RETRAITE QUÉBEC
Régime de rentes du Québec

Guide des médecins

L'invalidité dans le Régime de rentes du Québec

Votre gouvernement

Québec

Remerciements

Ce guide a été réalisé par la Direction générale des communications de Retraite Québec avec la collaboration d'un groupe de médecins évaluatrices et de médecins évaluateurs de la Direction de l'évaluation et de l'expertise médicales de Retraite Québec. Nous tenons à remercier toutes les personnes qui, d'une façon ou d'une autre, ont contribué à la réalisation de cet ouvrage, 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.

Dépôt légal – 2025
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN – 978-2-555-00961-5 (PDF)

© Retraite Québec

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 37

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 pour la conduite d'un véhicule routier . . . 146

Annexe A
Formulaire de demande de prestations pour invalidité **149**

Annexe B
Formulaire de rapport médical **161**

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 58
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

La médecin traitante ou 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 d'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 Retraite Québec peut apprécier la capacité de travail de ces personnes.

Le Guide des médecins – L'invalidité dans le Régime de rentes du Québec s'adresse à l'omnipraticienne ou l'omnipraticien ou encore aux médecins spécialistes. Il vise précisément à les aider à décrire les incapacités et les déficiences de leur patiente et patient ainsi qu'à fournir tous les documents dont la médecin évaluatrice ou le médecin évaluateur a besoin pour évaluer la gravité de la maladie et la durée de l'incapacité.

La praticienne ou le praticien ne doit toutefois pas s'en remettre entièrement et uniquement au présent document 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 une même patiente ou un même patient.

Dans sa présentation actuelle, le guide couvre une grande partie des demandes de prestations d'invalidité que Retraite Québec reçoit chaque année. Le pourcentage de rentes payées pour chaque catégorie de maladies est indiqué au début de chaque chapitre.

La directrice de l'évaluation et de l'expertise médicale et médecin-chef de Retraite Québec,

Dre Nathalie Dubé

Introduction

A. Définitions **8**
1. Invalidité au sens de l'article 95 de la Loi RRQ. 8
2. Assurance salaire, assurance invalidité et prestation d'invalidité. 8
3. Termes connexes 9

B. Évaluation de la capacité de travail **10**
1. Fondement médical de l'invalidité 10
2. Prise en 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 de la médecin traitante ou du médecin traitant. 12
2. Rédaction du rapport 12
3. Documentation nécessaire 13
4. Rôle de l'équipe médicale de Retraite Québec 13
5. Frais 14

Retraite Québec a été créée par la Loi sur le régime de rentes du Québec (« Loi RRQ ») pour administrer le Régime de rentes du Québec.

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

Une fois l'admissibilité de cette personne établie, une équipe de médecins spécialement formées et 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 RRQ

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 Retraite Québec sur démonstration satisfaisante que l'état de santé de la travailleuse ou du travailleur correspond aux exigences de la loi.

Selon l'article 95 de la Loi RRQ, 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.

– Sa condition médicale est **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, qu'elle soit ou non bénéficiaire d'une rente de retraite du Régime de rentes du Québec. Cette personne doit avoir quitté son emploi ou réduit son temps de travail en raison de son invalidité. Elle doit toutefois démontrer un attachement récent au marché du travail.

Le fait qu'une personne soit reconnue invalide par une compagnie d'assurances, un autre organisme ou un ministère ne donne pas droit automatiquement à une prestation d'invalidité du Régime de rentes du Québec, car leurs critères peuvent être différents de ceux de Retraite Québec.

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

Si les séquelles de l'affection sont **graves et permanentes**, mais qu'elles ne risquent pas d'entraîner le décès, et qu'une amélioration est encore possible, quoiqu'incertaine, Retraite Québec peut demander une **réévaluation**.

2. Assurance salaire, assurance invalidité et prestation d'invalidité

L'assurance salaire, l'assurance invalidité et la prestation d'invalidité sont trois formes de protection différentes.

Assurance salaire

L'assurance salaire a pour objet d'indemniser la travailleuse ou 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 la travailleuse ou 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 » de cette personne.

Prestation d'invalidité

La prestation d'invalidité est versée en vertu du Régime de rentes du Québec pour assurer un revenu de base à la travailleuse ou au travailleur qui est reconnu invalide selon les critères établis. Elle n'a 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 des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) ou la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ).

3. Termes connexes

Déficience (*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 et une mémoire défaillante sont des déficiences.

Limitation fonctionnelle *(cannot)*

La limitation ou l'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, parce qu'elle rend certains gestes ou certaines activités impossibles, empêche la personne de travailler.

B. Évaluation de la capacité de travail

1. Fondement médical de l'invalidité

La ou 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.

Les **signes** correspondent aux anomalies anatomiques, physiologiques ou psychiques qui peuvent être observées à l'examen clinique. Dans le cas des affections psychiques, ce sont des anomalies que la ou 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.

Même s'il faut en faire mention dans le rapport médical, les allégations de la patiente ou du patient, ou encore 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 de la patiente ou du patient sur le plan anatomique, physiologique ou psychique.

