;
 - les symptômes systémiques, y compris la fatigue et la perte de poids, chez les patients dont le pronostic est mauvais;
 - les problèmes aigus ou subaigus (obstruction intestinale) causés par la tumeur, consécutifs à la chirurgie ou à la radiothérapie (diarrhée);
 - l'ascite avec cellules malignes décelées et la carcinomatose péritonéale;
 - le sarcome rétropéritonéal inopérable ou non contrôlé par le traitement prescrit.

5.3.6 Cancer de l'appareil génito-urinaire et du bassin

Dans son rapport, le médecin traitant doit, en plus de préciser les éléments du tableau précédent :

1. Présenter le tableau clinique, préciser le début et l'évolution de la maladie, ainsi que le traitement et la réponse au traitement, décrire les séquelles fonctionnelles actuelles et établir un pronostic.
2. Confirmer ses observations par les documents appropriés (voir section 5.1 — *Constitution de la preuve médicale*).
3. Fournir, s'il y a lieu, des renseignements supplémentaires sur :
 - les problèmes d'incontinence urinaire ou fécale;
 - la diarrhée persistante après la radiothérapie;
 - la douleur résultant de métastases osseuses, spécialement dans les cancers de la prostate;
 - la douleur attribuable à la compression d'un nerf par une tumeur non contrôlée;
 - les troubles fonctionnels ou métaboliques reliés à la nature ou à la localisation de la tumeur ou de ses métastases, ou encore consécutifs aux traitements administrés;
 - les séquelles d'une exentération pelvienne radicale ou non.

5.3.7 Cancer des extrémités

Dans son rapport, le médecin traitant doit, en plus de préciser les éléments du tableau précédent :

1. Présenter le tableau clinique, préciser le début et l'évolution de la maladie, ainsi que le traitement et la réponse au traitement, décrire les séquelles fonctionnelles actuelles et établir un pronostic (voir chapitre 1 — *Maladies de l'appareil locomoteur*).
2. Confirmer ses observations par les documents appropriés (voir section 5.1 — *Constitution de la preuve médicale*).
3. Fournir, s'il y a lieu, des renseignements supplémentaires sur :
 - l'atteinte fonctionnelle consécutive à l'amputation ou à la perte de tissus (voir sous-section 1.3.3 — *Amputation ou autre déficit majeur, congénital ou acquis* et sous-section 1.3.4 — *Amputation d'un membre inférieur (transmétatarsienne ou plus haut) avec maladie associée*;
 - le contrôle de la douleur;
 - la fibrose des tissus mous et l'ankylose des articulations par suite de la chirurgie ou de la radiothérapie;

- l'œdème des extrémités;
- l'atteinte de l'état général, y compris l'insuffisance rénale, dans le cas de myélome multiple qui ne répond pas ou répond partiellement aux traitements, avec persistance de douleurs.

5.3.8 Cancer de la peau

Dans son rapport, le médecin traitant doit, en plus de préciser les éléments du tableau précédent :

1. Présenter le tableau clinique, préciser le début et l'évolution de la maladie, ainsi que le traitement et la réponse au traitement, décrire les séquelles fonctionnelles actuelles et établir un pronostic.
2. Confirmer ses observations par les documents appropriés (voir section 5.1 — *Constitution de la preuve médicale*).
3. Fournir, s'il y a lieu, des renseignements supplémentaires sur :
 - les problèmes esthétiques liés directement à la tumeur elle-même (sarcome de Kaposi, mycosis fongioïde, etc.);
 - les problèmes esthétiques consécutifs à une chirurgie majeure (une photo étant utile dans certains cas).

5.3.9 Cancer des ganglions métastatiques d'origine indéterminée

Dans son rapport, le médecin traitant doit, en plus de préciser les éléments du tableau précédent :

1. Présenter le tableau clinique, préciser le début et l'évolution de la maladie, ainsi que le traitement et la réponse au traitement, décrire les séquelles fonctionnelles actuelles et établir un pronostic.
2. Confirmer ses observations par les documents appropriés (voir section 5.1 — *Constitution de la preuve médicale*).
3. Fournir, s'il y a lieu, des renseignements supplémentaires sur :
 - la présence d'un envahissement cutané (ulcération, saignement);
 - l'œdème d'un membre;
 - la progression de la lésion ou l'absence de réponse aux traitements;
 - les séquelles particulières ou les complications qui en résultent.

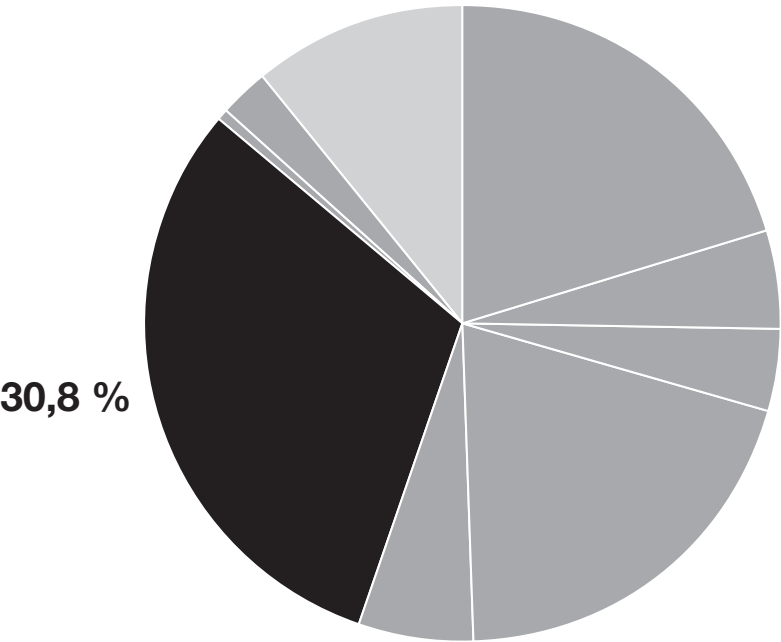
5.3.10 Autres cancers : leucémie, lymphome hodgkinien et non hodgkinien, etc.

Dans son rapport, le médecin traitant doit, en plus de préciser les éléments du tableau précédent :

1. Présenter le tableau clinique, préciser le début et l'évolution de la maladie, ainsi que le traitement et la réponse au traitement, décrire les séquelles fonctionnelles actuelles et établir un pronostic.
2. Confirmer ses observations par les documents appropriés (voir section 5.1 — *Constitution de la preuve médicale*).
3. Fournir, s'il y a lieu, des renseignements supplémentaires sur :
 - l'importance des symptômes systémiques non spécifiques : fatigue, sudation, perte de poids, etc.;
 - l'incapacité fonctionnelle consécutive à la chimiothérapie à doses élevées, y compris après une greffe de moelle osseuse;
 - la récurrence de l'affection, le degré de contrôle par la chimiothérapie ou la radiothérapie et l'impossibilité de faire une greffe de moelle.

Chapitre 6

Troubles mentaux



6.1	Constitution de la preuve médicale	104
6.1.1	Dossier clinique	104
6.1.2	Signes et symptômes	104
6.1.3	Sources de renseignements	104
6.1.4	Évaluation du degré d'incapacité	105
6.2	Situations cliniques particulières	107
6.2.1	Évaluation des troubles mentaux chroniques	107
6.2.2	Effet de l'encadrement structuré	107
6.2.3	Effet de la médication et du traitement médical	107
6.3	Évaluation des troubles mentaux	108
6.3.1	Troubles neurodéveloppementaux (déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme)	108
6.3.2	Troubles du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques (trouble délirant, maladie schizo-affective)	109
6.3.3	Troubles bipolaires	110
6.3.4	Troubles dépressifs	112
6.3.5	Troubles anxieux (phobie sociale, trouble panique, agoraphobie, trouble anxieux généralisé)	113
6.3.6	Troubles obsessionnels-compulsifs et autres troubles reliés (peur d'une dysmorphie corporelle, trouble d'accumulation compulsive [<i>hoarding</i>])	114
6.3.7	Troubles liés aux facteurs de stress et aux traumatismes (trouble de stress post-traumatique, trouble de l'adaptation)	115
6.3.8	Symptômes somatiques et troubles reliés	116
6.3.9	Troubles liés aux substances et aux dépendances	117
6.3.10	Troubles neurocognitifs (démence, trouble amnésique, etc.)	118
6.3.11	Troubles de la personnalité	119

Pour chacune des catégories, les éléments d'évaluation sont généralement organisés en trois volets :

1. Ceux qui se rapportent à la question de l'existence et du diagnostic d'une condition psychique grave et permanente, à savoir essentiellement les critères du DSM-5.
2. Ceux qui se rapportent aux limitations fonctionnelles permanentes.
3. Ceux qui se rapportent à l'historique des décompensations, y compris la réponse aux traitements et le pronostic.

Les principaux facteurs qui permettent de mesurer la capacité de travail du patient sont la gravité de l'affection, la présence de limitations fonctionnelles importantes et permanentes et une évolution défavorable dans le temps.

La révision de ce chapitre a été faite en tenant compte des changements récents au DSM-5. La version française de cet ouvrage de référence n'étant pas encore disponible, des modifications sont à prévoir après sa parution.

6.1 Constitution de la preuve médicale

L'existence d'une affection médicalement reconnue, grave et d'une durée prolongée doit être confirmée par des symptômes et des signes qui correspondent aux critères diagnostiques du DSM-5 et, s'il y a lieu, par les résultats d'examen complémentaires ou de tests psychologiques.

6.1.1 Dossier clinique

Pour faciliter l'évaluation des séquelles des troubles mentaux, le médecin doit :

1. Fournir la preuve d'une ou de plusieurs atteintes reconnaissables du point de vue médical.
2. Décrire le degré de la limitation de la capacité de travail du patient.
3. Indiquer si ces limitations risquent de durer longtemps, voire définitivement.
4. Faire l'historique des décompensations et indiquer la réponse aux traitements.

6.1.2 Signes et symptômes

Les **signes cliniques** sont des anomalies spécifiques du comportement, de l'affect, de la pensée, de la perception, de la mémoire, de l'orientation ou du contact avec la réalité, que le médecin peut observer. La présence de ces signes est habituellement constatée dans l'examen mental.

Les **symptômes** correspondent aux plaintes formulées par le patient. Les symptômes et les signes doivent être considérés ensemble lorsque l'on évalue la sévérité du trouble mental diagnostiqué dont ils sont la manifestation. Le médecin doit s'assurer que les symptômes et les signes observés sont concordants. Dans son rapport, il ne doit pas se limiter à rapporter les symptômes dont se plaint le patient, mais il doit décrire ce qu'il a constaté lors de l'examen mental.

La preuve d'un trouble mental se fonde essentiellement sur les critères du DSM-5.

Une description sommaire des entités cliniques retenues dans le présent guide est donnée plus loin à titre indicatif (voir section 6.3 — *Évaluation des troubles mentaux*). Le médecin ne doit pas se limiter aux définitions du DSM-5, mais rapporter en détail ses observations de façon à bien rendre compte de l'état de son patient.

6.1.3 Sources de renseignements

Pour déterminer la gravité de l'atteinte et établir le pronostic, il est très important d'obtenir des renseignements de sources fiables sur une période

suffisamment longue avant le moment de l'évaluation. Le médecin traitant peut, le cas échéant, présenter des notes sur l'évolution en cours de traitement ou de réadaptation, des résumés d'hospitalisation ou les résultats de l'évaluation de la capacité de travail.

Cette information peut aussi être fournie par des établissements tels que des hôpitaux, des centres communautaires de santé mentale, des CLSC, des centres de jour, des ateliers protégés, etc. Elle peut enfin provenir d'autres sources, y compris de membres de la famille.

Les renseignements sur le comportement au cours d'un essai de retour au travail, et les circonstances entourant l'interruption de l'essai sont particulièrement utiles pour évaluer la capacité du patient à fonctionner en milieu de travail.

6.1.4 Évaluation du degré d'incapacité

Pour chaque catégorie de troubles mentaux, la gravité est évaluée en fonction des limitations fonctionnelles découlant de l'affection en cause.

Une limitation est sévère ou grave si le patient ne peut pas fonctionner de façon autonome, appropriée et efficace la plupart du temps et dans la majorité de ses activités. La seule intolérance au stress ne peut pas être considérée comme une limitation sévère.

Les critères pour l'évaluation des limitations fonctionnelles sont résumés au tableau 7 — *Évaluation du degré d'incapacité résultant des troubles mentaux*.

Quatre aspects doivent être considérés :

1. Activités de la vie quotidienne et domestique

La capacité d'accomplir ces activités est évaluée en fonction de l'adéquation des gestes aux circonstances, de l'autonomie et de l'efficacité du patient dans son contexte de vie global. Le médecin précisera si le patient est capable d'entreprendre des activités ou d'y participer de façon autonome, sans supervision ni directives.

La notion de gravité ne vise pas le nombre d'activités qui sont restreintes, mais le niveau global du déficit ou de l'association des déficits que l'on doit évaluer.

En ce qui concerne les activités de la vie quotidienne, une atteinte grave signifie que le patient est la plupart du temps incapable de continuer à accomplir la majeure partie de ce type d'activités. Il va sans dire que, si le patient ne faisait pas une certaine tâche avant d'être atteint, il peut difficilement prétendre que son incapacité actuelle de l'accomplir est causée par sa maladie (voir tableau 7 — *Évaluation du degré d'incapacité résultant des troubles mentaux*).

2. Fonctionnement social

Une altération du fonctionnement social peut être confirmée par une histoire d'altercations, d'évictions, de congédiements, de crainte des étrangers, de tendance à éviter les relations interpersonnelles, d'isolement social, etc.

Le médecin peut conclure à un fonctionnement social adéquat lorsqu'il constate que son patient est capable d'établir des relations sociales, de communiquer clairement, d'interagir et de participer à des activités de groupe, etc. Comme le travail est généralement l'occasion de contacts avec le public et d'interaction avec l'autorité, les compagnons de travail ou les subalternes, l'esprit de coopération, l'attention aux autres, la sensibilité à l'opinion d'autrui et la maturité sociale doivent aussi être prises en considération.

La notion de gravité ne vise pas le nombre d'aspects qui sont altérés dans le fonctionnement social, mais l'intensité globale de l'interférence dans un domaine particulier ou dans un ensemble de domaines que l'on doit évaluer.

Sur le plan du fonctionnement social, une atteinte grave signifie que le patient est généralement incapable d'entretenir des relations interpersonnelles. La fréquence des ruptures est attribuable à des facteurs comme le retrait, des conflits, de l'agressivité ou des attitudes inappropriées (voir tableau 7 — *Évaluation du degré d'incapacité résultant des troubles mentaux*).

3. Concentration, persévérance et performance

Cet aspect couvre la capacité d'attention soutenue pendant une période suffisamment longue pour permettre la réalisation en temps voulu des tâches qui sont normalement imposées en milieu de travail. Les problèmes de concentration, de persévérance et de performance s'observent plus facilement en milieu de travail ou dans un contexte analogue.

L'examen psychiatrique permet souvent de déceler une déficience majeure, et les résultats de tests neuropsychologiques sont parfois nécessaires pour confirmer un diagnostic. Cependant, ni l'examen ni les résultats d'un test ne peuvent à eux seuls permettre d'établir si le degré de concentration et la capacité d'attention sont suffisamment soutenus pour que le patient puisse exécuter adéquatement les tâches exigées en milieu de travail.

On considère que la capacité de travail est gravement atteinte lorsque le patient est la plupart du temps incapable de s'acquitter de sa tâche sans assistance ou sans instructions et qu'il lui arrive fréquemment de ne pas pouvoir terminer des tâches simples (voir tableau 7 — *Évaluation du degré d'incapacité résultant des troubles mentaux*).

4. Détérioration ou décompensation au travail ou en milieu analogue

Cette détérioration est la conséquence de l'échec répété des efforts que le patient fait pour s'adapter à des situations de stress. Cette situation, qui conduit à la décompensation, c'est-à-dire au retrait ou à une exacerbation des

signes et symptômes, entraîne de plus une difficulté à maintenir les activités quotidiennes, les relations sociales ou encore à soutenir la concentration, la persévérance dans l'activité, la performance et la capacité d'adaptation. Les facteurs de stress courants en milieu de travail comprennent la prise de décisions, l'assiduité au travail, le respect des horaires, la persévérance dans l'exécution des tâches, les interactions avec les supérieurs et avec les pairs, etc.

En ce qui concerne les épisodes de décompensation, on peut considérer que l'atteinte est grave si, en dépit du traitement approprié, le patient a eu des rechutes répétées et que cette situation risque de durer indéfiniment, avec un pronostic d'amélioration clairement médiocre (voir tableau 7 — *Évaluation du degré d'incapacité résultant des troubles mentaux*).

6.2 Situations cliniques particulières

6.2.1 Évaluation des troubles mentaux chroniques

Les personnes qui ont de longues histoires d'hospitalisation ou de soins prolongés en consultation externe avec thérapie de soutien et médication posent des problèmes particuliers. Les personnes qui souffrent d'un trouble psychotique chronique ont habituellement structuré leur vie de façon à réduire le stress au minimum et à atténuer les manifestations pathologiques.

Il est, par conséquent, très important pour l'évaluation de disposer de renseignements complets et précis sur l'état habituel du patient, spécialement lors de périodes de stress accru. Le médecin doit, dans la mesure du possible, recueillir toute l'information nécessaire auprès des personnes qui ont participé au traitement et au suivi.

6.2.2 Effet de l'encadrement structuré

Dans les cas de troubles mentaux chroniques, les manifestations peuvent être contrôlées ou atténuées par le placement dans un milieu de vie encadré, tel un placement dans une ressource de type familial, dans une ressource à assistance continue ou dans un autre environnement structuré qui fournit un soutien analogue.

Parallèlement, la personne peut demeurer incapable de fonctionner dans un environnement moins structuré. L'évaluation doit tenir compte de ce fait dans le cadre du traitement psychiatrique, particulièrement dans le cas des troubles psychotiques (voir sous-section 6.3.2 — *Troubles du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques*).

6.2.3 Effet de la médication et du traitement médical

Le médecin doit porter une attention particulière aux effets de la médication sur les manifestations cliniques et la capacité de fonctionner de son patient. Dans tous les cas, il doit s'assurer de la persistance de l'incapacité fonctionnelle attribuable soit à la maladie, soit à la médication.

6.3 Évaluation des troubles mentaux

6.3.1 Troubles neurodéveloppementaux

(déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme)

Déficience intellectuelle

Trouble qui débute dans la période de développement et qui inclut des déficits à la fois du fonctionnement intellectuel et du fonctionnement adaptatif dans les domaines conceptuel, social et pratique.

Les trois critères suivants doivent être trouvés :

1. Les déficits dans les fonctions intellectuelles comme le raisonnement, la résolution de problèmes, la planification, la pensée abstraite, le jugement, les apprentissages scolaires et les apprentissages par l'expérience, confirmés à la fois par l'évaluation clinique et les tests d'intelligence individuels normalisés.
2. Les déficits dans le fonctionnement adaptatif entraînant l'échec de se conformer aux standards socioculturels et développementaux qui permettraient au patient d'assumer son indépendance et ses responsabilités sociales.
3. Les déficits surviennent durant la période développementale.

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

1. Présenter le tableau clinique et préciser les répercussions fonctionnelles de la déficience dans les domaines conceptuel, social et pratique, et spécifier si la déficience est légère, modérée, sévère ou profonde, en se référant au tableau du DSM-5 à ce sujet.
2. Faire la démonstration de la persistance sur une période prolongée d'une ou de plusieurs des conséquences suivantes :
 - limitation importante des activités de la vie quotidienne (AVQ) et domestique (AVD);
 - difficultés importantes à maintenir un fonctionnement social adéquat;
 - diminution importante de la capacité de concentration, de la persévérance ou de la performance, entraînant des échecs fréquents dans l'accomplissement de tâches dans le délai fixé (en milieu de travail ou autre);
 - épisodes répétés de détérioration ou de décompensation en milieu de travail ou en milieu analogue qui forcent le patient à se retirer de ce milieu ou qui entraînent une exacerbation des signes et symptômes, incluant une détérioration de sa capacité d'adaptation (voir tableau 7 — *Évaluation*

du degré d'incapacité résultant des troubles mentaux).

Troubles du spectre de l'autisme sévère

Troubles qui se manifestent tôt dans la période de développement et se caractérisent par des déficits persistants dans la communication sociale ou dans les interactions sociales (dans de multiples contextes), par des comportements répétitifs et des activités ou des intérêts restreints.

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

1. Présenter le tableau clinique selon les critères établis dans le DSM-5.
2. Faire la démonstration de la persistance sur une période prolongée d'une ou de plusieurs des conséquences suivantes :
 - limitation importante des activités de la vie quotidienne (AVQ) et domestique (AVD);
 - difficultés importantes à maintenir un fonctionnement social adéquat;
 - diminution importante de la capacité de concentration, de la persévérance ou de la performance, entraînant des échecs fréquents dans l'accomplissement de tâches dans le délai fixé (en milieu de travail ou autre);
 - épisodes répétés de détérioration ou de décompensation en milieu de travail ou en milieu analogue qui forcent le patient à se retirer de ce milieu ou qui entraînent une exacerbation des signes et symptômes, incluant une détérioration de sa capacité d'adaptation (voir tableau 7 — *Évaluation du degré d'incapacité résultant des troubles mentaux*).

6.3.2 Troubles du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques (trouble délirant, maladie schizo-affective)

Désordres caractérisés par l'installation de symptômes ou de signes psychotiques conduisant à une détérioration du fonctionnement. Dans tous les cas, le médecin doit se référer aux définitions du DSM 5.

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

1. Présenter le tableau clinique et préciser l'importance, la constance et la durée médicalement constatées des éléments suivants :
 - idées délirantes;
 - hallucinations;
 - discours désorganisé;
 - comportement désorganisé ou catatonie;
 - symptômes négatifs (émoussement affectif, alogie ou perte de volonté).

2. Faire la démonstration de la persistance sur une période prolongée et continue, sans possibilité d'amélioration dans un avenir prévisible par un traitement adéquat et optimal, d'une ou de plusieurs des conséquences suivantes :

- limitation importante des activités de la vie quotidienne (AVQ) et domestique (AVD);
- difficultés importantes à maintenir un fonctionnement social adéquat (activités de la vie socioprofessionnelle [AVSP]);
- diminution importante de la capacité de concentration, de la persévérance ou de la performance, entraînant des échecs fréquents dans l'accomplissement de tâches dans le délai fixé (en milieu de travail ou l'équivalent);
- épisodes répétés de détérioration ou de décompensation en milieu de travail ou en milieu analogue qui forcent le patient à se retirer de ce milieu ou qui entraînent une exacerbation des signes et symptômes, incluant une détérioration de sa capacité d'adaptation (voir tableau 7
— *Évaluation du degré d'incapacité résultant des troubles mentaux*).

3. Si l'affection est en rémission totale ou partielle, fournir une histoire médicale antérieure comprenant au moins un épisode aigu avec symptômes, signes et limitations fonctionnelles qui, à l'époque, correspondaient aux éléments 1 et 2 qui précèdent, bien que ces symptômes et signes soient actuellement atténués grâce à la médication ou aux mesures de soutien psychosocial, et confirmer avec documents à l'appui au moins un des éléments suivants :

- épisodes répétés de détérioration ou de décompensation dans des situations qui forcent le patient à se retirer ou qui entraînent une exacerbation des signes et symptômes, incluant une détérioration de sa capacité d'adaptation;
- incapacité à fonctionner en dehors d'un cadre hautement structuré, qui dure depuis au moins deux ans.

6.3.3 Troubles bipolaires

Désordre caractérisé par une perturbation importante de l'humeur, qui comprend au moins un épisode de manie (bipolaire type 1) ou un épisode d'hypomanie (bipolaire type 2). Cet épisode ou ces épisodes de manie ou d'hypomanie peuvent être précédés ou suivis d'un épisode de dépression majeure. Dans tous les cas, le médecin doit se référer aux définitions du DSM-5. Certaines spécifications sont aussi possibles : avec caractéristiques mixtes, mélancoliques, atypiques ou psychotiques.

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

1. Présenter le tableau clinique et préciser l'importance, la constance et la durée médicalement constatées et non pas simplement alléguées de l'un des syndromes suivants :
 - un épisode maniaque sévère et persistant, résistant au traitement, se manifestant par une humeur nettement élevée (euphorie ou irritabilité), une augmentation de l'énergie ou de l'activité orientée vers un but et au moins trois des autres critères de manie énumérés au DSM-5 (augmentation de l'estime de soi, grandiosité, diminution du besoin de sommeil, pression du discours, etc.);
 - un syndrome dépressif grave et persistant, résistant à un traitement optimal, caractérisé par au moins cinq des éléments suivants, dont obligatoirement l'un des deux premiers :
 - humeur dépressive la plupart du temps,
 - perte profonde d'intérêt ou de plaisir dans presque toutes les activités,
 - perte ou gain de poids de plus de 5 %,
 - baisse du niveau d'énergie ou fatigue continue,
 - insomnie ou hypersomnie,
 - sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive,
 - agitation ou ralentissement psychomoteur,
 - diminution de la capacité de penser et de se concentrer, ou indécision,
 - pensées de mort récurrentes;
 - une incapacité à contrôler minimalement la cyclicité de la maladie malgré le traitement, comme en témoignent les épisodes répétés de dépression, de manie ou d'hypomanie (voir critères du DSM-5) dans la même année, ou la persistance de symptômes maniaques ou dépressifs sévères réfractaires au traitement.
2. Faire la démonstration de la persistance sur une période prolongée et continue, sans possibilité d'amélioration dans un avenir prévisible par un traitement adéquat et optimal, d'une ou de plusieurs des conséquences suivantes :
 - limitation importante des activités de la vie quotidienne (AVQ) et domestique (AVD);
 - difficultés importantes à maintenir un fonctionnement social adéquat (activités de la vie socioprofessionnelle [AVSP]);

- diminution importante de la capacité de concentration, de la persévérance ou de la performance, entraînant des échecs fréquents dans l'accomplissement de tâches dans le délai fixé (en milieu de travail ou l'équivalent);
- épisodes répétés de détérioration ou de décompensation en milieu de travail ou en milieu analogue qui forcent le patient à se retirer de ce milieu ou qui entraînent une exacerbation des signes et symptômes, incluant une détérioration de sa capacité d'adaptation (voir tableau 7 – *Évaluation du degré d'incapacité résultant des troubles mentaux*).

6.3.4 Troubles dépressifs

Désordre caractérisé par une perturbation importante de l'humeur, soit principalement de la tristesse ou une perte d'intérêt. Le médecin doit se référer aux définitions du DSM-5. Certaines spécifications sont aussi possibles : avec caractéristiques anxieuses, mixtes, mélancoliques, atypiques ou psychotiques.

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

1. Présenter le tableau clinique et préciser l'importance, la constance et la durée médicalement constatées et non pas simplement alléguées des symptômes dépressifs majeurs d'intensité sévère. Doivent être présents, au moins cinq des symptômes suivants, dont obligatoirement l'un des deux premiers :
 - humeur dépressive la plupart du temps;
 - perte profonde d'intérêt ou de plaisir dans presque toutes les activités;
 - perte ou gain de poids de plus de 5 %;
 - baisse du niveau d'énergie ou fatigue continuelle;
 - insomnie ou hypersomnie;
 - sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive;
 - agitation ou ralentissement psychomoteur;
 - diminution de la capacité de penser et de se concentrer, ou indécision;
 - pensées de mort récurrentes.
2. Faire la démonstration de la persistance sur une période prolongée et continue, sans possibilité d'amélioration dans un avenir prévisible par un traitement adéquat et optimal, d'une ou de plusieurs des conséquences suivantes :
 - limitation importante des activités de la vie quotidienne (AVQ) et domestique (AVD);

- difficultés importantes à maintenir un fonctionnement social adéquat (activités de la vie socioprofessionnelle [AVSP]);
- diminution importante de la capacité de concentration, de la persévérance ou de la performance, entraînant des échecs fréquents dans l'accomplissement de tâches dans le délai fixé (en milieu de travail ou l'équivalent);
- épisodes répétés de détérioration ou de décompensation en milieu de travail ou en milieu analogue qui forcent le patient à se retirer de ce milieu ou qui entraînent une exacerbation des signes et symptômes, incluant une détérioration de sa capacité d'adaptation (voir tableau 7 — *Évaluation du degré d'incapacité résultant des troubles mentaux*).

6.3.5 Troubles anxieux (phobie sociale, trouble panique, agoraphobie, trouble anxieux généralisé)

Désordre caractérisé par un sentiment de détresse (forte anxiété) associé à des symptômes physiques qui sont la manifestation d'une surstimulation du système nerveux autonome. Dans tous les cas, le médecin doit se référer aux définitions du DSM-5.

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

1. Présenter le tableau clinique et préciser l'importance, la constance et la durée médicalement constatées d'**au moins une** des manifestations suivantes :
 - trouble anxieux généralisé d'intensité grave et caractérisé par de l'anxiété ainsi que des soucis excessifs (attente avec appréhension) sévères concernant un certain nombre d'événements ou d'activités de la vie courante (travail, finances, etc.),
et
associé à **au moins trois** des symptômes suivants :
 - ♦ agitation,
 - ♦ fatigabilité,
 - ♦ troubles de concentration,
 - ♦ irritabilité,
 - ♦ tension musculaire,
 - ♦ troubles du sommeil;
 - trouble phobique d'intensité grave (agoraphobie ou autres phobies spécifiques), c'est-à-dire crainte persistante et irrationnelle d'un objet, d'une activité ou d'une situation qui entraîne l'évitement de l'objet, de l'activité ou de la situation redoutés;

- trouble panique d'intensité grave se manifestant par l'installation de crises d'angoisse abruptes, imprévisibles et répétées, avec activation du système nerveux autonome et autres symptômes physiques. S'associent à ces attaques de panique, l'inquiétude envahissante d'avoir des crises de panique ou de leurs conséquences, ou des changements comportementaux mal adaptés liés aux crises de panique (évitement);
 - phobie sociale sévère et généralisée se manifestant par une peur persistante et intense de plusieurs situations sociales au cours desquelles la personne peut être exposée au regard de l'autre.
2. Faire la démonstration de la persistance sur une période prolongée et continue, sans possibilité d'amélioration dans un avenir prévisible par un traitement adéquat et optimal, d'une ou de plusieurs des conséquences suivantes :
- limitation importante des activités de la vie quotidienne (AVQ) et domestique (AVD);
 - difficultés importantes à maintenir un fonctionnement social adéquat (activités de la vie socioprofessionnelle [AVSP]);
 - diminution importante de la capacité de concentration, de la persévérance ou de la performance, entraînant des échecs fréquents dans l'accomplissement de tâches dans le délai fixé (en milieu de travail ou l'équivalent);
 - épisodes répétés de détérioration ou de décompensation en milieu de travail ou en milieu analogue qui forcent le patient à se retirer de ce milieu ou qui entraînent une exacerbation des signes et symptômes, incluant une détérioration de sa capacité d'adaptation (voir tableau 7 — *Évaluation du degré d'incapacité résultant des troubles mentaux*).

6.3.6 Troubles obsessionnels-compulsifs et autres troubles liés (peur d'une dysmorphie corporelle, trouble d'accumulation compulsive [*hoarding*])

Désordre caractérisé par la présence envahissante d'obsessions, de compulsions ou des deux.

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

1. Présenter le tableau clinique et préciser l'importance, la constance et la durée médicalement constatées d'au moins une des manifestations suivantes :
 - trouble obsessionnel-compulsif d'intensité grave : présence d'obsessions récurrentes et envahissantes, intrusives et non désirées qui causent une détresse importante et nuisent de façon importante au fonctionnement. L'individu essaie de neutraliser ses pensées en faisant certaines actions

ou en ayant certaines pensées (compulsions) pour tenter de diminuer sa détresse;

- trouble d'accumulation compulsive (*hoarding*) d'intensité grave : difficulté à se départir d'objets que l'on possède. L'idée de s'en départir est associée à beaucoup de détresse. Il en résulte une importante accumulation d'objets qui congestionnent et encombrant les espaces de vie;
 - peur d'une dysmorphie corporelle d'intensité grave : préoccupation concernant un défaut imaginaire de l'apparence physique; s'associe par périodes à des comportements de vérification.
2. Faire la démonstration de la persistance sur une période prolongée et continue, sans possibilité d'amélioration dans un avenir prévisible par un traitement adéquat et optimal, d'une ou de plusieurs des conséquences suivantes :
- limitation importante des activités de la vie quotidienne (AVQ) et domestique (AVD);
 - difficultés importantes à maintenir un fonctionnement social adéquat (activités de la vie socioprofessionnelle [AVSP]);
 - diminution importante de la capacité de concentration, de la persévérance ou de la performance, entraînant des échecs fréquents dans l'accomplissement de tâches dans le délai fixé (en milieu de travail ou l'équivalent);
 - épisodes répétés de détérioration ou de décompensation en milieu de travail ou en milieu analogue qui forcent le patient à se retirer de ce milieu ou qui entraînent une exacerbation des signes et symptômes, incluant une détérioration de sa capacité d'adaptation (voir tableau 7 — *Évaluation du degré d'incapacité résultant des troubles mentaux*).