2. Prise en 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, dans des situations particulières, Retraite Québec prend en considération les caractéristiques socioprofessionnelles de la personne qui a fait la demande. C'est le cas lorsque la condition médicale entraîne des incapacités objectives prolongées qui ne rendent pas cette personne 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 la personne qui a fait la demande présente un ensemble de caractéristiques socioprofessionnelles défavorables qui, associées à ses limitations fonctionnelles sévères, la 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 liés 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

Une travailleuse ou un travailleur peut être atteint de plusieurs affections ou maladies dont **aucune prise individuellement** ne l'empêcherait de travailler, mais dont l'ensemble, parce qu'il cause des incapacités multiples, peut rendre cette personne invalide au sens de l'article 95 de la Loi RRQ.

Pour en faire la démonstration, la ou le médecin décrira clairement les limitations de sa patiente ou de son patient. Il ne suffit pas de faire 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 une investigation et un 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 par les 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 de la ou du médecin doit reposer sur des critères objectifs.

Pour démontrer que sa patiente ou son patient est atteint d'une affection physique ou mentale reconnue, la ou 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 *DSM-5 – Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 5^{e} édition (DSM-5).

S'il est impossible d'utiliser les critères de ces publications, la ou 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 de la médecin traitante ou du médecin traitant

La médecin traitante ou le médecin traitant intervient à la demande de sa patiente ou de son patient afin de l'aider à fournir la preuve de son invalidité. En produisant un **rapport médical complet avec des documents médicaux à l'appui**, elle ou il facilitera l'étude du dossier.

Le rapport médical doit comporter suffisamment de détails pour permettre à Retraite Québec d'apprécier la gravité de l'incapacité et d'en estimer la durée probable. Cette incapacité doit découler des déficiences observées par la ou le médecin, et ces observations doivent être constantes d'un examen à l'autre et d'une examinatrice ou 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 Retraite Québec 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 qui décrit les répercussions de la maladie sur les activités de la patiente ou du patient.

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

Chaque fois que la preuve médicale est jugée insatisfaisante, Retraite Québec est forcée de demander des renseignements additionnels. Tout retard ou toute négligence de la part de la médecin traitante ou du médecin traitant pour répondre adéquatement à cette demande ralentit de façon non négligeable le traitement du dossier de sa patiente ou de son patient.

2. Rédaction du rapport

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

Les principaux éléments d'évaluation énumérés dans le présent guide peuvent aider la ou le médecin à choisir les renseignements qui doivent être fournis. Son rapport ne doit cependant pas se limiter à ces seuls éléments; tous les symptômes et signes de l'affection doivent être décrits.

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

- **une copie ou un résumé du dossier** provenant 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 l'ensemble des consultantes et consultants qui ont évalué la patiente ou le patient;
- **une copie d'un rapport médical adressé à l'employeur ou du dossier provenant d'un organisme payeur** (CNESST, SAAQ, Retraite Québec, compagnie d'assurances, etc.).

4. Rôle de l'équipe médicale de Retraite Québec

Une équipe de médecins spécialement formées et formés étudie les rapports médicaux présentés avec les demandes des travailleuses et travailleurs admissibles. L'évaluation n'est pas automatisée : chaque dossier est étudié individuellement.

La médecin évaluatrice ou le médecin évaluateur de Retraite Québec doit évaluer les déficiences de la travailleuse ou du travailleur et les incapacités qui en résultent à la lumière des pièces fournies. La médecin évaluatrice ou le médecin évaluateur doit aussi **juger si ces déficiences et incapacités correspondent à la définition imposée par l'article 95 de la Loi RRQ**.

Même s'il appartient à la travailleuse ou au travailleur de prouver son invalidité, Retraite Québec cherchera à se procurer d'autres renseignements si la preuve fournie est insuffisante ou que les opinions divergent. En effet, la médecin évaluatrice ou 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 de la travailleuse ou du travailleur.

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

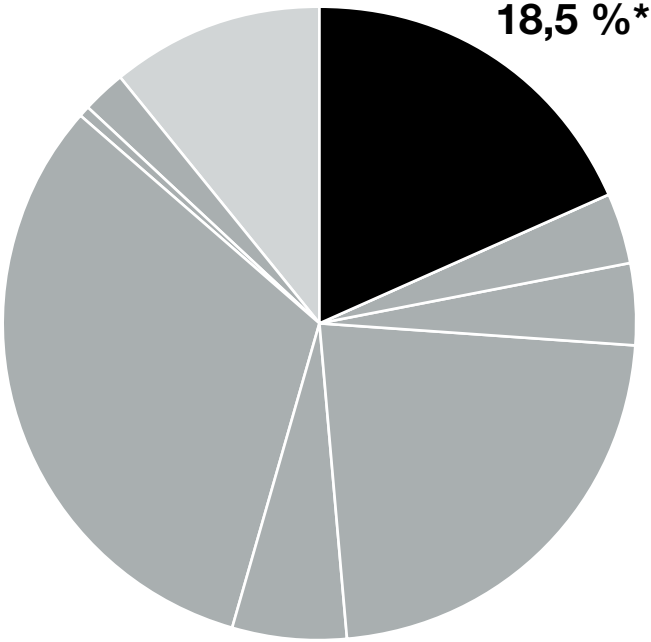
Les frais exigés pour un rapport médical demandé par Retraite Québec dans le cas d'une **réévaluation** sont remboursés à la travailleuse ou au travailleur, sur présentation de la facture médicale originale.