6.3.7 Troubles liés aux facteurs de stress et aux traumatismes (trouble de stress post-traumatique, trouble de l'adaptation)

Trouble de stress post-traumatique : désordre qui survient à la suite d'un événement traumatique menaçant l'intégrité physique du sujet ou celle d'autrui.

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

1. Présenter le tableau clinique et préciser l'importance, la constance et la durée médicalement constatée des manifestations suivantes :
 - symptômes intrusifs liés au traumatisme : pensées, images, souvenirs, cauchemars, réactions dissociatives (*flash-back*);
 - évitement persistant de stimuli associés au traumatisme (gens, activités, lieux);
 - changements négatifs de l'humeur et des cognitions associés avec l'événement traumatique (amnésie, cognitions négatives [« je suis mauvais », « le monde est complètement dangereux »], honte ou culpabilité);

- altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associées à l'événement traumatique (irritabilité, hypervigilance, sursaut ou trouble du sommeil).
2. Faire la démonstration de la persistance sur une période prolongée et continue, sans possibilité d'amélioration dans un avenir prévisible par un traitement adéquat et optimal, d'une ou de plusieurs des conséquences suivantes :
- limitation importante des activités de la vie quotidienne (AVQ) et domestique (AVD);
 - difficultés importantes à maintenir un fonctionnement social adéquat (activités de la vie socioprofessionnelle [AVSP]);
 - diminution importante de la capacité de concentration, de la persévérance ou de la performance, entraînant des échecs fréquents dans l'accomplissement de tâches dans le délai fixé (en milieu de travail ou l'équivalent);
 - épisodes répétés de détérioration ou de décompensation en milieu de travail ou en milieu analogue qui forcent le patient à se retirer de ce milieu ou qui entraînent une exacerbation des signes et symptômes, incluant une détérioration de sa capacité d'adaptation (voir tableau 7 — *Évaluation du degré d'incapacité résultant des troubles mentaux*).

6.3.8 Symptômes somatiques et troubles reliés

Désordre dans lequel on trouve des symptômes physiques suggérant une affection médicale, mais qu'on ne peut pas entièrement expliquer par une anomalie organique ou physiologique connue, par les effets d'une substance ou par un autre trouble mental, par exemple le trouble panique.

On observe une très grande fréquence de troubles anxieux et de troubles dépressifs dans les syndromes douloureux chroniques. Il importe de les détecter et de les traiter adéquatement avant de songer à une incapacité de travail permanente. Dans tous les cas, le médecin doit se référer aux définitions du DSM-5.

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

1. Présenter le tableau clinique et préciser l'importance, la constance et la durée médicalement constatées, en dépit d'un traitement adéquat, d'au moins une des manifestations suivantes :
 - *somatic symptom disorder* : un ou plusieurs symptômes somatiques qui entraînent de la souffrance ou une perturbation significative de la vie quotidienne. Les pensées, émotions ou comportements liés aux symptômes somatiques sont excessifs. On doit spécifier si la douleur est le symptôme prédominant;

- trouble de conversion : un ou plusieurs symptômes ou déficits touchant la motricité volontaire ou les fonctions sensibles ou sensorielles, suggérant une affection neurologique ou une affection médicale générale. Après des examens médicaux appropriés, le symptôme ou le déficit ne peut pas s'expliquer complètement par une affection médicale générale;
 - hypocondrie (*illness anxiety disorder*) : préoccupation centrée sur la crainte ou l'idée d'être atteint d'une maladie grave; l'anxiété au sujet de la santé est élevée, et les comportements liés à cette crainte sont excessifs ou maladaptés.
2. Faire la démonstration de la persistance sur une période prolongée et continue, sans possibilité d'amélioration dans un avenir prévisible par un traitement adéquat et optimal, d'une ou de plusieurs des conséquences suivantes :
- limitation importante des activités de la vie quotidienne (AVQ) et domestique (AVD);
 - difficultés importantes à maintenir un fonctionnement social adéquat (activités de la vie socioprofessionnelle [AVSP]);
 - diminution importante de la capacité de concentration, de la persévérance ou de la performance, entraînant des échecs fréquents dans l'accomplissement de tâches dans le délai fixé (en milieu de travail ou l'équivalent);
 - épisodes répétés de détérioration ou de décompensation en milieu de travail ou en milieu analogue qui forcent le patient à se retirer de ce milieu ou qui entraînent une exacerbation des signes et symptômes, incluant une détérioration de sa capacité d'adaptation (voir tableau 7 — *Évaluation du degré d'incapacité résultant des troubles mentaux*).

6.3.9 Troubles liés aux substances et aux dépendances

Désordre caractérisé par des modifications de l'état psychique à la suite de la consommation régulière de substances qui affectent le système nerveux central (alcoolisme, toxicomanie, dépendance médicamenteuse) de façon prolongée et persistante.

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

1. Présenter le tableau clinique d'un ou de plusieurs des troubles suivants :
- troubles du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques (voir sous-section 6.3.2);
 - troubles dépressifs (voir sous-section 6.3.4);
 - troubles anxieux (voir sous-section 6.3.5);
 - troubles neurocognitifs (voir sous-section 6.3.10).

2. Faire la démonstration que ces troubles sont la conséquence directe et irrémédiable de l'abus de substances toxiques sur l'état mental du patient.

6.3.10 Troubles neurocognitifs (démence, trouble amnésique, etc.)

Troubles cognitifs découlant d'une atteinte cérébrale. L'histoire, l'examen clinique et les examens paracliniques démontrent la présence d'une condition médicale (maladie dégénérative ou autre) expliquant l'état mental anormal et la perte de capacité fonctionnelle. Dans tous les cas, le médecin doit se référer aux définitions du DSM-5.

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

1. Présenter le tableau clinique et préciser l'importance, la constance et la durée médicalement constatées de la perte de capacités cognitives spécifiques ou des changements comportementaux importants accompagnés d'un ou de plusieurs des éléments suivants :
 - atteinte de l'attention;
 - atteinte des fonctions exécutives;
 - atteinte de la mémoire et des capacités d'apprentissage;
 - atteinte du langage;
 - atteinte sensorimotrice (praxies, gnosies);
 - atteinte des cognitions sociales.
2. Faire la démonstration de la persistance sur une période prolongée et continue, sans possibilité d'amélioration dans un avenir prévisible par un traitement adéquat et optimal, d'une ou de plusieurs des conséquences suivantes :
 - limitation importante des activités de la vie quotidienne (AVQ) et domestique (AVD);
 - difficultés importantes à maintenir un fonctionnement social adéquat (activités de la vie socioprofessionnelle [AVSP]);
 - diminution importante de la capacité de concentration, de la persévérance ou de la performance, entraînant des échecs fréquents dans l'accomplissement de tâches dans le délai fixé (en milieu de travail ou l'équivalent);
 - épisodes répétés de détérioration ou de décompensation en milieu de travail ou en milieu analogue qui forcent le patient à se retirer de ce milieu ou qui entraînent une exacerbation des signes et symptômes, incluant une détérioration de sa capacité d'adaptation (voir tableau 7 — *Évaluation du degré d'incapacité résultant des troubles mentaux*).

3. Fournir les résultats d'examens suivants, s'ils ont été faits :

- examen de Folstein ou MoCA sur l'état mental;
- évaluation neuropsychologique complète et récente;
- évaluation neurologique complète démontrant une atteinte vasculaire, une maladie d'Alzheimer, des séquelles d'encéphalite, etc.

6.3.11 Troubles de la personnalité

Modalité durable de l'expérience vécue et des conduites qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu. Cette déviation est manifeste dans au moins deux des domaines suivants : la cognition (vision de soi-même, d'autrui et des événements), l'affectivité (la diversité, l'intensité, la labilité et l'adéquation de la réponse émotionnelle), le fonctionnement interpersonnel, le contrôle des impulsions. Ces traits sont typiques du fonctionnement habituel et à long terme du patient. Ils ne sont pas limités à des épisodes isolés.

Il est exceptionnel qu'un trouble de la personnalité rende le patient inapte à tout travail. Le rapport que le médecin fait sur l'évolution de ces troubles et leurs conséquences devra être d'autant plus rigoureux que le patient aura présenté les mêmes traits de personnalité et de comportement depuis de nombreuses années. Dans tous les cas, le médecin doit se référer aux définitions du DSM-5.

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

1. Présenter le tableau clinique et préciser l'importance, la constance et la durée médicalement constatées des comportements mésadaptés et profondément enracinés, et que l'on associe habituellement à l'un des éléments suivants :
 - personnalité paranoïaque : méfiance soupçonneuse envahissante envers les autres dont les intentions sont interprétées comme malveillantes;
 - personnalité schizoïde : mode général de détachement par rapport aux relations sociales et de restriction de la variété des expressions émotionnelles dans les rapports avec autrui;
 - personnalité schizotypique : mode général de déficit social et interpersonnel marqué par une gêne aiguë et des compétences réduites dans les relations proches, par des distorsions cognitives et perceptuelles, et par des conduites excentriques;
 - personnalité antisociale : mode général de mépris et de transgression des droits d'autrui;
 - personnalité *borderline* : mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects, avec une impulsivité marquée;

- personnalité histrionique : mode général de réponses émotionnelles excessives et de quête d'attention;
- personnalité narcissique : mode général de fantaisies ou de comportements grandioses, de besoin d'être admiré et de manque d'empathie;
- personnalité obsessionnelle-compulsive : mode général de préoccupation pour l'ordre, le perfectionnisme et le contrôle mental et interpersonnel, aux dépens d'une souplesse, d'une ouverture et de l'efficacité;
- personnalité évitante : mode général d'inhibition sociale, de sentiment de ne pas être à la hauteur et d'hypersensibilité au jugement d'autrui;
- personnalité dépendante : besoin général et excessif d'être pris en charge qui conduit à un comportement soumis et « collant », et à une peur de la séparation.

2. Faire la démonstration de la persistance sur une période prolongée et continue, sans possibilité d'amélioration dans un avenir prévisible par un traitement adéquat et optimal, d'une ou de plusieurs des conséquences suivantes :

- limitation importante des activités de la vie quotidienne (AVQ) et domestique (AVD);
- difficultés importantes à maintenir un fonctionnement social adéquat (activités de la vie socioprofessionnelle [AVSP]);
- diminution importante de la capacité de concentration, de la persévérance ou de la performance, entraînant des échecs fréquents dans l'accomplissement de tâches dans le délai fixé (en milieu de travail ou l'équivalent);
- épisodes répétés de détérioration ou de décompensation en milieu de travail ou en milieu analogue qui forcent le patient à se retirer de ce milieu ou qui entraînent une exacerbation des signes et symptômes, incluant une détérioration de sa capacité d'adaptation (voir tableau 7 — *Évaluation du degré d'incapacité résultant des troubles mentaux*).

Grille pour l'évaluation des différentes catégories de troubles mentaux

Le degré de limitation fonctionnelle doit être établi en fonction des critères énumérés dans le tableau qui suit. Les manifestations évoquées doivent être la conséquence du trouble mental du patient.

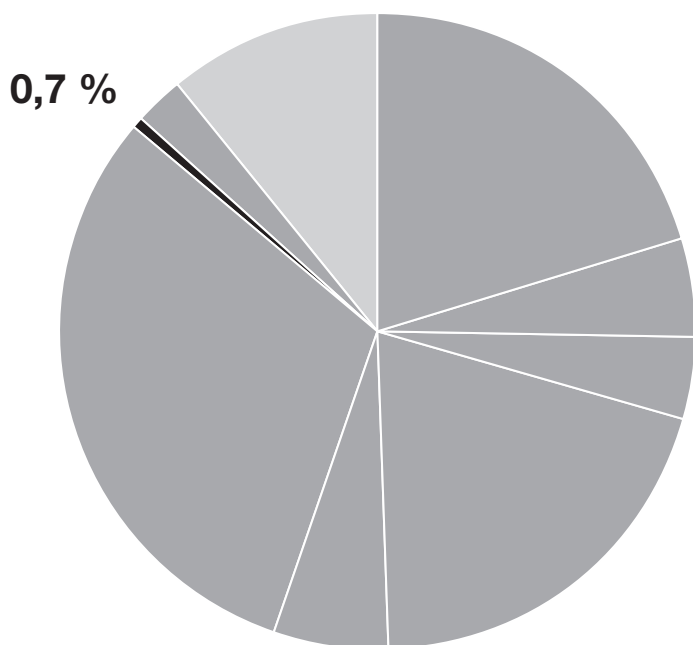
La catégorie (une des onze) de trouble mental pour laquelle l'évaluation de l'incapacité est faite doit être mentionnée, de même que l'importance et la permanence de la perte ou du déficit fonctionnels.

Tableau 7
Évaluation du degré d'incapacité résultant des troubles mentaux

Critère	Degré de limitation fonctionnelle				
	Normal	Minime ou léger	Modéré	Sévère	Extrême
1. Limitation des activités de la vie quotidienne	Aucune	Incapacité occasionnelle, ≤ 25 % des activités ou du temps	Incapacité fréquente, 25 à 50 % des activités ou du temps	Incapacité la plupart du temps, 50 à 75 % des activités ou du temps	Rarement capable, 75 à 100 % des activités ou du temps
2. Difficultés à maintenir un bon fonctionnement social	Aucune	Interactions habituellement normales, avec des épisodes de difficultés telles que conflit, retrait, comportement inapproprié ou agressivité	Interactions limitées ou diminuées, avec épisodes de ruptures sérieuses à cause de conflit, retrait (isolement), comportement inapproprié ou agressivité	Incapacité habituelle à entretenir des relations sociales : ruptures fréquentes et sérieuses à cause de conflit, retrait (isolement), comportement inapproprié ou agressivité	Aucune relation sociale soutenue, avec ruptures sérieuses et prolongées à cause de conflit, retrait (isolement), comportement inapproprié ou agressivité
3. Difficultés à accomplir les tâches (en milieu de travail ou l'équivalent)	Aucune	Difficultés occasionnelles dans les tâches compliquées, mais pas dans les tâches simples	Incapacité habituelle à s'acquitter de tâches complexes sans assistance ou instructions et incapacité occasionnelle à accomplir des tâches simples	La plupart du temps, incapacité à s'acquitter de tâches complexes sans assistance ou instructions et, souvent, incapacité à accomplir des tâches simples	Incapacité totale à accomplir des tâches complexes et, la plupart du temps, incapacité à accomplir des tâches simples
4. Épisodes de détérioration ou de décompensation grave (en milieu de travail ou en milieu analogue)	Aucun	Un	Un ou deux	Répétés et fréquents	Continuels
					Preuve ou démonstration insuffisantes

Chapitre 7

Infection à VIH et sida



7.1	Constitution de la preuve médicale.	126
7.2	Situation clinique particulière	126
7.3	Évaluation de l'infection à VIH et du sida	127
7.3.1	Infections bactériennes	127
7.3.2	Infections fongiques	127
7.3.3	Infections virales.	128
7.3.4	Infections parasitaires.	128
7.3.5	Néoplasies malignes.	128
7.3.6	Anomalie de la formule sanguine (plus d'un mois)	128
7.3.7	Anomalies neurologiques	128
7.3.8	Cachexie	128
7.3.9	Diarrhée chronique	129
7.3.10	Cardiomyopathie	129
7.3.11	Néphropathie	129
7.3.12	Lésions cutanées	129
7.3.13	Autres manifestations chroniques.	129

L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), ses complications et sa conséquence, le syndrome d'immunodéficience acquise (sida), peuvent entraîner une limitation marquée et durable de la capacité de travail.

Multiples, les signes et les symptômes des déficits sont généralement associés aux troubles psychiatriques, aux affections cardiovasculaires, neurocognitives, hépatiques, rénales, aux infections graves et aux néoplasies.

Toutes les affections qui suivent peuvent contribuer à l'incapacité (voir section 7.3).

7.1 Constitution de la preuve médicale

L'infection à VIH doit être démontrée, tout comme les infections, les autres pathologies associées et les néoplasies opportunistes ou non, et la preuve diagnostique doit reposer sur les données de la science et les normes courantes de pratique.

L'évolution doit être décrite, de même que le nombre de CD4, la mesure de la charge virale, les tests de génotypage, s'il y a lieu, et la description de la réponse au traitement. Les effets secondaires de la médication peuvent aussi contribuer au déficit fonctionnel.

L'incapacité de travail ne peut pas être fondée sur la simple présence de l'infection à VIH. Le dossier doit comprendre suffisamment de détails sur les antécédents médicaux, les examens physiques, les analyses de laboratoire et autres examens complémentaires, les comorbidités, les traitements appliqués et leur résultat, de sorte qu'un médecin indépendant puisse évaluer la gravité et la durée de la déficience et ses conséquences sur la capacité de travail.

Par exemple, une sinusite chronique ne justifie pas en soi une incapacité de travail permanente. Il faudra faire la démonstration qu'elle est gravement symptomatique, résistante au traitement et persistante ou récurrente. Une perte importante et prolongée d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne (AVQ) et domestique (AVD) doit également être confirmée.

7.2 Situation clinique particulière

Les **troubles mentaux** comptent parmi les déficits graves les plus précoces des personnes infectées par le VIH.

Les situations sociales dans lesquelles se trouvent les personnes infectées par le VIH sont de nature à influencer leur état mental. L'infection touche souvent de jeunes adultes que la maladie précipite parfois dans la pauvreté. Certains patients souffrant déjà de maladie mentale et usagers de drogues injectables ou certaines personnes marginalisées se trouvent en situation d'isolement, et la prise en charge d'une maladie complexe comme l'infection au VIH comporte des défis particuliers.

La situation sociale n'est pas en elle-même une cause de l'incapacité, mais elle peut agir sur l'état psychique comme facteur déclenchant ou aggravant des troubles mentaux.

Le médecin doit donc, s'il y a lieu, faire une évaluation psychiatrique de son patient et en donner les résultats :

- diagnostic, selon les critères du DSM-5;
- limitations fonctionnelles durables ou permanentes empêchant le patient de s'occuper de lui-même, de mener une vie sociale convenable ou d'occuper un emploi (voir chapitre 6 — *Troubles mentaux* et tableau 7 — *Évaluation du degré d'incapacité résultant des troubles mentaux*);

- historique des décompensations, élément essentiel pour l'évaluation de la gravité de l'incapacité causée par des troubles mentaux.

7.3 Évaluation de l'infection à VIH et du sida

Pour présenter une demande de rente d'invalidité, le patient doit être infecté par le VIH et souffrir d'une complication avec déficit fonctionnel important et de durée indéfinie. Grâce aux traitements antirétroviraux efficaces, les patients porteurs du VIH ont une durée de vie qui se rapproche de plus en plus de la durée de vie normale.

Par contre, étant donné les médicaments qu'ils prennent et leur état d'inflammation chronique, ils souffrent de plus de maladies cardiovasculaires, de troubles neurocognitifs, de maladies rénales ou hépatiques, de cancers et d'ostéoporose que les personnes du même âge qui sont séronégatives. Bien que les infections ou affections opportunistes suivantes soient beaucoup plus rares, étant donné la disponibilité de traitements efficaces contre le VIH, elles peuvent encore causer des invalidités.

7.3.1 Infections bactériennes

- Mycobactériose (exemple : *M. tuberculosis*) à des sites autres que la peau, les poumons ou les ganglions hilaires et cervicaux
- Tuberculose pulmonaire résistante au traitement
- Nocardiose, infection à *Rhodococcus equii*, etc.
- Neurosyphilis
- Bactériémie récurrente ou toute autre infection bactérienne persistante ou récurrente telle que la maladie inflammatoire pelvienne

7.3.2 Infections fongiques

- Aspergillose
- Candidose disséminée
- Coccidioïdomycose disséminée
- Cryptococcose extrapulmonaire
- Histoplasmosse extrapulmonaire
- Mucormycose

7.3.3 Infections virales

- Infection chronique et symptomatique au cytomégalo­virus (CMV), incluant la chori­oré­ti­ni­te
- Herpès simplex disséminé
- Hépatites aiguës ou chroniques actives
- Leucoencéphalopathie multifocale progressive

7.3.4 Infections parasitaires

- Cryptosporidiose, isosporidiose ou microsporidiose avec diarrhée d'une durée de plus d'un mois
- Infection à *Pneumocystis carinii*
- Strongyloïdose (anguillulose) extra-intestinale
- Toxoplasmose hors du système réticulo-endothélial
- Autre parasitose persistante ou récurrente malgré un traitement adéquat

7.3.5 Néoplasies malignes

- Cancer envahissant du col de l'utérus (grade II et plus)
- Cancer à cellules squameuses de l'anus
- Sarcome de Kaposi
- Lymphomes

7.3.6 Anomalie de la formule sanguine (plus d'un mois)

- Anémie (< 10 gm Hb)
- Agranulocytose
- Thrombocytopénie (< 100 000 plaquettes)

7.3.7 Anomalies neurologiques

- Encéphalopathie à VIH (troubles moteurs, cognitifs et du comportement)
- Neuropathies périphériques

7.3.8 Cachexie

Cachexie incluant à la fois :

- Perte de poids involontaire de plus de 10 % (ou autre perte jugée significative)
- Diarrhée chronique (1-2 selles molles par jour pendant plus d'un mois)
- Fièvre > 38 °C d'une durée de plus d'un mois
- Asthénie chronique

7.3.9 Diarrhée chronique

Diarrhée chronique, isolée et grave, résistant au traitement et nécessitant hydratation par intraveineuse ou hyperalimentation.

7.3.10 Cardiomyopathie

Cardiomyopathie (résultats d'examens à l'appui).

7.3.11 Néphropathie

Néphropathie (résultats d'examens à l'appui).

7.3.12 Lésions cutanées

Lésions cutanées étendues et résistantes au traitement (eczéma, psoriasis, dermatite séborrhéique, condylomes acuminés, candidose extensive, maladie génitale ulcéralive, sarcome de Kaposi).

7.3.13 Autres manifestations chroniques

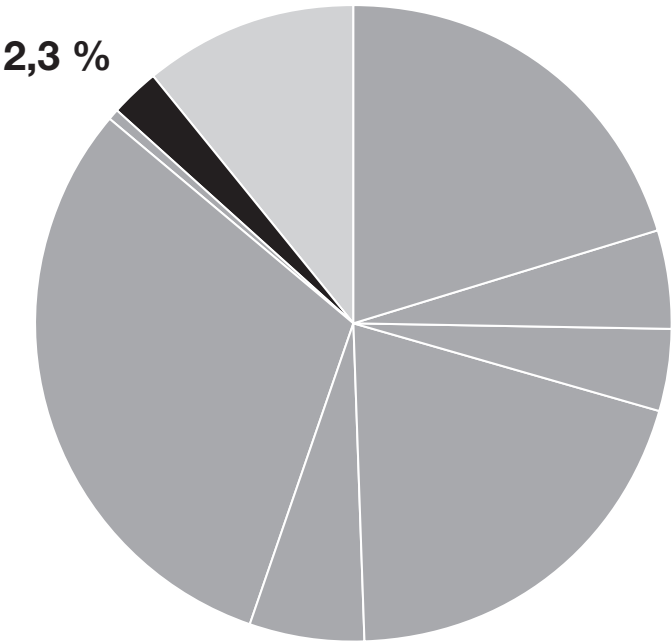
Autres manifestations chroniques ne répondant pas aux critères ci-dessus, mais compatibles avec l'infection à VIH et contribuant au déficit fonctionnel (myosite, malaise, fièvre, atteinte esthétique importante, arthralgies, transpiration nocturne, incontinence vésicale ou intestinale, etc.).

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

1. Présenter le tableau clinique, préciser le début et l'évolution de la maladie, les infections et autres affections opportunistes, les complications infectieuses ou non, les comorbidités ainsi que le traitement et la réponse au traitement, décrire les séquelles actuelles et établir un pronostic.
2. Confirmer ses observations cliniques par les examens complémentaires appropriés, particulièrement le décompte lymphocytaire (CD4) et la charge virale, en plus des données appropriées sur les comorbidités.
3. Fournir, s'il y a lieu, des renseignements supplémentaires sur :
 - l'évaluation de l'état psychiatrique (diagnostic, incapacités fonctionnelles, capacité de gérer ses affaires et sa personne, etc.) et les facteurs sociaux qui contribuent à cet état;
 - la nécessité d'une assistance personnelle ou d'autres mesures appropriées.

Chapitre 8

Maladies ophtalmiques



8.1	Constitution de la preuve médicale	134
8.1.1	Dossier clinique	134
8.1.2	Acuité visuelle	134
8.1.3	Champ visuel	135
8.1.4	Stéréoscopie	136
8.1.5	Vision des couleurs	136
8.1.6	Diplopie	137
8.2	Situations cliniques particulières	137
8.3	Évaluation des maladies ophtalmiques	138
8.3.1	Amblyopie	138
8.3.2	Amétropie	138
8.3.3	Cataracte	138
8.3.4	Glaucome	138
8.3.5	Dégénérescence maculaire	139
8.3.6	Rétinite pigmentaire	139
8.3.7	Rétinopathie diabétique	139
8.3.8	Décollement rétinien	140
8.3.9	Lésion intracrânienne	140
8.4	Critères d'invalidité en ophtalmologie	142
8.5	Description des limitations fonctionnelles en fonction du type d'atteinte à la fonction visuelle	145
8.5.1	Atteinte de l'acuité visuelle	145
8.5.2	Atteinte du champ visuel	145
8.5.3	Atteinte de la vision stéréoscopique	145
8.5.3	Atteinte de la vision binoculaire, responsable de diplopie	145
8.5.4	Atteinte de la sensibilité aux contrastes	146
8.5.5	Photophobie	146
8.5.6	Larmoiement	146
8.6	Exigences visuelles requises pour la conduite d'un véhicule routier	146
8.7	Abréviations et lexique	149

8.1 Constitution de la preuve médicale

8.1.1 Dossier clinique

L'examen ophtalmique permet de préciser les atteintes fonctionnelles et de juger ainsi de la gravité de la maladie en cause. Il est important de disposer d'un dossier clinique couvrant une période suffisante d'observation et de traitement pour pouvoir juger de l'évolution.

Le dossier soumis par le médecin traitant doit comprendre les tests d'acuité visuelle et de champs visuels, de même que les autres examens plus spécifiques ayant été faits.

8.1.2 Acuité visuelle

L'acuité visuelle devrait être mesurée de loin et de près.

Au loin, la charte de Snellen est recommandée, et les mesures peuvent être indiquées en mètres ou en pieds. Il est suggéré de préciser l'acuité visuelle de chaque œil et il peut être utile d'inscrire aussi l'acuité visuelle binoculaire. Lorsque la vision est trop faible pour être appréciée au moyen de l'échelle de Snellen, il faut évaluer l'acuité résiduelle en spécifiant à quelle distance le patient peut compter les doigts (exemple : CD à 1 mètre) ou s'il ne voit que les mouvements de la main (MM) ou s'il ne perçoit que la lumière (PL) ou s'il ne voit même plus de lumière (NPL).

De près, de nombreuses chartes existent, mais actuellement la plus recommandée est la charte métrique dont la notation est en mètres (m). Il est important de préciser la distance de lecture.

Pour évaluer adéquatement la capacité visuelle résiduelle d'un patient, il faut s'assurer que ce dernier porte la correction appropriée. La vision devra donc être prise avec ses lunettes ou verres de contact, s'il en porte. De plus, il faudra mentionner si cette acuité pourrait être améliorée par la réfraction et mentionner les résultats de celle-ci. Souvent, les dossiers médicaux contiennent l'acuité prise au moyen du trou sténopéique. Bien que cette mesure constitue un indicateur intéressant du potentiel visuel d'un œil, elle devrait être confirmée par une réfraction pour obtenir une appréciation plus exacte de l'acuité visuelle réelle du patient.

Tableau 8
Notations de l'acuité visuelle centrale – Vision à distance

Snellen Pieds	Snellen Mètres	Pourcentage du déficit de la vision centrale
20/16	6/5	0
20/20	6/6	0
20/25	6/7,5	5
20/32	6/10	10
20/40	6/12	15
20/50	6/15	25
20/64	6/20	35
20/80	6/24	40
20/100	6/30	50
20/125	6/38	60
20/160	6/48	70
20/200	6/60	80
20/300	6/90	85
20/400	6/120	90
20/800	6/240	95

8.1.3 Champ visuel

Le champ visuel peut être évalué par confrontation lorsqu'il s'agit d'une pathologie qui ne devrait pas affecter la vision périphérique. Cependant, lorsqu'une atteinte du champ visuel est présente ou soupçonnée, le champ visuel devrait être évalué plus précisément au moyen d'un campimètre.

Idéalement, le champ visuel devrait être mesuré au moyen d'un appareil de Goldman avec un isoptère III-4e, car c'est l'isoptère utilisé en expertise médicale. Le III indique une cible de 4 mm² et le 4e, une intensité lumineuse de 1000 apostilb. Il importe de bien rechercher les scotomes et de mentionner la fiabilité de l'examen, car celui-ci demeure une évaluation subjective. Si le patient est aphaque ou porteur d'une hypermétropie de plus de 10 dioptries, il doit porter une correction, même pour l'évaluation de la périphérie. Le champ visuel Goldman délimite la périphérie du champ visuel de façon cinétique; la recherche de scotome s'effectue de façon statique et son extension, de façon dynamique.

Les périmètres automatisés demeurent les plus répandus en clinique. Lorsqu'un tel appareil est utilisé, il faut regarder le nombre de degrés qui ont été évalués et la stratégie utilisée. En effet, le plus souvent, seuls les 24 ou 30 degrés centraux sont étudiés, sans fournir d'information sur le reste du champ visuel. De même, certains examens vont mentionner seulement si le patient détecte une lumière d'une intensité préétablie, alors que d'autres épreuves vont mentionner en décibels le seuil de vision du patient à chacun des points mesurés. Enfin, les appareils automatisés utilisent le plus souvent uniquement une stratégie statique. Normalement, dans le cadre d'une évaluation pour invalidité, si on doit utiliser un appareil automatisé, il faut prendre une stratégie permettant de bien évaluer la périphérie de même que la région centrale. Il faut aussi savoir que l'isoptère équivalent du III-4e correspond à un seuil de 10 décibels sur l'appareil de Humphrey. Pour déterminer l'aptitude à conduire un véhicule, il est recommandé d'administrer le test de vision fonctionnelle d'Esterman sur l'analyseur de champ visuel d'Humphrey. Cependant, en invalidité, il faut être conscient de ses limites, principalement dans l'évaluation du champ visuel supérieur, qui ne va pas au-delà de 20 degrés.

8.1.4 Stéréoscopie

La vision stéréoscopique permet d'établir la capacité de bien évaluer les distances et les profondeurs. Elle est influencée par l'acuité visuelle, car un patient possédant une mauvaise vision, ne serait-ce que dans un œil, ne peut pas bien performer aux épreuves de vision stéréoscopique. Cela peut parfois être utile lorsqu'une perte de vision non organique est soupçonnée. De plus, un individu porteur d'une déviation strabique ne peut pas réussir cette épreuve. Le plus souvent, la stéréoscopie est évaluée à 40 cm au moyen du test de Titmus. Une excellente vision binoculaire sera de 40 secondes d'arc, une vision binoculaire de 30 % (réussite de 6 cercles sur 9) correspond à 200 secondes d'arc et la seule réussite de l'épreuve de la mouche correspond à une vision binoculaire de 3000 secondes d'arc. Depuis 2009, la mesure de la vision stéréoscopique ne fait plus partie des exigences de la Société de l'assurance automobile du Québec, même pour la conduite des véhicules d'urgence.