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

Référence :

Pour en connaître davantage sur les **directives en matière d'évaluation médicale de l'invalidité**, consultez le site de Retraite Québec au **www.retraitequebec.gouv.qc.ca**.

Chapitre 1
Maladies de l'appareil locomoteur



* Source : Retraite Québec, 2018

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 19
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 Vieillissement 20
1.2.4 Perte majeure 20
1.2.5 Amputation associée à une maladie chronique 21
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 pseudogoutte) . . . 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 encore 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 assez de détails sur l'histoire de la patiente ou du patient, ses antécédents médicaux, les examens cliniques et complémentaires que cette personne a subis ainsi que les traitements qu'elle a reçus et leur résultat pour qu'une médecin indépendante ou un médecin indépendant puisse évaluer la gravité et la durée de la déficience de la patiente ou du patient et les conséquences de cette déficience 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.

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

1.1.1 Anamnèse

La ou 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 [CNESST], etc.), la nature, la localisation et l'irradiation de la douleur, les moments où les symptômes se manifestent, 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 que la ou le médecin puisse dresser la liste des modifications d'activités professionnelles qui ont été tentées avant de conclure que la patiente ou le patient est incapable d'effectuer tout travail.

La ou le médecin doit s'assurer que les signes observés à l'examen et les plaintes de la patiente ou 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, la ou le médecin fera état d'un examen clinique détaillé de l'appareil locomoteur. Elle ou il décrira la démarche de la patiente ou du patient ainsi que 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. La présence de signes inflammatoires sera signalée, et ses observations pendant l'examen seront décrites, par exemple le comportement et la collaboration de la patiente ou du patient, sa façon de monter et de descendre de la table et de se rhabiller.

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, la ou 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 sur la base des constatations faites pendant l'examen et non simplement à partir des déclarations de la patiente ou du patient, comme « Il dit que sa jambe est faible, engourdie, etc. » **L'authenticité des signes cliniques doit être vérifiée.** Par exemple, un test d'élévation de la jambe tendue peut être fait alternativement en position assise et en position couchée. Étant donné que certains signes peuvent être intermittents, un suivi adéquat doit confirmer leur présence 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 de la patiente ou du patient et son évolution.

1.2 Situations cliniques particulières

1.2.1 Perte de fonction et douleur

En général, la douleur est temporaire et répond aux mesures thérapeutiques courantes. Elle peut contribuer à réduire la capacité fonctionnelle, mais pour être prise en considération dans l'évaluation, elle doit être causée par une affection sous-jacente reconnaissable. La ou le médecin doit établir une corrélation entre la douleur exprimée et les signes cliniques observés. Les résultats d'examens complémentaires qui permettent d'évaluer l'importance et la permanence des limitations tant physiques que psychiques doivent aussi être fournis. Une documentation des modalités thérapeutiques qui ont été tentées, dans certains cas, peut être utile.

1.2.2 Douleur chronique

Un diagnostic de « douleur chronique » ne suffit pas : les déficiences et incapacités qui empêchent la personne de travailler de façon permanente doivent être démontrées. Dans tous les cas, il importe de vérifier à l'aide d'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 ou encore usage de modalités thérapeutiques pour réduire la douleur.

1.2.3 Vieillissement

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 des 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 la forme d'une opinion orthopédique.

1.2.5 Amputation associée à une maladie chronique

Une même personne peut avoir subi une amputation et souffrir de diabète ou d'une maladie chronique de l'appareil respiratoire ou circulatoire. La ou le médecin doit porter attention à l'amplification possible des conséquences fonctionnelles d'une amputation (particulièrement à un membre inférieur) par la présence d'affections à d'autres endroits et en faire la démonstration.

1.2.6 **Fibromyalgie** (fibromyosite)

La fibromyalgie se présente comme un syndrome douloureux généralisé qui doit amener la ou le médecin de famille à faire preuve de vigilance et à 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 apparaître hors de proportion lors de l'examen physique.

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

Aucune séquelle organique grave et permanente n'a été reconnue, sauf pour quelques rares exceptions où les manifestations physiques et psychologiques sont telles 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 pseudogoutte)

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, la médecin traitante ou le médecin traitant doit :

1) présenter le tableau clinique, en particulier l'évolution de l'affection, les signes d'une incapacité fonctionnelle importante et d'une durée indéfinie qui touche 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'appuyer avec 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 ou rénale, biopsie 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, imagerie par résonance magnétique [IRM], tomodensitométrie [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 répercussions systémiques importantes (neurologiques, cardiopulmonaires, rénales, etc.).

1.3.2 Affections de la colonne vertébrale

L'incapacité causée par une affection de la colonne est généralement temporaire. De plus, avant de présumer que sa patiente ou son patient souffre d'une incapacité grave et prolongée, la ou le médecin doit s'assurer 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 (IRM, 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, la médecin traitante ou 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), ainsi que les séquelles morphologiques (taille), respiratoires (voir le 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 au moyen des examens appropriés (radiographies simples, IRM, TDM, etc.) qui révèlent :
   – 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 la patiente ou 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

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

Dans son rapport, la médecin traitante ou 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) 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 (classification TNM);
   - la réponse aux traitements et le pronostic;
2) confirmer la présence d'une lésion (tumeur, métastase, etc.) qui correspond aux manifestations cliniques au moyen :
   - d'une imagerie médicale ou d'autres examens appropriés;
   - d'un compte rendu de l'acte chirurgical;
   - d'un compte rendu d'examen histopathologique ou d'évaluation en vue d'une chimiothérapie ou d'une 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 qui ont été administrés et auxquels la patiente ou le patient a constamment collaboré.

Dans son rapport, la médecin traitante ou 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 et force);
   - atteinte des réflexes;
   - atteinte de la sensibilité;
2) confirmer la présence d'une lésion importante qui correspond aux manifestations cliniques au moyen :
   - d'une imagerie ou d'autres examens appropriés;
   - d'un compte rendu de l'acte chirurgical;

3) fournir des renseignements supplémentaires comprenant, au besoin, une évaluation en neurologie, en neurochirurgie, en physiatrie ou en orthopédie avec, le cas échéant, les résultats de la réadaptation fonctionnelle et 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 le chapitre 2 – *Maladies de l'appareil circulatoire*) ou d'une infection grave des tissus mous;
- les délabrements de tissus mous, les lésions musculaires, tendineuses, nerveuses ou 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, la médecin traitante ou 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 au moyen, par exemple, de comptes rendus d'examens de radiologie, d'histopathologie ou de laboratoire ou encore de rapports de consultation;

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 travailler. La ou le médecin doit évaluer l'état de santé général de sa patiente ou de son patient.

Dans son rapport, la médecin traitante ou le médecin traitant doit :

1) présenter le tableau clinique en plus de 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 la patiente ou le patient doit recourir à une aide technique, comme une marchette ou des béquilles à l'intérieur et un fauteuil roulant à l'extérieur, à cause :
   - d'une maladie vasculaire périphérique;
   - de complications neurologiques (perte de proprioception ou autre);
   - d'un moignon trop court ou d'autres complications persistantes, voire permanentes dans cette zone;
   - d'une atteinte du membre inférieur opposé qui limite considérablement la capacité de marcher et de se tenir debout;
   - d'une maladie cardiovasculaire ou respiratoire, ou encore d'une autre maladie systémique avec des répercussions graves sur l'état général ou d'autres complications aux organes cibles;
   - d'un diabète avec des complications neurologiques ou vasculaires périphériques ou encore avec des complications aux organes cibles;
2) confirmer la présence des affections observées à l'examen clinique au moyen des résultats d'examens et des 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, la médecin traitante ou 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 qui correspondent aux observations cliniques au moyen de tests de laboratoire et de 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 est essentielle pour prouver 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. La ou le médecin doit tout particulièrement s'employer à démontrer les déficiences et les incapacités qui empêchent sa patiente ou son patient de travailler, autant sur les plans physique que psychique.

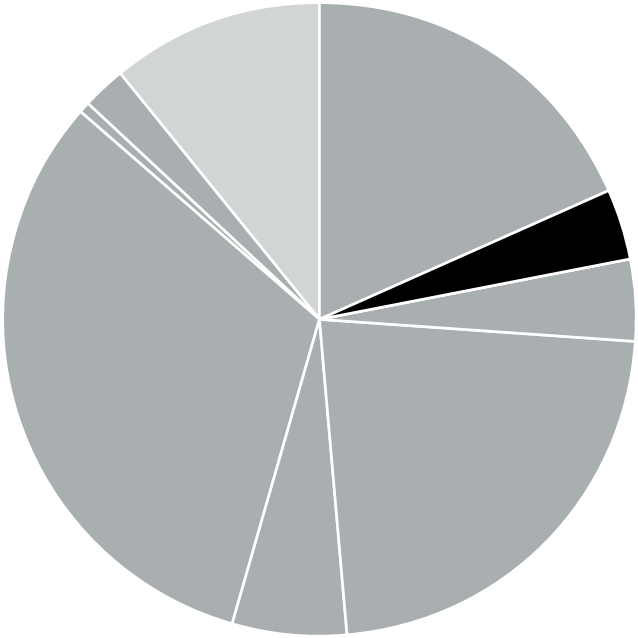
Dans son rapport, la médecin traitante ou le médecin traitant doit :

1) présenter le tableau clinique, préciser plus particulièrement les signes observés qui peuvent confirmer l'atteinte fonctionnelle dont elle ou il fait état et prendre soin d'exclure la possibilité d'une affection rhumatologique ou psychologique (puisque cette dernière peut être liée directement à la fibromyalgie ou à une autre maladie);

2) confirmer ses observations au moyen des résultats d'examens complémentaires appropriés;

3) présenter tout rapport d'évaluation psychiatrique ou psychosomatique en sa possession (voir le chapitre 6 – Troubles mentaux).