8.1.5 Vision des couleurs

Les anomalies de vision de couleur sont le plus souvent congénitales et affectent majoritairement les hommes. Elles peuvent occasionner des limitations à exercer certains emplois tels électricien, chimiste, peintre, etc. Les troubles acquis de la vision des couleurs engendrent habituellement peu de limitation fonctionnelle importante. Le plus souvent, ils sont associés à des anomalies des nerfs optiques. Depuis 2009, la Société de l'assurance automobile du Québec mentionne simplement que les conducteurs doivent

pouvoir distinguer les différents feux de circulation, ce que les daltoniens peuvent habituellement faire en raison du fait que les feux de circulation ne sont pas constitués de couleurs pures et qu'une forme spécifique est attribuée à chacune des couleurs. Différentes épreuves (AOHRR, Ishihara, Farnsworth) peuvent permettre de distinguer entre des déficiences congénitales ou acquises et de déterminer le type de déficience (exemple : protanopie ou deutéranopie).

8.1.6 Diplopie

La diplopie doit être évaluée les deux yeux ouverts. Elle peut être compensée par le port d'un prisme ou par l'occlusion d'un œil. Elle est incompatible avec la conduite si elle est présente dans les 20 degrés centraux et que le conducteur ne la compense pas. Lorsqu'un patient se plaint de diplopie, il faut s'assurer qu'il s'agit bien d'un problème binoculaire et qu'il existe une anomalie correspondante de la motilité oculaire en effectuant un examen sous écran. L'unité de mesure est le prisme dioptrie. Une diplopie centrale présente dans les 20 degrés centraux est très invalidante, et le patient doit alors être considéré comme fonctionnant avec seulement un œil. Cependant, la diplopie périphérique est habituellement compensable par un déplacement de la tête dans la direction du regard qui est convoitée.

8.2 Situations cliniques particulières

Les deux mesures les plus importantes pour déterminer la fonction visuelle d'un individu sont la mesure de l'acuité visuelle centrale et celle de la vision périphérique. Cependant, ces épreuves sont subjectives et, dans le contexte d'une évaluation pour invalidité, elles doivent être corroborées par des résultats objectifs. Certaines épreuves sont parfois utiles lorsqu'il y a discordance, comme l'embrouillement visuel d'un œil lors de la réfraction, la mesure de la vision stéréoscopique et l'évaluation du champ visuel à différentes distances.

Les technologies de pointe peuvent servir à compléter l'évaluation de la condition ophtalmique en fournissant des renseignements objectifs. Par exemple, la tomographie oculaire par ordinateur (OCT) peut permettre de visualiser des pathologies maculaires difficiles à voir cliniquement ou d'éliminer une maculopathie lorsque celle-ci semble normale à l'ophtalmoscopie. L'OCT de la couche des fibres nerveuses entourant le nerf optique renseigne sur l'intégrité du nerf optique de même que la tomographie rétinienne de Heidelberg (HRT). L'OCT et l'HRT ne donnent pas d'information fonctionnelle, mais fournissent des renseignements anatomiques permettant de confirmer ou d'établir un diagnostic. L'angiographie rétinienne fournit des renseignements importants sur la vascularisation rétinienne. Enfin, l'ERG (électrorétinogramme), l'EOG (électrooculogramme) et le PEV (potentiel évoqué visuel) peuvent

fournir une information objective dans les cas de discordance. Par exemple, l'ERG peut informer sur la présence d'une atteinte rétinienne des cônes ou des bâtonnets. Le PEV fournit de l'information sur la conduction nerveuse des nerfs optiques, alors que l'EOG peut être affecté par une atteinte de l'épithélium pigmentaire rétinien.

L'utilisation judicieuse de ces examens technologiques sert à étoffer adéquatement le dossier clinique afin de permettre une évaluation plus complète et plus précise de la condition visuelle d'un patient ayant une condition médicale particulière dans laquelle une discordance semble exister entre l'atteinte organique et les manifestations subjectives.

8.3 Évaluation des maladies ophtalmiques

8.3.1 Amblyopie

L'amblyopie est une affection souvent rencontrée puisqu'elle touche environ 4 % de la population. Elle engendre un développement limité de l'acuité visuelle centrale le plus souvent secondaire à un strabisme ou à une anisométrie (importante différence de réfraction entre les deux yeux). Comme elle est habituellement unilatérale et congénitale, elle ne peut pas à elle seule être responsable d'une invalidité permanente.

8.3.2 Amétropie

L'amétropie consiste en une erreur de réfraction. Lorsque celle-ci est importante, comme dans les cas de grands myopes, de grands hypermétropes ou de très forts astigmatas, elle peut engendrer une perte de meilleure acuité visuelle corrigée et être associée à d'autres pathologies visuelles. Les grands myopes et grands hypermétropes pourront mieux performer avec des lentilles cornéennes.

8.3.3 Cataracte

Une cataracte consiste en une opacification du cristallin. Elle engendre une diminution d'acuité visuelle et parfois de la photophobie. Le champ visuel n'est généralement pas affecté. Habituellement, une cataracte n'est pas responsable d'une baisse de vision permanente, puisque le cristallin peut être retiré.

8.3.4 Glaucome

Le glaucome est la deuxième cause de cécité en Amérique du Nord. Il se définit maintenant comme une neuropathie optique multifactorielle dans laquelle il y a une perte acquise et caractéristique des fibres nerveuses. Le glaucome est responsable initialement d'une perte de la vision mid-périphérique puis

progresses vers une vision tunnelaire avec îlot résiduel de vision centrale et temporale. S'il n'est pas traité adéquatement, il peut conduire à la cécité totale.

8.3.5 Dégénérescence maculaire

La dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) est la cause principale de cécité au Canada. On la trouve habituellement chez les individus de plus de 60 ans, et elle est souvent bilatérale. Elle se manifeste par une diminution de la vision centrale et de la métamorphopsie (déformation des images). Le champ visuel demeure préservé. Il existe deux formes de dégénérescence maculaire, soit la forme sèche et la forme humide. La dégénérescence maculaire sèche est beaucoup plus fréquente et habituellement d'évolution plus lente. La dégénérescence maculaire humide peut donner une baisse de vision rapide et sévère. Au cours des dernières années, des traitements sous forme d'injection intra-oculaire ont fait leur apparition et ont permis de stabiliser ou d'améliorer la vision de certains patients atteints de la forme humide. Cependant, ces injections doivent habituellement être poursuivies mensuellement si on veut que le résultat visuel persiste. Ces patients doivent donc être suivis de près et il faut être conscient que les mesures de vision peuvent varier d'une visite à l'autre. Ces traitements ont tout de même amélioré significativement le pronostic visuel des patients atteints de DMLA humide.

8.3.6 Rétinite pigmentaire

Il s'agit d'une dégénérescence progressive des photorécepteurs de la rétine, principalement des bâtonnets, qui engendre une atteinte de la vision périphérique et de la vision nocturne. La vision centrale peut être affectée plus tardivement. Il existe beaucoup de variantes de rétinopathie pigmentaire, et le degré d'atteinte clinique et la rapidité d'évolution sont très variables, de sorte qu'il est important de bien documenter la fonction visuelle résiduelle du patient pour déterminer son degré d'atteinte fonctionnelle.

8.3.7 Rétinopathie diabétique

La rétinopathie diabétique peut affecter le champ visuel périphérique en raison d'hémorragie vitréenne, de décollement rétinien ou de cicatrices de laser. De même, elle peut toucher la vision centrale lorsqu'un œdème maculaire est présent. Au cours des dernières années, des progrès intéressants ont été réalisés dans le domaine de la chirurgie vitréo-rétinienne et, plus récemment, les injections intra-oculaires ont permis un meilleur contrôle de l'œdème maculaire.

8.3.8 Décollement rétinien

Le décollement rétinien est une pathologie survenant le plus fréquemment chez les individus ayant subi une chirurgie de cataracte, un récent décollement du vitré postérieur ou qui souffrent d'une myopie forte ou de lésions rétinienues prédisposantes. Plus rarement, un traumatisme peut en être le facteur déclencheur. Le décollement rétinien affecte la vision périphérique correspondant à la zone décollée et réduit la vision centrale si la macula est soulevée. Les progrès dans le domaine de la chirurgie vitréo-rétinienne intra-oculaire permettent maintenant de récupérer de la fonction visuelle chez un bon nombre d'individus.

8.3.9 Lésion intracrânienne

Une lésion intracrânienne peut affecter le champ visuel selon la zone du cerveau atteinte. Le champ visuel des deux yeux sera réduit de façon homonyme. Certaines lésions vont couper en deux la fixation centrale, alors que d'autres épargneront la zone de fixation (épargne maculaire). Il est donc important de bien préciser le degré d'atteinte du champ visuel. Une lésion touchant le tronc cérébral pourra être responsable de diplopie, de nystagmus ou d'une atteinte de l'un des nerfs crâniens ou de son noyau. Il peut y avoir récupération visuelle dans les 6 à 12 mois à la suite d'un AVC.

Tableau 9**Type d'atteinte à la fonction visuelle de diverses pathologies visuelles invalidantes**

Région	Pathologie	Pourcentage de la clientèle INCA	Fonction visuelle atteinte
Cornée	Cicatrices, brûlures	2 %	VC ¹ >> VP ²
Cristallin	Cataracte	5 %	VC
Macula	Dégénérescence, trou	50 %	VC
Rétine	Rétinite pigmentaire, décollement de rétine, thrombose, rétinopathie diabétique	16 %	Scotome mid-périphérique → Tunnel VP
Nerf optique	Glaucome Névrite optique Neuropathie optique ischémique Contusion, tumeur, avulsion	14 %	VP → VC à la fin VC + scotome central VC + hémianopsie altitudinale VC + scotome
Chiasma	Tumeur		Hémianopsie bitemporale ± VC
Lobe temporal	Tumeur, AVC		Hémianopsie homonyme supérieure
Lobe pariétal	Tumeur, AVC		Hémianopsie homonyme inférieure
Lobe occipital	Tumeur, AVC		Hémianopsie homonyme congrue, cécité corticale
Tronc cérébral	Tumeur, AVC, SEP		Nystagmus, diplopie, atteinte des nerfs crâniens
Muscles extra-oculaires	Paralysie III, IV, VI		Diplopie
Amblyopie	Strabisme, vice de réfraction	1 %	VC
Autres		12 %	

1. VC : vision centrale

2. VP : vision périphérique

8.4 Critères d'invalidité en ophtalmologie

Définition de la cécité légale :

- $\leq 20/200$ dans le meilleur œil, après correction optique appropriée
- ou**

- $< 20^\circ$ de champ visuel dans chaque œil

Cette condition visuelle est celle de 0,2 % de la population.

Cette condition justifie l'inscription à l'Institut national canadien pour les aveugles (INCA).

Définition d'un handicap visuel :

- $\leq 20/70$ dans le meilleur œil, après correction optique appropriée

ou

- $< 60^\circ$ de champ visuel dans chaque œil dans les méridiens 90° et 180°

Cette condition visuelle est celle de 1 % de la population.

Définition de l'invalidité sur le plan visuel :

- $\leq 20/200$ dans le meilleur œil, après correction optique appropriée

ou

- Une contraction du champ visuel dans le meilleur œil à $\leq 10^\circ$ du point de fixation, de sorte que le plus grand diamètre est de $\leq 20^\circ$

ou

- L'efficacité visuelle du meilleur œil, après correction appropriée, $\leq 20\%$

Définition de l'efficacité visuelle :

% efficacité visuelle = % efficacité visuelle centrale

x

% efficacité visuelle périphérique

- % efficacité visuelle centrale : voir le tableau 10 qui suit
- % efficacité visuelle périphérique : voir la figure 1 — *Position des huit méridiens permettant de calculer le pourcentage d'efficacité visuelle périphérique*

addition des 8 méridiens du CV Goldman III-4e

500

Tableau 10

Pourcentage d'efficacité visuelle centrale correspondant aux notations d'acuité visuelle centrale pour la distance dans l'œil phaque et l'œil aphaque (meilleur œil)

Snellen		Phaque ¹	Pourcentage d'efficacité visuelle centrale	
Pieds	Mètres		Aphaque monoculaire ²	Aphaque binoculaire ³
20/16	6/5	100	50	75
20/20	6/6	100	50	75
20/25	6/7,5	95	47	71
20/32	6/10	90	45	67
20/40	6/12	85	42	64
20/50	6/15	75	37	56
20/64	6/20	65	32	49
20/80	6/24	60	30	45
20/100	6/30	50	25	37
20/125	6/38	40	20	30
20/160	6/48	30	—	22
20/200	6/60	20	—	—

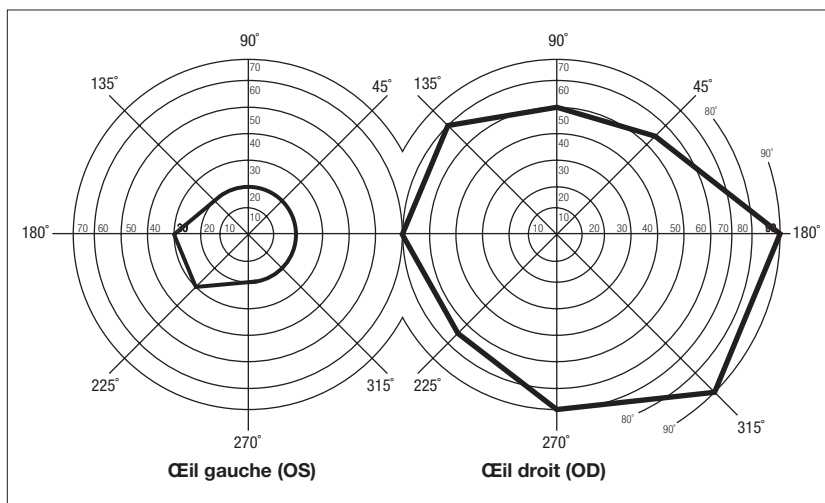
Renseignements sur les colonnes et interprétation

- 1. Phaque**
 1. Présence d'une lentille ou d'un cristallin dans les deux yeux.
 2. Présence d'une lentille ou d'un cristallin dans le meilleur œil et absence d'une lentille ou d'un cristallin dans l'œil le plus faible.
 3. Présence d'une lentille ou d'un cristallin dans un œil et l'autre œil est énucléé.
- 2. Monoculaire**
 1. Absence de lentille ou de cristallin dans le meilleur œil.
 2. Absence de lentille ou de cristallin dans les deux yeux; toutefois, l'acuité visuelle centrale dans l'œil le plus faible après la meilleure correction possible est de 20/200 ou moins.
 3. Absence de lentille ou de cristallin dans un œil et l'autre œil est énucléé.
- 3. Binoculaire**
 1. Absence de lentille ou de cristallin dans les deux yeux et l'acuité visuelle centrale dans l'œil le plus faible après la meilleure correction possible est plus grande que 20/200.

Source : Site de la Social Security Administration des États-Unis (<https://secure.ssa.gov>).

Figure 1

Position des huit méridiens permettant de calculer le pourcentage d'efficacité visuelle périphérique



Source : Site de la Social Security Administration des États-Unis (<https://secure.ssa.gov>).

Dans la figure 1 :

- A. Le diagramme de l'œil gauche illustre un champ visuel réduit à 30 degrés dans deux méridiens (180 et 225) et à 20 degrés dans les six autres méridiens, tel qu'il est mesuré avec le stimulus III-4e. Le pourcentage d'efficacité visuelle de ce champ est donc le suivant : $((2 \times 30) + (6 \times 20)) / 5 = 36$ pour cent.
- B. Le diagramme de l'œil droit illustre l'étendue d'un champ visuel normal, tel qu'il est mesuré avec un stimulus III-4e. La somme des huit méridiens principaux de ce champ est de 500 degrés. Le pourcentage d'efficacité visuelle de ce champ est $500 / 5 = 100$ pour cent.

8.5 Description des limitations fonctionnelles en fonction du type d'atteinte à la fonction visuelle

8.5.1 Atteinte de l'acuité visuelle

- Limitation à la conduite de véhicules routiers.
- Limitation dans les travaux de précision variant en fonction du degré d'atteinte visuelle.
- Limitation à la lecture.

8.5.2 Atteinte du champ visuel

- Limitation à la conduite de véhicules routiers.
- Limitation dans les déplacements, principalement dans des endroits non familiers.
- Limitation à percevoir rapidement des objets en mouvement.
- Limitation à détecter les obstacles (exemple : déplacement en forêt ou en usine).

8.5.3 Atteinte de la vision stéréoscopique

- Limitation à évaluer les distances ou les profondeurs pouvant se manifester dans les travaux de précision ou dans des déplacements dans des endroits avec surfaces irrégulières ou dans des chantiers en raison des risques accrus de chute ou d'accident. De même, le travail en hauteur non sécurisé pourrait être à risque.
- Limitation à utiliser des outils coupants exigeant une bonne perception des distances pour leur manipulation.