Chapitre 2
Maladies de l’appareil circulatoire



* Source : Retraite Québec, 2018

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. 37
2.3.1 Insuffisance cardiaque chronique. 37
2.3.2 Cardiopathie hypertensive. 38
2.3.3 Insuffisance coronarienne ou cardiopathie ischémique 38
2.3.4 Arythmies. 39
2.3.5 Cardiopathies congénitales symptomatiques (cyanogènes ou non) confirmées par une imagerie appropriée ou un cathétérisme cardiaque 40
2.3.6 Cardiopathies valvulaires (sténose ou régurgitation valvulaire) confirmées par une imagerie appropriée ou un cathétérisme cardiaque 41
2.3.7 Cardiomyopathie confirmée par une imagerie appropriée ou un 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. 46
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. 49
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 qui couvre **une période suffisante** d'observation et de traitement pour que la gravité de la maladie en cause soit déterminée et que sa durée soit prévue.

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

   Pour la patiente ou le patient qui n'**a reçu aucun traitement** de façon continue, ou qui n'est tout simplement pas suivi par une ou 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 est possible que l'état pathologique d'une patiente ou 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 qui ne figure pas dans le présent guide ou qu'il existe 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 la médecin traitante ou 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 un stress
4. Ventriculographie radio-isotopique
5. Perfusion myocardique avec thallium ou Sesta MIBI, au repos et après un 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 à partir du type de traitement administré ou prévu. Étant donné le temps qu'exige 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 une chirurgie de revascularisation, il faut en général attendre trois mois pour être en mesure de bien évaluer les résultats du traitement. Les résultats d'une épreuve d'effort réalisée une ou deux semaines après une angioplastie peuvent servir à évaluer la capacité fonctionnelle pour les trois mois qui suivent l'intervention, si l'état de la patiente ou du patient n'a pas changé assez pour l'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 d'une 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'une angine de poitrine, d'un infarctus du myocarde ou d'une dysfonction ventriculaire. S'il s'agit d'une insuffisance coronarienne, elle sera confirmée au moyen d'examens complémentaires (voir la section 2.4 – *Techniques d'évaluation*).

1. Le diagnostic de l'**angine typique** est basé classiquement sur les questions suivantes :
   – 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 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 le cas de 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, en particulier chez les diabétiques, peut être une manifestation d'angine, surtout s'il est 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 d'un monitorage avec Holter.

Les patientes et patients peuvent être répartis en trois groupes :

Type I – Patiente ou patient totalement asymptomatique;

Type II – Patiente ou patient asymptomatique après un infarctus;

Type III – Patiente ou patient angineux, avec des 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. La ou 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 que la gravité de l'incapacité puisse être évaluée, la patiente ou le patient doit recevoir un traitement optimal (diurétiques, spironolactone, nitrates, digitale, inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ou antagoniste des récepteurs de l'angiotensine (ARA) ou encore bêta-bloqueurs), et son état doit être stable.

Dans son rapport, la médecin traitante ou 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 qui apparaît au repos ou durant les activités de la vie quotidienne;
   - de signes de congestion pulmonaire ou périphérique et de la présence d'un troisième bruit cardiaque (B3), etc.;

2) confirmer l'augmentation du volume cardiaque au moyen de techniques d'imagerie appropriées (échocardiographie, ventriculographie isotopique ou résonnance magnétique cardiaque);

3) fournir des renseignements supplémentaires, le cas échéant, qui confirment la gravité des manifestations cliniques, telles :
   - une fraction d'éjection du ventricule gauche (abaissée à 30 % ou moins, par exemple) mise en évidence avec les techniques d'imagerie appropriées mentionnées ci-dessus;
   - 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 que la gravité de l'incapacité puisse être évaluée, la patiente ou le patient doit recevoir un traitement optimal, et son état doit être stable.

Dans son rapport, la médecin traitante ou 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 que la gravité de l'incapacité puisse être évaluée, la patiente ou le patient doit recevoir un traitement optimal (bêta-bloqueurs, nitrates, bloqueurs des canaux calciques ou revascularisation), et son état doit être stable.

Dans son rapport, la médecin traitante ou le médecin traitant doit :

1) présenter le tableau clinique des manifestations angineuses déclenchées par les activités de la vie quotidienne, même si la patiente ou 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 au moyen de **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 un agent pharmacologique;
   - une échographie cardiaque après un effort ou avec un 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 d'une coronaropathie grave qui ne répond 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 une ou un médecin de compétence reconnue en la matière après un examen clinique, **les deux éléments ci-dessous** :
     - un tableau clinique (voir le point 1) qui décrit, s'il y a lieu, les manifestations de dysfonction ventriculaire;
     - une angiographie qui révèle l'une des caractéristiques suivantes :
       - une sténose de 50 % ou plus du tronc commun en l'absence d'un pontage;
       - une sténose de 70 % ou plus d'une artère coronaire en l'absence d'un pontage;
       - une sténose de 50 % ou plus sur un long segment (plus de 1 cm) d'une artère coronaire en l'absence d'un pontage;
       - une sténose de 50 % ou plus d'au moins deux artères coronaires en l'absence d'un pontage;
       - une obstruction totale d'un vaisseau qui présente un pontage.