8.5.3 Atteinte de la vision binoculaire, responsable de diplopie

- Si la diplopie est centrale, limitation correspondant à l'utilisation d'un seul œil, donc perte de la vision stéréoscopique et d'une portion temporelle du champ visuel binoculaire.
- Si la diplopie est inférieure, elle engendre des difficultés à la lecture, dans les déplacements sur un terrain plat et dans les escaliers. Pour la lecture, il est possible d'ajuster un verre servant uniquement à la lecture, permettant ainsi d'éviter le regard inférieur.
- Si la diplopie est supérieure, elle est habituellement peu invalidante.

8.5.4 Atteinte de la sensibilité aux contrastes

- Bon nombre de pathologies visuelles peuvent toucher la sensibilité aux contrastes tels la DMLA, le glaucome, les cataractes, une chirurgie réfractive, l'âge avancé, etc.
- Limitation à distinguer dans des milieux à faible contraste, par exemple la conduite lorsqu'il fait sombre ou qu'il pleut, ou la lecture de caractères peu foncés.
- Pourrait avoir un rôle plus important que l'acuité visuelle Snellen.
- Les appareils de mesure de la sensibilité aux contrastes ne sont pas disponibles en clinique généralement et il n'existe pas de critère reconnu permettant de définir cliniquement un niveau inacceptable d'atteinte.
- Il n'y a pas de méthode de mesure standardisée, accessible, reproductible et acceptée.

8.5.5 Photophobie

Rencontrée en présence d'une atteinte cornéenne, d'une mydriase ou d'une cataracte. Elle peut être réduite par le port d'un verre fumé.

8.5.6 Larmolement

- Un larmolement excessif en raison d'une obstruction nasolacrymale, d'une atteinte palpébrale (exemple : lagophtalmie ou anomalie de fermeture palpébrale) ou d'une anomalie de surface oculaire peut engendrer des embrouillements visuels transitoires.
- Limitation à être exposé à des milieux contenant des irritants oculaires tels poussière, vent, vapeurs fortes, etc.

8.6 Exigences visuelles requises pour la conduite d'un véhicule routier

Les nouvelles normes visuelles pour la conduite automobile :

- Classes 1, 2, 3, 4 : 6/9 et 150 degrés de vision binoculaire le long du méridien horizontal.
- Classes 5, 6, 8 : 6/15 et 100 degrés de vision binoculaire le long du méridien horizontal.

Le CV doit être continu, 30 degrés de part et d'autre du méridien vertical, 10 degrés en supérieur et 20 degrés en inférieur.

Source : *Règlement sur les conditions d'accès à la conduite d'un véhicule routier relatives à la santé des conducteurs* (chapitre C-24.2, r. 8). Ce règlement est disponible sur le site des Publications du Québec (<http://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca>).

Les classes de permis de conduire

CLASSES DE PERMIS DE CONDUIRE

1

Ensemble de véhicules routiers composé soit :

- d'un tracteur routier de deux essieux dont la masse nette est de 4 500 kg ou plus et tirant une ou plusieurs remorques ou semi-remorques
- d'un camion visé par la classe 3 tirant plus tirant une ou plusieurs remorques dont la masse nette est de 4 500 kg ou plus et qui ne sert qu'à transporter l'équipement, l'outillage ou l'ameublement dont elle est équipée en permanence
- d'un camion visé par la classe 3 tirant toute autre remorque ou semi-remorque que celle décrite précédemment, dont la masse nette est de 2 000 kg ou plus



Classes incluses : 2, 3A, 4B, 4C, 5, 6D et 8

2

Autobus aménagé pour le transport de plus de 24 passagers à la fois



Classes incluses : 3, 4A, 4B, 4C, 5, 6D et 8

3

Camion porteur comptant :

- trois essieux ou plus
- OU
- deux essieux et dont la masse nette est de 4 500 kg ou plus



Classes incluses : 4A, 4B, 4C, 5, 6D et 8

Un permis de conduire de la classe 3 permet également à son titulaire de conduire un véhicule routier dont la conduite est autorisée par cette classe et qui tire une remorque ou une semi-remorque :

- dont la masse nette est de moins de 2 000 kg
- OU
- dont la masse nette est d'au moins 2 000 kg mais inférieure à 4 500 kg et qui ne sert qu'à transporter l'équipement, l'outillage ou l'ameublement dont elle est équipée en permanence

Mentions

- F pour conduire un véhicule lourd muni d'une installation de freinage pneumatique
- M pour conduire un véhicule lourd muni d'une transmission manuelle
- T pour conduire un grand train routier, soit un train double de plus de 25 mètres qui nécessite un permis spécial de circulation

Source : Site de la Société de l'assurance automobile du Québec (<http://www.saaq.gouv.qc.ca>).

Les classes de permis de conduire (suite)

4A  Véhicule d'urgence (ex. : une ambulance, un véhicule de police ou de service d'incendie)	4B  Minibus ou autobus aménagés pour le transport de 24 passagers ou moins à la fois	4C  Taxi	5  • Véhicule de promenade (autour-camping) ou tout-terrain dont le poids net est inférieure à 4 500 kg et comptant deux essieux • Habitation motorisée • Véhicule-outil : véhicule routier, autre qu'un véhicule monté sur un châssis de camion, fabriqué pour le travail et dont le poste de travail est intégré au poste de conduite du véhicule • Véhicule de service : véhicule agent de service, agent de maintenance, agent de réparation ou le remorquage des véhicules routiers Pour les fins de cette définition, un châssis est considéré comme une partie des composants mécaniques qui doivent se retrouver sur un véhicule routier fabriqué pour le transport de personnes, de biens ou d'un équipement.	6A  Toute motocyclette	6B  Motocyclette dont la cylindrée est de 400 cm³ ou moins	6C  Motocyclette dont la cylindrée est de 125 cm³ ou moins	6D  Cyclomoteur	6E  Motocyclette à trois roues non munie d'une caisse adjacente	8  Tracteur de ferme	Classes incluses : 4B, 4C, 5, 6D et 8 Classes incluses : 4C, 5, 6D et 8 Classes incluses : 4C, 5, 6D et 8 Classes incluses : 6B, 6C, 6D, 6E et 8 Classes incluses : 6C, 6D, 6E et 8 Classes incluses : 6D, 6E et 8	Contrôle médical À la demande de la classe et lorsque le titulaire atteint l'âge de 45, 55, 60 et 65 ans, et tous les deux ans par la suite Lorsque le titulaire atteint l'âge de 75 et 80 ans, et tous les deux ans par la suite
---	---	--	--	--	--	---	---	---	--	--	--

8.7 Abréviations et lexique

Abréviations

ADD :	Addition (foyer)
AOHRR :	American Optical Hardy-Rand-Rittler (test de couleur)
AV ou V :	Acuité visuelle
AVC :	Accident vasculaire cérébral
CA :	Chambre antérieure
CC :	Avec correction
CD :	Compte les doigts
CV :	Champ visuel
CYCLO :	Cycloplégie
D/G :	Droit sur gauche
DMLA :	Dégénérescence maculaire liée à l'âge
DPA :	Déficit pupillaire afférent
E :	Ésophorie
E' :	Ésophorie de près
EOG :	Électrooculogramme
ERG :	Électrorétinogramme
ESE :	Examen sous écran
ET :	Ésotropie
FCMS :	Fixation centrale maintenue <i>steady</i> (pour enfants en bas âge)
FO :	Fond d'œil
HRT :	Tomographie rétinienne de Heidelberg
INCA :	Institut national canadien pour les aveugles
MEO :	Motilité extra-oculaire
MM :	Mouvements de la main
NPL :	Ne voit plus la lumière
OCT :	Tomographie oculaire par ordinateur
OD :	Œil droit
OS :	Œil gauche
OU :	Deux yeux
PERLA :	Pupilles égales réactives à la lumière et à l'accommodation

PEV :	Potentiel évoqué visuel
PIO :	Pression intra-oculaire
PL :	Perception lumineuse
PMV _x :	Papille – macula – vaisseaux
RM :	Réfraction manifeste
S/C :	Sans correction
SCA :	Sous-capsulaire antérieure (cataracte)
SCP :	Sous-capsulaire postérieure (cataracte)
SEP :	Sclérose en plaques
SN :	Sclérose nucléaire (cataracte)
TIO :	Tension intra-oculaire
TIO (A) :	Tension intra-oculaire mesurée à l'aplanomètre
TIO (D) :	Tension intra-oculaire mesurée par la méthode digitale
TIO (S) :	Tension intra-oculaire mesurée au Schiotz
TSP :	Trou sténopéique
VC :	Verre de contact ou vision centrale
VP :	Vision périphérique
X :	Exophorie
X' :	Exophorie de près
XT :	Exotropie

Lexique

Amblyopie :	Baisse de vision non corrigeable due à une sous-utilisation de l'œil, sans atteinte organique
Aniséikonie :	Condition à l'intérieur de laquelle l'image visualisée par un œil diffère en grosseur et en forme de celle visualisée par l'autre œil
Anisocorie :	Différence de dimension entre les deux pupilles
Anisométrie :	Différence de réfraction entre les deux yeux (> 2 dioptries)
Aphakie :	Absence de cristallin
Asthénopie :	Fatigue oculaire
Chémosis :	Œdème conjonctival
Ectropion :	Éversion de la paupière
Endophtalmie :	Infection intra-oculaire extensive
Enophtalmie :	Enfoncement anormal de l'œil
Entropion :	Inversion de la paupière
Épiphore :	Larmoiement excessif
Ésophorie :	Tendance des yeux à tourner vers l'intérieur
Ésotropie :	Déviations oculaires vers l'intérieur manifestes
Exophorie :	Tendance des yeux à tourner vers l'extérieur
Exophtalmie :	Protrusion anormale du globe oculaire
Exotropie :	Déviations oculaires vers l'extérieur manifestes
Hyperphorie :	Tendance des yeux à dévier vers le haut
Hypertropie :	Déviations oculaires verticales (vers le haut)
Hypophorie :	Tendance des yeux à dévier vers le bas
Hypopion :	Accumulation de pus dans la chambre antérieure
Hypotropie :	Déviations oculaires verticales (vers le bas)
Kératométrie :	Mesure de la courbure antérieure de la cornée
Lagophtalmie :	Défaut de fermeture palpébrale
Leucome :	Cicatrice cornéenne
Milieus oculaires :	Chambre antérieure, cristallin et vitré
Orthophorie :	Absence de déviation oculaire
Orthoptique :	Évaluation des déséquilibres musculaires oculaires
Pannus :	Infiltration de la cornée par les vaisseaux sanguins

Photocoagulation :	Méthode thérapeutique qui cause une inflammation artificielle de la rétine et de la choroïde pour traiter certains désordres rétinien, entre autres, déchirures de la rétine
Photophobie :	Sensibilité anormale à la lumière
Photopique :	Qui concerne la sensibilité rétinienne à une lumière vive
Phtisie :	Atrophie de l'œil caractérisée par le ramollissement, avec diminution du volume du globe
Plano :	Zéro dioptrie (absence de myopie, d'hypermétropie ou d'astigmatisme)
Prisme dioptrie :	Unité de mesure servant à mesurer les déviations oculaires
Pseudophakie :	Présence d'une lentille intra-oculaire après extraction de cataracte
Réfraction :	Détermination du pouvoir dioptrique de l'œil
Scotome :	Lacune dans une partie du champ visuel
Scotopique :	Qui concerne la sensibilité rétinienne à une lumière peu intense
Symblépharon :	Adhérence entre les paupières et le globe oculaire d'origine cicatricielle et très rarement d'origine congénitale
Synéchie :	Adhérence de l'iris à la cornée (synéchie antérieure) ou au cristallin (synéchie postérieure)
Taie :	Cicatrice

Annexe A

Formulaire de demande de prestations pour invalidité

Demande de prestations pour invalidité

Renseignements concernant la demande

Les prestations pour invalidité

Si vous avez moins de 65 ans, que vous avez suffisamment cotisé au Régime de rentes du Québec et que vous êtes invalide, vous pourriez avoir droit aux prestations d'invalidité de ce régime, c'est-à-dire :

- la rente d'invalidité;
- la rente d'enfant de personne invalide.

La Régie des rentes du Québec peut vous déclarer invalide si votre condition médicale est **grave** et vous empêche d'exercer, à temps plein, tout genre d'emploi. De plus, cette condition médicale doit être **permanente**, c'est-à-dire qu'elle doit **durer indéfiniment** sans aucune amélioration possible.

Cependant, si vous avez de 60 à 65 ans et que votre état de santé ne vous permet plus de faire le travail habituel que vous avez quitté en raison de votre invalidité, vous pourriez également avoir droit à la rente d'invalidité. Vous devez toutefois démontrer un attachement récent au marché du travail, c'est-à-dire avoir cotisé au Régime pour au moins quatre des six dernières années de votre période de cotisation. La période de cotisation se termine l'année où la Régie reconnaît une personne invalide.

Si vous êtes un bénéficiaire de moins de 65 ans de la rente de retraite du Régime et que cette rente ne peut plus être annulée pour recevoir la rente d'invalidité, vous pourriez recevoir un montant additionnel pour invalidité, si vous êtes incapable d'exercer, à temps plein, tout genre d'emploi. Vous devez cependant démontrer un attachement récent au marché du travail.

Important : vous devez aviser la Régie si vous recommencez à travailler durant l'étude de votre demande de prestations pour invalidité.

La rente d'invalidité ou le montant additionnel pour invalidité

La rente d'invalidité ou le montant additionnel pour invalidité est :

- payable le quatrième mois suivant celui où la Régie reconnaît une personne invalide. Ainsi, une personne reconnue invalide en janvier reçoit le premier versement de sa rente en mai. Le dernier versement est fait le mois du 65^e anniversaire. La rente d'invalidité est alors automatiquement remplacée par une rente de retraite;
- augmentée en janvier de chaque année en fonction du coût de la vie;
- impossible.

La rente d'enfant de personne invalide

Si la rente d'invalidité est accordée, les enfants de la personne invalide pourraient avoir droit à une rente d'enfant jusqu'à l'âge de 18 ans à **condition d'en faire la demande**¹.

Sont admissibles à cette rente :

- les enfants biologiques ou adoptifs de la personne invalide; ou
- les enfants qui résident depuis au moins un an avec la personne invalide, si elle leur tient lieu de père ou de mère.

Les enfants ne sont pas considérés comme ceux de la personne invalide lorsqu'ils sont placés chez elle en famille d'accueil et que cette personne reçoit des sommes à cette fin.

La rente d'enfant est payable en priorité à la personne invalide si celle-ci subvient aux besoins des enfants. Sinon, cette rente est versée à la personne qui a la charge des enfants. Notez que, peu importe à qui cette rente d'enfant est versée, celle-ci ne peut pas faire diminuer la rente d'invalidité.

La rente d'enfant de personne invalide est versée chaque mois. Elle prend fin aux 18 ans de l'enfant ou lorsque la rente d'invalidité cesse d'être versée. La personne qui reçoit la rente d'enfant doit aviser la Régie si elle cesse d'avoir la charge des enfants.

Effet sur d'autres prestations

Le fait de recevoir des prestations pour invalidité peut faire diminuer le montant de la rente de conjoint survivant, si vous en recevez déjà une du Régime. Notez aussi que vous ne pouvez pas recevoir des prestations pour invalidité du Régime de rentes du Québec si vous recevez déjà de telles prestations du Régime de pensions du Canada.

Pour établir l'invalidité, la Régie n'applique pas les mêmes critères que la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) ou le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. Les critères utilisés par les compagnies d'assurance peuvent également différer de ceux de la Régie.

Si vous recevez ou devez recevoir des prestations d'autres organismes, publics ou privés, vérifiez auprès d'eux si la réception de prestations pour invalidité en vertu du Régime de rentes du Québec peut entraîner une réduction de vos autres prestations.

¹ Les enfants qui reçoivent déjà une rente d'orphelin ou d'enfant de personne invalide ne peuvent pas en recevoir une deuxième.

La rente d'enfant de personne invalide ne s'applique pas lorsque le bénéficiaire de la rente de retraite reçoit un montant additionnel pour invalidité.

Régie des rentes
Québec



Suite au verso

B-071-1 (14-01)

Comment faire votre demande

Remplissez le formulaire et retournez-le à la Régie sans attendre le *Rapport médical*. La date à laquelle la Régie reçoit votre demande peut influencer le début de votre prestation. En effet, la Régie ne peut pas reconnaître plus de 12 mois d'invalidité avant la date de réception de votre demande, même si vous êtes invalide depuis plus longtemps.