2.3.4 Arythmies

Pour que la gravité de l'incapacité puisse être évaluée, la patiente ou le patient doit recevoir un traitement optimal, les possibilités de fulguration ayant été envisagées, et son état doit être stable.

Dans son rapport, la médecin traitante ou 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 qui confirment la présence d'une 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 une imagerie appropriée ou un cathétérisme cardiaque

Pour que la gravité de l'incapacité puisse être évaluée, la patiente ou le patient doit recevoir un traitement optimal, et son état doit être stable.

Dans son rapport, la médecin traitante ou 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 ci-dessous :
     - hématocrite de 55 % ou plus;
     - saturation de l'oxygène artériel inférieure à 90 % à l'air ambiant ou pression partielle à l'oxygène (PaO_2) de 60 mm de Hg ou moins :
       - *shunt* droite-gauche intermittent causant une cyanose d'effort (voir la physiologie du syndrome d'Eisenmenger) et accompagné d'une PaO_2 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 la section 2.2 – *Situations cliniques particulières*);
       - arythmie récidivante avec manifestations cliniques et examens complémentaires (voir la 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 au point 1 au moyen des comptes rendus d'examens complémentaires appropriés.

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

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

2.3.7 Cardiomyopathie confirmée par une imagerie appropriée ou un 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 appuyée par des documents.

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 elle peut nécessiter une intervention chirurgicale ou endovasculaire en cas de complications (expansion, rupture ou 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 avec la méthode endovasculaire. Les faux anévrismes traumatiques sont d'ordinaire traités de la même façon.

Les anévrismes ne provoquent habituellement pas de symptômes. Ils ne présentent en général pas de signes non plus en dehors de la phase aiguë, à moins de complications.

Dans son rapport, la médecin traitante ou 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 avec des complications (insuffisance cardiaque, hypertension artérielle, insuffisance rénale, angine mésentérique, insuffisance artérielle des membres inférieurs ou troubles neurologiques);
   - d'un anévrisme athéromateux avec des complications : insuffisance rénale, insuffisance artérielle des membres inférieurs ou embolies athéromateuses;

2) confirmer son diagnostic au moyen des comptes rendus d'examens complémentaires appropriés (radiographie, échographie, tomodensitométrie ou angiographie) et des 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 la patiente ou 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 ou traumatisme), l'atteinte artérielle ne donne pas toujours lieu à des manifestations pathologiques. L'anamnèse et l'examen clinique permettent non seulement de diagnostiquer 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 qui touche 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 ou 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 ou perte tissulaire : associées à des symptômes d'ischémie sévère.

Dans son rapport, la médecin traitante ou 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 au moyen d'examens complémentaires;

   Ces examens, qui permettent aussi de préciser le type de 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, comme le rapporte la classification de Fontaine. Un indice inférieur à 0,6 est caractéristique d'une claudication intermittente, à 0,3, d'une douleur de repos et d'une ischémie critique.

   L'épreuve d'effort est faite sur un tapis roulant selon la technique standardisée de pente et de vitesse. Elle permet d'évaluer la tension artérielle et l'index vasculaire après un 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 suggèrent habituellement une claudication intermittente.

   L'artériographie est maintenant réservée à une procédure thérapeutique telle une angiodilatation percutanée ou à la planification d'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, la ou le médecin doit fournir une copie des résultats de toute évaluation faite par une chirurgienne ou un chirurgien vasculaire ou cardiovasculaire, par une personne spécialisée en médecine interne ou par une 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 avec des médicaments ou par chirurgie 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 de porter un bas support ou au non-respect du traitement par la patiente ou le patient. Il est donc indispensable de connaître le type de traitement et de savoir s'il est bien appliqué ou si une modification de celui-ci peut améliorer les complications d'apparence incontrôlables qui sont à l'origine de l'incapacité de travail.

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

Dans son rapport, la médecin traitante ou le médecin traitant doit :

1) présenter le tableau clinique en précisant :
   - les **symptômes** : douleur, lourdeur, crampes nocturnes, fourmillements, prurit, fatigue en position 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 localisation des varices, puis compétence 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 dermite de stase et les ulcérations signalent un processus plus sévère. Les éléments clés à évaluer sont la persistance de l'œdème et la récidive d'ulcères en dépit d'un traitement médical adéquat.

2) confirmer la gravité des manifestations cliniques au moyen des résultats d'examens complémentaires, en particulier de l'échographie Doppler veineuse des membres inférieurs. La phlébographie traditionnelle n'est généralement pas nécessaire;

3) fournir les rapports d'évaluation en chirurgie vasculaire ou cardiovasculaire, en médecine interne ou en cardiologie.

Si une chirurgie est pratiquée, la situation doit être évaluée de 6 à 12 mois après l'intervention.

2.3.12 Lymphœdème

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

Dans son rapport, la médecin traitante ou 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 au moyen des examens appropriés. Une évaluation par une ou 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 lors d'une exposition au froid ou à d'autres facteurs déclenchants. À lui seul, le phénomène de Raynaud empêche rarement de travailler, puisque le travail et une température ambiante confortable permettent une vie normale. Toutefois, lorsqu'il se complique de troubles trophiques, il peut entraîner des limitations graves.

Dans son rapport, la médecin traitante ou le médecin traitant doit :

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

   La médecin traitante ou le médecin traitant doit également établir les occupations et emplois de la patiente ou du patient dans le passé

ainsi que son exposition à des objets vibrants. L'utilisation de la main comme 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 au moyen des examens appropriés telle 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 au moyen d'examens simples faits dans un 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 à 12 dérivations, enregistré au repos. Une interprétation par ordinateur n'est acceptable que si elle a été soumise à une vérification par une ou un médecin dont la compétence est reconnue dans ce domaine.

La ou 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 un tapis roulant ou une 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 évaluer 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 liés à l'épreuve d'effort seront évalués par une ou 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 12 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 de la patiente ou du patient et supervisée par une ou un médecin qualifié. Si d'autres protocoles ou techniques sont utilisés pour cette épreuve, les dépenses énergétiques doivent être 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 qui entraîne 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 effectuée 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 de faire passer l'épreuve d'effort immédiatement après une période de repos complet ou d'inactivité (par exemple, deux semaines), puisque l'état de déconditionnement dans lequel se trouve la patiente ou 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 la patiente ou 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 dans le dossier.

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

- En l'absence d'un traitement avec digitale ou d'hypokaliémie, dépression horizontale ou descendante du segment ST d'au moins 1 mm pour au moins trois complexes consécutifs qui se trouvent 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 d'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 qui est 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 qui persiste pendant au moins une minute au cours de la période de récupération;
- ECG qui présente un sous-décalage du segment ST d'au moins 1 mm par rapport à la ligne isoélectrique au repos, qui se produit pendant l'exercice et qui persiste trois minutes ou plus 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 au moyen d'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 ainsi que des signes et symptômes concomitants que la patiente ou le patient a notés, permettre une évaluation plus adéquate des douleurs thoraciques qui surviennent lors d'activités courantes. Toutefois, 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 consignés dans le dossier. Le cardio-mémo et le moniteur implanté de type Reveal sont parfois utilisés. Il existe également plusieurs systèmes de surveillance à distance.

2.4.7 Cathétérisme cardiaque

Angiographie coronarienne

Si les résultats de la coronarographie sont disponibles, la ou 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. Certaines personnes atteintes 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 un 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 dyskinésie, ainsi que la contraction globale du ventricule mesurée d'après la fraction d'éjection.

2.4.8 *Scan* cardiaque

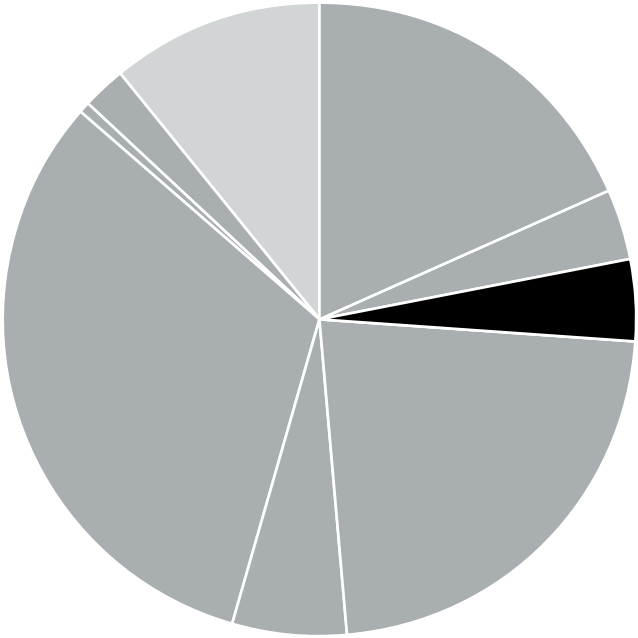
Il s'agit d'une nouvelle technique de plus en plus répandue.

- 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 d'une personne permet de diagnostiquer précocement une maladie coronarienne infraclinique, non détectable par un test à l'effort, et de traiter agressivement ces patientes et patients en prévention secondaire avec statine et acide acétylsalicylique.
- 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 une bradycardie adéquate de la personne examinée. 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 la personne qui fait fonctionner l'appareil en ont 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 infarci, ou viable et en hibernation et de diagnostiquer une myocardite et des cardiomyopathies (le ventricule droit arythmogène, en particulier).

Chapitre 3
Maladies de l’appareil respiratoire



* Source : Retraite Québec, 2018

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 65
3.3.4 Pneumoconioses 66
3.3.5 Bronchiectasies 66
3.3.6 Tuberculose, infections par des mycobactéries, mycoses et autres infections respiratoires chroniques 66
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

Plusieurs 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 de la personne 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'une ou 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, la ou le spécialiste consulté fera des suggestions thérapeutiques avant de procéder à l'évaluation définitive.