Vous devez faire remplir le *Rapport médical* par votre médecin et lui demander de le retourner à la Régie dans les plus brefs délais. Pour rédiger ce rapport, votre médecin peut vous réclamer des honoraires, qui sont à vos frais.

Travail à l'extérieur du Canada

Si vous avez participé à un régime de sécurité sociale à l'étranger, vous pourriez avoir droit à une pension de ce régime. Notez que la prestation du Régime de rentes du Québec n'est pas réduite si vous recevez une pension d'un autre pays.

Marche à suivre – Demande de prestations pour invalidité

1. Répondez à toutes les questions de la *Demande de prestations pour invalidité* et signez-la.
2. Remplissez et signez le **Consentement à communiquer des renseignements médicaux, psychosociaux et administratifs**.
3. Joignez une copie de tout document médical ou résultat d'analyse en votre possession concernant votre invalidité. **(Ne pas envoyer de radiographies.)**
4. Vérifiez le tarif postal, surtout si des documents sont joints, et postez votre demande le plus tôt possible à :
Régie des rentes du Québec, case postale 5200
Québec (Québec) G1K 7S9

Marche à suivre – Rapport médical

1. Remplissez vous-même la section 1 du *Rapport médical*, « Renseignements sur l'identité du requérant ».
2. Remettez le *Rapport médical* à votre médecin, qui le remplira et nous fera parvenir lui-même ce rapport.

Accès aux documents des organismes publics et protection des renseignements personnels

Les renseignements personnels recueillis dans le présent formulaire sont nécessaires à l'étude de votre demande. L'omission de les fournir peut entraîner un retard ou un rejet de traitement. Seuls les membres autorisés de notre personnel y ont accès. Ces renseignements sont communiqués à d'autres personnes ou organismes pour vérification auprès d'eux seulement dans les cas prévus par la loi. Ils peuvent aussi servir à des fins de recherche, d'évaluation, d'enquête ou de sondage. La *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* vous permet de consulter et de faire rectifier vos renseignements personnels.

Délai de réponse

Dans notre *Déclaration de services aux citoyens*, nous nous engageons à répondre à une demande de prestations pour invalidité dans un délai maximal de 150 jours si l'information reçue initialement suffit pour prendre une décision. Cependant, 3 fois sur 4, le délai habituel de traitement a été de 82 jours (résultat enregistré entre novembre 2012 et octobre 2013). Le délai débute au moment où nous avons en main votre demande et le rapport de votre médecin.

De plus, vous pouvez consulter en tout temps le service en ligne *Mon dossier* pour suivre le cheminement de votre demande.

Traitement de votre demande

La Régie effectue les étapes de traitement suivantes :

- réception et analyse de votre demande. Vérification des critères administratifs pour établir votre admissibilité selon le Régime de rentes du Québec (votre nombre d'années de cotisation au Régime, votre date d'arrêt de travail, etc.) et obtention des renseignements manquants au besoin.
- Si vous êtes admissible sur le plan administratif, d'autres étapes suivront alors :
- envoi de votre dossier à l'équipe médicale de la Régie;
- vérification des renseignements médicaux contenus dans votre demande ainsi que dans le rapport médical. Obtention, au besoin, de renseignements médicaux complémentaires auprès de votre médecin traitant, de médecins spécialistes, d'hôpitaux, de compagnies d'assurance ou d'organismes gouvernementaux avec lesquels vous avez été en contact, pour compléter votre dossier médical;
- analyse du dossier par un membre de l'équipe médicale de la Régie pour déterminer si vous pouvez être reconnu invalide selon la *Loi sur le régime de rentes du Québec*. Dans certaines situations, une expertise médicale peut être demandée;
- décision rendue par la Régie concernant votre demande.

Pour obtenir plus de renseignements



Par téléphone
Région de Québec : 418 643-5185
Région de Montréal : 514 873-2433
Sans frais : 1 800 463-5185

0100002 LE

Régie des rentes
Québec

Demande de prestations pour invalidité

Attention : vous devez sans faute inscrire votre numéro d'assurance sociale aux endroits indiqués pour éviter de retarder le traitement de votre demande.

Si l'espace est insuffisant pour répondre à certaines questions, fournissez les renseignements additionnels sur une autre feuille en n'oubliant pas d'y inscrire votre numéro d'assurance sociale. Avant chaque renseignement fourni, indiquez le numéro de la question à laquelle il fait référence.

Veuillez remplir le formulaire et le retourner à :

Régie des rentes du Québec, case postale 5200, Québec (Québec) G1K 7S9

Écrire en lettres détachées

Inscrivez votre numéro d'assurance sociale

1. Renseignements sur votre identité

Sexe	Nom de famille		Prénom	
☐ F				
☐ M	Nom de famille à la naissance, si différent		Prénom à la naissance, si différent	
Date de naissance année mois jour		Lieu de naissance (ville, province, pays)		
Nom de famille de votre mère à la naissance (nom de jeune fille)			Prénom de votre mère	
Nom de famille de votre père			Prénom de votre père	
Langue de correspondance ☐ Français ☐ Anglais				
Votre adresse (numéro, rue, appartement)				
Ville		Province	Pays	Code postal
Téléphone				
Au domicile		Autre		Poste
Si vous résidez à l'extérieur du Canada, indiquez la dernière province du Canada où vous avez habité.				

2. Participation à un régime de sécurité sociale à l'extérieur du Canada

Avez-vous participé à un régime de sécurité sociale à l'étranger? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, indiquez le ou les pays : _____

Inscrivez le ou les numéros d'assurance sociale à l'étranger : _____

3. Renseignements sur les enfants

Certaines conditions peuvent vous aider à devenir admissible à la prestation ou à faire augmenter son montant :

- si vous avez reçu des prestations familiales pour des enfants (Soutien aux enfants, allocation familiale du Québec ou prestation fiscale canadienne pour enfants);
- si vous étiez admissible à des prestations familiales, mais que vous n'en avez pas reçu en raison de votre revenu familial trop élevé.

3.1 Avez-vous eu ou pris en charge des enfants? ☐ Oui ☐ Non. Passez à la **section 4**.

3.2 Avez-vous reçu à **votre nom** des prestations familiales pour des enfants **OUI**, si vous n'en avez pas reçu, était-ce en raison d'un revenu familial trop élevé? (Ces prestations sont habituellement versées à la mère.)

☐ Oui. Remplissez ce qui suit. ☐ Non. Passez à la **section 4**.

Renseignements sur les enfants					
1^{er} enfant					
Nom de famille à la naissance		Prénom		Date de naissance année mois jour	
Lieu de naissance (province, pays)		Date d'adoption ou de prise en charge (s'il y a lieu) année mois		Date de décès (si l'enfant est décédé avant l'âge de 7 ans) année mois	
Si l'enfant est né hors du Canada	Date d'entrée au Canada année mois	Province de résidence lors de l'entrée au Canada			
2^e enfant					
Nom de famille à la naissance		Prénom		Date de naissance année mois jour	
Lieu de naissance (province, pays)		Date d'adoption ou de prise en charge (s'il y a lieu) année mois		Date de décès (si l'enfant est décédé avant l'âge de 7 ans) année mois	
Si l'enfant est né hors du Canada	Date d'entrée au Canada année mois	Province de résidence lors de l'entrée au Canada			
3^e enfant					
Nom de famille à la naissance		Prénom		Date de naissance année mois jour	
Lieu de naissance (province, pays)		Date d'adoption ou de prise en charge (s'il y a lieu) année mois		Date de décès (si l'enfant est décédé avant l'âge de 7 ans) année mois	
Si l'enfant est né hors du Canada	Date d'entrée au Canada année mois	Province de résidence lors de l'entrée au Canada			
4^e enfant					
Nom de famille à la naissance		Prénom		Date de naissance année mois jour	
Lieu de naissance (province, pays)		Date d'adoption ou de prise en charge (s'il y a lieu) année mois		Date de décès (si l'enfant est décédé avant l'âge de 7 ans) année mois	
Si l'enfant est né hors du Canada	Date d'entrée au Canada année mois	Province de résidence lors de l'entrée au Canada			
S'il y a plus de quatre enfants, inscrivez les renseignements additionnels sur une autre feuille.					

3.3 De la naissance de chaque enfant jusqu'à son 7^e anniversaire, y a-t-il eu des périodes où vous n'avez pas reçu de prestations familiales à **votre nom**? ☐ Oui ☐ Non

3.4 Depuis sa naissance ou son arrivée au Canada jusqu'à son 7^e anniversaire, chaque enfant a-t-il **toujours résidé avec vous au Canada**? ☐ Oui ☐ Non

2

Inscrivez votre numéro d'assurance sociale ▶

--	--	--

4. Prestations d'autres organismes

- 4.1 Avez-vous déjà fait une demande d'indemnité à la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) à la suite d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle (concernant ou non votre invalidité actuelle)? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, en quelle année? Indiquez le numéro de dossier :

Pour quel motif?

Indiquez la situation actuelle de votre dossier à la CSST en cochant la case appropriée.

- ☐ Je n'ai pas encore reçu de réponse de la CSST.
☐ Je reçois une indemnité de la CSST **actuellement**.
☐ Je recevais une indemnité de la CSST, mais je n'en reçois plus maintenant.
☐ La CSST a refusé ma demande.

La CSST a-t-elle demandé une **expertise médicale**? ☐ Oui ☐ Non

- 4.2 Avez-vous déjà fait une demande d'indemnité à la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) à la suite d'un accident de la route (concernant ou non votre invalidité actuelle)? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, en quelle année s'est produit l'accident?

Indiquez le numéro de dossier :

Indiquez la situation actuelle de votre dossier à la SAAQ en cochant la case appropriée.

- ☐ Je n'ai pas encore reçu de réponse de la SAAQ.
☐ Je reçois une indemnité de la SAAQ **actuellement**.
☐ J'ai reçu une indemnité de la SAAQ **dans les 12 derniers mois**, mais je n'en reçois plus maintenant.
☐ J'ai reçu une indemnité de la SAAQ, mais elle est terminée depuis plus de 12 mois.
☐ Ma demande à la SAAQ fait l'objet d'une révision présentement.
☐ La SAAQ a refusé ma demande.

La SAAQ a-t-elle demandé une **expertise médicale**? ☐ Oui ☐ Non

- 4.3 Avez-vous déjà fait une demande de prestations à une compagnie d'assurance concernant votre invalidité? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, inscrivez son nom : Indiquez le numéro de dossier :

La compagnie d'assurance a-t-elle demandé une **expertise médicale**? ☐ Oui ☐ Non

¹ On entend par « expertise médicale » une rencontre avec un médecin ou un professionnel de la santé expert à la demande d'un tiers (ex. : CSST, SAAQ, compagnie d'assurance, employeur ou autres). Contrairement au médecin traitant, l'expert n'a pas de lien thérapeutique avec la personne qu'il rencontre.

5. Études et formation

- 5.1 Quel niveau de scolarité avez-vous atteint? ☐ Primaire ☐ Secondaire ☐ Collégial ☐ Universitaire

Quel est le dernier diplôme obtenu ou la dernière année d'étude complétée?

- 5.2 Veuillez énumérer les autres cours de formation ou de perfectionnement que vous avez suivis (y compris la formation en milieu de travail, les cours d'intérêt particulier, etc.).

- 5.3 Avez-vous un permis de conduire en règle? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, indiquez la ou les classes :

S'il y a des conditions inscrites sur votre permis, indiquez lesquelles :

6. Renseignements sur votre situation de travail

6.1 **Date du début** de votre emploi actuel **ou** celle du dernier emploi occupé année mois jour
6.2 Avez-vous cessé **complètement** de travailler? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, quelle est la date de votre **dernière journée de présence** au travail? année mois jour
Si non, combien d'heures par semaine travaillez-vous? heures Quel est votre salaire brut par semaine? _____ \$
Note : veuillez aviser la Régie si vous recommencez à travailler ou si vous augmentez vos heures de travail durant l'étude de votre demande de prestations pour invalidité.
6.3 Pour quelles raisons avez-vous cessé partiellement ou complètement de travailler? _____
6.4 Quel est ou quel était votre emploi? _____
Décrivez brièvement votre travail : _____
Nom du dernier employeur : _____
ind. rég.
Téléphone _____ Poste _____
6.5 Occupez-vous un deuxième emploi? ☐ Oui ☐ Non heures
Si oui, combien d'heures par semaine travaillez-vous? _____ Quel est votre salaire brut par semaine? _____ \$
Nom de l'employeur : _____
ind. rég.
Téléphone _____ Poste _____
6.6 Actuellement, travaillez-vous à votre compte? ☐ Oui ☐ Non
6.7 Actuellement, possédez-vous une entreprise? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, indiquez le nom de l'entreprise : _____
Participez-vous encore aux activités de l'entreprise de quelque façon que ce soit? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, quelles sont vos fonctions? _____
6.8 Avez-vous déjà travaillé à votre compte **ou** possédé une entreprise dans le passé? ☐ Oui ☐ Non année mois jour
Si oui, inscrivez la date à laquelle l'entreprise a été vendue, dissoute ou fermée. année mois jour
6.9 Avez-vous déjà été ou êtes-vous responsable d'une ressource intermédiaire ou de type familial (famille ou résidence d'accueil)? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, avez-vous accueilli ou accueillez-vous à votre lieu principal de résidence neuf usagers ou moins? ☐ Oui ☐ Non

7. Renseignements sur les emplois précédents

Énumérez les derniers emplois occupés avant celui qui est mentionné à la section 6.

Nom de l'employeur	Titre de l'emploi	Durée de l'emploi		Raison du départ
		Date de début	Date de fin	
		année mois	année mois	
		année mois	année mois	
		année mois	année mois	
Si l'espace est insuffisant, inscrivez les renseignements additionnels sur une autre feuille.				

Inscrivez votre numéro d'assurance sociale ▶

--	--	--

8. Renseignements sur votre état de santé8.1 Depuis quelle date votre état de santé vous rend-il incapable de travailler régulièrement? année mois jour

8.2 Indiquez les maladies ou les déficiences qui vous empêchent de travailler ou vous limitent dans votre travail. Si vous ne connaissez pas les noms médicaux, employez vos propres termes.

8.3 Énumérez tous les médicaments que vous prenez actuellement.

Nom du médicament	Quelle dose prenez-vous?	Quand le prenez-vous?

8.4 Précisez tout autre traitement (physiothérapie, psychothérapie, etc.) suivi actuellement et l'endroit où vous le suivez.

Traitement	Nom de l'établissement

8.5 Précisez, si possible, les examens spéciaux (radiographie, tapis roulant, imagerie par résonance magnétique, test de fonction respiratoire, etc.) que vous avez subis au cours des six derniers mois concernant le problème de santé qui cause votre invalidité.

Nom de l'examen	Lieu de l'examen

8.6 Pouvez-vous vous déplacer sans aide? ☐ Oui ☐ Non

Si non, indiquez le moyen utilisé pour faciliter vos déplacements :

☐ Canne ☐ Béquilles ☐ Fauteuil roulant Autre moyen : _____

9. Renseignements sur vos médecins

Indiquez le nom des médecins qui vous soignent actuellement ainsi que le nom de ceux que vous avez consultés au sujet de votre invalidité. Précisez également le type et le nom de l'établissement où vous les avez consultés.

1^{er} médecin			
Nom du médecin		Téléphone ind. rég.	
☐ Médecin de famille ☐ Médecin spécialiste		S'il s'agit d'un médecin spécialiste, indiquez sa spécialité	
Type d'établissement	Nom de l'établissement		Date de votre dernière visite
☐ Hôpital ☐ CLSC ☐ Clinique			année mois jour
2^e médecin			
Nom du médecin		Téléphone ind. rég.	
☐ Médecin de famille ☐ Médecin spécialiste		S'il s'agit d'un médecin spécialiste, indiquez sa spécialité	
Type d'établissement	Nom de l'établissement		Date de votre dernière visite
☐ Hôpital ☐ CLSC ☐ Clinique			année mois jour
3^e médecin			
Nom du médecin		Téléphone ind. rég.	
☐ Médecin de famille ☐ Médecin spécialiste		S'il s'agit d'un médecin spécialiste, indiquez sa spécialité	
Type d'établissement	Nom de l'établissement		Date de votre dernière visite
☐ Hôpital ☐ CLSC ☐ Clinique			année mois jour
Si l'espace est insuffisant, inscrivez les renseignements additionnels sur une autre feuille.			

10. Renseignements sur vos hospitalisations

Avez-vous été hospitalisé au cours des cinq dernières années? ☐ Oui. Remplissez ce qui suit. ☐ Non

1^{re} hospitalisation	
Date approximative année mois	Raison de l'hospitalisation
Nom du centre hospitalier	Endroit
2^e hospitalisation	
Date approximative année mois	Raison de l'hospitalisation
Nom du centre hospitalier	Endroit
3^e hospitalisation	
Date approximative année mois	Raison de l'hospitalisation
Nom du centre hospitalier	Endroit

Inscrivez votre numéro d'assurance sociale ▶

--	--	--

11. Demande de rente d'enfant de personne invalide

Pour connaître les conditions d'admissibilité, référez-vous aux Renseignements concernant la demande qui sont joints au formulaire.

11.1 Remplissez ce qui suit pour chacun des enfants pour lesquels vous demandez une rente d'enfant de personne invalide. N'oubliez pas d'inscrire le **numéro d'assurance sociale des enfants** s'ils en ont un.

1 ^{er} enfant			
Sexe	Nom de famille à la naissance	Prénom	Numéro d'assurance sociale
☐ F	Date de naissance année mois jour	Lieu de naissance (ville, province, pays)	Si l'enfant est né à l'extérieur du Québec, veuillez fournir une preuve de naissance délivrée par les autorités civiles du lieu où il est né.
☐ M			
Nom de famille et prénom de sa mère à la naissance		Nom de famille et prénom de son père	
Adresse de l'enfant			
Même adresse que vous (personne invalide) ☐			
Autre adresse : _____			
Cet enfant est-il votre enfant biologique ou adoptif ? ☐ Oui ☐ Non			
Si oui, pour un enfant adoptif, inscrivez la date d'adoption : _____			
Si non, si l'enfant réside avec vous (personne invalide), indiquez depuis quelle date : _____			
S'il ne réside pas avec vous, précisez la raison : _____			
2 ^e enfant			
Sexe	Nom de famille à la naissance	Prénom	Numéro d'assurance sociale
☐ F	Date de naissance année mois jour	Lieu de naissance (ville, province, pays)	Si l'enfant est né à l'extérieur du Québec, veuillez fournir une preuve de naissance délivrée par les autorités civiles du lieu où il est né.
☐ M			
Nom de famille et prénom de sa mère à la naissance		Nom de famille et prénom de son père	
Adresse de l'enfant			
Même adresse que vous (personne invalide) ☐			
Autre adresse : _____			
Cet enfant est-il votre enfant biologique ou adoptif ? ☐ Oui ☐ Non			
Si oui, pour un enfant adoptif, inscrivez la date d'adoption : _____			
Si non, si l'enfant réside avec vous (personne invalide), indiquez depuis quelle date : _____			
S'il ne réside pas avec vous, précisez la raison : _____			

S'il y a plus de deux enfants, inscrivez les renseignements additionnels sur une autre feuille.

11.2 Parmi les enfants que vous avez nommés, y en a-t-il qui reçoivent déjà une rente d'orphelin ou une rente d'enfant de personne invalide du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, indiquez sous quel numéro d'assurance sociale : _____

11.3 S'il s'agit de vos propres enfants, **mais qu'ils n'habitent pas avec vous** (personne invalide), indiquez les sommes que vous déboursez par mois pour subvenir à leurs besoins (pension alimentaire s'il y a lieu, frais de scolarité, frais médicaux et dentaires, vêtements, fournitures scolaires, etc.).

_____ \$ par mois

7

12. Inscription au dépôt direct

Veillez fournir vos coordonnées bancaires pour adhérer au dépôt direct. Vous recevrez le versement de vos prestations directement dans votre compte d'un établissement financier canadien.

Le compte indiqué doit être à votre nom, ou au nom du bénéficiaire si vous faites la demande à sa place.

Si vous recevez déjà une rente de la Régie par dépôt direct, vos prestations seront versées dans le même compte bancaire. Dans ce cas, vous n'avez pas à remplir cette section.

Nom de l'établissement financier	Número de la succursale (transit)	Número de l'établissement	Número de compte (folio)
Adresse de l'établissement financier			

13. Déclaration et signature

Je déclare que les renseignements fournis sont complets et exacts.

D'ici à ce qu'une décision soit rendue, je m'engage à informer la Régie des rentes du Québec de tout changement relatif à ma situation de travail ou à mon état de santé.

Signature _____ Date _____ année _____ mois _____ jour _____

Si vous avez rempli ou signé ce formulaire pour la personne qui demande les prestations, veuillez fournir les renseignements demandés ci-après.

Pourquoi la personne qui demande les prestations n'a-t-elle pas rempli elle-même ou signé le formulaire?

Avez-vous un lien de parenté avec elle? ☐ Non ☐ Oui. Précisez : _____

À quel titre avez-vous signé (tuteur, mandataire, etc.)? _____

Sexe ☐ F ☐ M	Nom de famille	Prénom
	Adresse (numéro, rue, appartement)	
Ville	Province	Pays
Code postal		
Téléphone	Autre	
Au domicile	Poste	
Si vous êtes un particulier , indiquez également les renseignements suivants.		
Votre numéro d'assurance sociale	Votre date de naissance	Nom de famille de votre mère à la naissance (nom de jeune fille)
	année mois jour	



Afin d'éviter de retarder le traitement de votre demande, assurez-vous :

- d'avoir bien rempli toutes les sections du formulaire;
- d'avoir inscrit votre numéro d'assurance sociale aux endroits indiqués;
- d'avoir signé ce formulaire;
- de remplir et de signer le *Consentement à communiquer des renseignements médicaux, psychosociaux et administratifs* ci-joint.

0100009 LA


Consentement à communiquer des renseignements médicaux, psychosociaux et administratifs

Inscrivez votre numéro d'assurance sociale ►

--	--	--

Inscrivez votre numéro d'assurance maladie ►

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Écrire en lettres détachées

1. Renseignements sur votre identité

Sexe ☐ F ☐ M	Nom de famille	Prénom	Date de naissance année mois jour
	Nom de famille à la naissance, si différent		Prénom à la naissance, si différent
Nom de famille de votre mère à la naissance		Prénom de votre mère	
Nom de famille de votre père		Prénom de votre père	

2. Consentement et signature

Pour que la Régie des rentes du Québec dispose de toute l'information nécessaire à l'étude de ma demande de prestations pour invalidité, je consens à ce que tout médecin, professionnel de la santé et établissement de santé ou de services sociaux communiquent à la Régie les renseignements médicaux, psychosociaux et administratifs pertinents qu'ils détiennent à mon sujet.

Ce consentement vaut aussi pour mes employeurs ainsi que pour la Commission de la santé et de la sécurité du travail, la Société de l'assurance automobile du Québec, le Secrétariat du Conseil du trésor, le Secrétariat de la santé et des services sociaux, les Services-conseils aux gestionnaires des réseaux de l'éducation, la Commission administrative des régimes de retraite et d'assurances, et pour les administrateurs de régimes d'assurance invalidité à qui j'ai fait une demande de prestations en raison de mon état de santé.

À moins d'une révocation écrite de ma part, le présent consentement demeure en vigueur, même en cas de décès, jusqu'à la décision finale de la Régie. Il vise les renseignements médicaux, psychosociaux et administratifs présents à mon dossier de même que ceux qui seront obtenus par la suite jusqu'à la décision finale.

Signature _____

Date

	année		mois		jour
--	-------	--	------	--	------

À l'usage du destinataire :

La Régie des rentes du Québec détient l'original du consentement. La copie certifiée a la même valeur que l'original, conformément à l'article 25 de la *Loi sur le régime de rentes du Québec*.

--

Annexe B

Formulaire de rapport médical

Rapport médical

Avis au requérant

Avant de remettre ce rapport au médecin, **remplissez la section 1 « Renseignements sur l'identité du requérant »** et inscrivez votre numéro d'assurance sociale en haut des pages.

Note : Veuillez ne pas détacher cette page de renseignements du rapport médical avant de le transmettre à votre médecin, car ces renseignements lui sont nécessaires pour remplir le rapport.

Avis au médecin

Une prestation pour invalidité est payable à la personne âgée de moins de 65 ans si elle a suffisamment cotisé au Régime de rentes du Québec et si elle est déclarée invalide par la Régie des rentes du Québec.

Selon l'article 95 de la *Loi sur le régime de rentes du Québec*, une personne peut être reconnue invalide si elle remplit les deux conditions suivantes :

- sa condition médicale est **grave** et l'empêche d'exercer, à temps plein, tout genre d'emploi;
- de plus, cette condition médicale doit être **permanente**. Une invalidité est permanente si elle doit **durer indéfiniment** sans aucune amélioration possible.

Cependant, une personne âgée de 60 à 65 ans peut également avoir droit à la rente d'invalidité si son état de santé ne lui permet plus de faire le travail habituel qu'elle a quitté en raison de son invalidité. Elle doit toutefois démontrer un attachement récent au marché du travail.

Le fait d'être reconnu invalide par une compagnie d'assurance, un autre organisme ou un ministère ne donne pas droit automatiquement à une prestation pour invalidité du Régime de rentes du Québec, car leurs critères peuvent être différents de ceux de la Régie.

Depuis 2013, un **bénéficiaire de moins de 65 ans de la rente de retraite** du Régime peut recevoir un montant additionnel pour invalidité, s'il est incapable d'exercer, à temps plein, tout genre d'emploi. Il doit cependant démontrer un attachement récent au marché du travail.

Notez que les personnes qui travaillent comme ressource intermédiaire ou de type familial et qui accueillent à leur lieu principal de résidence des enfants ou des adultes peuvent maintenant cotiser au Régime et donc être admissibles aux prestations pour invalidité.

Les renseignements que vous fournirez dans ce rapport permettront au médecin évaluateur de la Régie de juger si le requérant répond aux exigences de la *Loi sur le régime de rentes du Québec*.

Facturation

L'examen médical nécessaire pour remplir ce rapport est assuré en conformité avec l'article 22f du *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*.

Les honoraires pour la rédaction de ce rapport, s'il y a lieu, doivent être facturés au requérant.

Renseignements supplémentaires

Pour vous aider à rédiger le rapport médical, la Régie a publié un ouvrage intitulé ***L'invalidité dans le Régime de rentes – Guide du médecin traitant***. Ce guide précise les éléments nécessaires au médecin évaluateur pour étudier la demande de prestations pour invalidité. Si vous ne l'avez pas reçu, vous pouvez le consulter sur notre site.

Si vous avez des questions, communiquez avec un médecin de la Régie à l'un des numéros suivants (notez que ces numéros sont à l'usage des médecins uniquement) :

Région de Québec : 418 657-8709, poste 3252
Sans frais : 1 888 249-5137, poste 3252

Note : Ce rapport médical se trouve également sur notre site au www.rmq.gouv.qc.ca et peut être rempli à l'écran.

Veuillez remplir le formulaire et le retourner à :
Régie des rentes du Québec, case postale 5200, Québec (Québec) G1K 7S9

Régie des rentes
Québec

B-076 (14-04)

0100050

LE

Régie des rentes
Québec

Rapport médical

Écrire en lettres détachées

Numéro d'assurance sociale du requérant

1. Renseignements sur l'identité du requérant

Sexe	Nom de famille	Prénom	
☐ F	Nom de famille à la naissance, si différent	Prénom à la naissance, si différent	
☐ M			
Date de naissance année mois jour		Numéro d'assurance maladie	
Adresse (numéro, rue, appartement)			
Ville		Province	Pays
			Code postal
Téléphone			
Au domicile		Autre	Poste

2. Antécédents médicaux et anamnèse

Depuis quand le requérant est-il votre patient?

Énumérez les antécédents médicaux pertinents.

Décrivez les problèmes physiques ou mentaux actuels qui sont de nature à entraîner une incapacité de travailler (symptômes, début de l'affection, évolution, thérapeutiques appliquées à ce jour). Indiquez toutes les dates importantes.

Si l'espace est insuffisant, inscrivez les renseignements additionnels à la section 10.

Régie des rentes du Québec

1
B-676 (14-04)

--	--	--

Date de l'examen année mois jour	Taille	Poids	Tension artérielle
---	--------	-------	--------------------

1. Apparence générale (posture, déplacements, etc.)	5. Thorax et poumons	9. Colonne et extrémités
2. Tête, cou, thyroïde, organes des sens	6. Cœur et vaisseaux (indiquez la classe fonctionnelle)	10. Système nerveux
3. Ganglions	7. Abdomen	11. État mental
4. Seins	8. Organes génitaux	

[illegible]

Si l'espace est insuffisant, inscrivez les renseignements additionnels à la section 10.

Ne pas détacher

☐ CSST

☐ SAAQ

☐ Compagnie d'assurance. Indiquez le nom : _____

☐ Hôpital. Indiquez le nom : 1. _____ Date approximative | _____ | _____ | _____
2. _____ Date approximative | _____ | _____ | _____
3. _____ Date approximative | _____ | _____ | _____

☐ Autre établissement : _____ Date approximative | _____ | _____ | _____
(centre de réadaptation, clinique de physiothérapie, CLSC, etc.)

Numéro d'assurance sociale du requérant

6. Diagnostic et pronostic

Diagnostic	Pronostic

7. Traitement

Votre patient prend-il des médicaments actuellement? ☐ Non ☐ Oui. Indiquez la dose et la fréquence.

Suit-il ou a-t-il suivi d'autres traitements? ☐ Non ☐ Oui. Précisez.

Prévoyez-vous d'autres consultations, investigations ou traitements? ☐ Non ☐ Oui. Précisez.

8. Capacité de travail

Cette section doit être remplie même si votre patient est à la retraite (voir l'«Avis au médecin» au début du formulaire).

Votre patient est-il apte à conduire un véhicule automobile? ☐ Non ☐ Oui

Lui avez-vous recommandé de cesser de travailler? ☐ Non ☐ Oui. Pour quelle raison et quelle durée?

Peut-il ou pourra-t-il reprendre éventuellement son travail habituel? ☐ Oui ☐ Non. Pourquoi?

Sur le plan strictement médical, peut-il ou pourra-t-il faire un autre travail? ☐ Oui ☐ Non. Pourquoi?

Le cas échéant, depuis quand son état physique ou mental l'empêche-t-il de travailler?

Régie des rentes du Québec

B-576 (14-04)

3

Numéro d'assurance sociale du requérant ▶

--	--	--

9. Capacité mentale à gérer ses affairesLa personne concernée a-t-elle la capacité **mentale** de gérer ses affaires?☐ Oui. Passez à la section 10.☐ Non. Son **incapacité** mentale à gérer ses affaires **est-elle permanente**? (Si c'est le cas, la Régie devra nommer un administrateur pour gérer la rente de cette personne).☐ Oui. Indiquez, si vous le connaissez, le nom de la personne qui administre actuellement les affaires de cette personne.Veuillez également préciser à la **section 6** « Diagnostic et pronostic » pourquoi cette personne est incapable de gérer ses affaires.☐ Non. Passez à la section 10.**10. Observations ou commentaires**

Si l'espace est insuffisant, inscrivez les renseignements additionnels sur une autre feuille en y indiquant le numéro d'assurance sociale du requérant.

11. Autres considérations

Indiquez, s'il y a lieu, les renseignements médicaux qui ne peuvent pas être communiqués à votre patient au risque de lui causer un préjudice grave.

À quel moment pourrait-il y avoir accès? _____

12. Déclaration du médecin

Nom de famille	Prénom	Numéro de permis
Adresse		Code postal
Téléphone ind. rég. Poste Télécopieur ind. rég.		
☐ Omnipraticien ☐ Spécialiste. Précisez : _____		
Je déclare que les renseignements fournis dans ce rapport sont complets et exacts et que l'état du patient est tel que je l'ai constaté au moment de mon examen clinique.		
Signature du médecin _____		Date année mois jour

En tant que médecin traitant, vous jouez un rôle déterminant dans l'étude des demandes de prestations pour invalidité.

Lorsque vous devez justifier un état d'incapacité pour la Régie des rentes du Québec, vous devez présenter :

- l'état clinique du patient;
- des preuves à l'appui;
- d'autres éléments d'information, au besoin.

**Pour plus d'information,
consultez notre section Web destinée
aux professionnels de la santé**

www.rrq.gouv.qc.ca