4. Questions de base servant à l'évaluation

La démarche pour 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?
- Est-ce que la patiente ou le patient reçoit le traitement optimal qui convient à sa maladie?
- Est-ce que la patiente ou le patient est fidèle au traitement?
- Le déficit respiratoire est-il grave?
- Le déficit rend-il la patiente ou 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, y compris :

- la description, la chronologie et l'importance des symptômes;
- les hospitalisations rendues nécessaires en raison d'une détérioration de la fonction respiratoire;
- les répercussions de l'atteinte respiratoire sur les autres systèmes (telles qu'elles sont signalées par la médecin traitante ou le médecin traitant);
- un compte rendu aussi précis que possible des conditions de travail et des tâches accomplies par la patiente ou le patient (particulièrement si cette personne a 60 ans ou plus);
- les antécédents médicaux, chirurgicaux et traumatiques;
- le tabagisme ainsi que la médication nécessaire au 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 britannique, pour en établir la sévérité (voir le 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. Toutefois, ils contribuent presque toujours à la précision du diagnostic, à l'identification des facteurs précipitants et à l'évaluation de l'intensité du traitement.

Tableau 1
Classification de la dyspnée

Question	Réponse	
	Non	**Oui**
A. Vous sentez-vous essoufflé(e) 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 : FISHMAN, A.P, *Bulletin européen de physiopathologie respiratoire*, n^{o} 15, 1979, p. 789-804.

2. Examen clinique

L'examen clinique, en particulier celui des appareils respiratoire et cardiovasculaire; la médecin traitante ou le médecin traitant cherchera aussi la présence de râles, une cyanose, des traces d'hippocratisme digital ou des signes d'insuffisance cardiaque droite (hypertension veineuse, hépatomégalie ou œdème).

3. Radiographie pulmonaire

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

4. Épreuves de fonction respiratoire

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

5. Gazométrie artérielle

La gazométrie artérielle, qui renseigne sur la PaO_2 et la pression partielle du CO_2 ($PaCO_2$), le pourcentage de saturation (SaO_2) 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. Il est entendu que, dans son appréciation des résultats des gaz artériels, la ou le médecin tiendra compte de l'âge de sa patiente ou de son patient. En effet, les valeurs normales de la PaO_2 s'abaissent en vieillissant. On peut corriger les valeurs 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 (mm de Hg)	**SaO_2 (%)**	**$PaCO_2$ (mm de Hg)**
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

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

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

Groupe A – Si	CVF[1] > 80 % préd. VEMS[2] > 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 de la patiente ou du patient. Il devient donc important 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 de la ou du spécialiste consulté, peuvent être inclus dans l'investigation devront permettre de déterminer la classe du déficit (voir le tableau 3 – *Classification du déficit respiratoire selon les résultats de la spirométrie* et le 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, la capacité résiduelle fonctionnelle, la capacité vitale (CV) et le volume résiduel. 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 cas de maladies obstructives. Cette anomalie contribue souvent à la dyspnée dans les cas de syndromes obstructifs.

1. Capacité vitale fonctionnelle
2. Volume expiratoire maximal par seconde

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

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 D_LCO est souvent très abaissée dans les cas d'emphysème pulmonaire, de fibroses interstitielles et d'atteintes vasculaires pulmonaires, y compris l'hypertension.

3. Épreuve d'effort

La performance à l'effort d'une patiente ou d'un patient qui souffre d'une maladie pulmonaire peut varier beaucoup. En général, les différents paramètres de la fonction respiratoire sont mesurés au repos et souvent insuffisants pour bien évaluer la tolérance à l'effort, sauf s'il existe une atteinte sévère.

L'épreuve d'effort calibrée, en laboratoire, représente la meilleure façon d'évaluer directement le fonctionnement des appareils 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 de la patiente ou du patient à travailler.

Le protocole recommandé est celui d'un effort à charge progressive, jusqu'à l'atteinte de la capacité maximale, comme il est décrit par Jones (stade I). Les paramètres à mesurer incluent la charge atteinte (par exemple, en watts), la consommation d'oxygène, la ventilation-minute, la fréquence respiratoire, le volume courant, la saturation à l'effort, la fréquence cardiaque, la tension artérielle et l'ECG (troubles du rythme et sous-décalages du segment ST). La mesure des gaz dans le 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, les autres facteurs ci-dessous doivent aussi être pris en considération (voir le 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 ß2 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 l'administration de bronchodilatateurs. On doit utiliser les valeurs obtenues après l'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 de manière considérable 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 qui entraîne une chute de 20 % du VEMS (CP_{20}).

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

3. Manifestations cliniques

Il faut tenir compte des facteurs liés aux manifestations cliniques de l'asthme (voir le tableau 4 – *Facteurs aggravants de l'asthme*) qui peuvent aussi limiter la capacité de travail de la personne malade. Une réévaluation de la patiente ou du patient pourra être effectuée 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 liés à la prise de hautes doses de prednisone de façon intermittente 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. – BD[4] au besoin < 2 fois/sem. – ± stéroïdes inhalés à faible dose[5]
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 dose[5] chaque jour
Grave	> 29 %	CP_{20} < 0,125 mg/ml	– Crises diurnes ou nocturnes fréquentes – Symptômes continuels qui limitent 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 *status asthmaticus* grave

Notes :

1. Amélioration du VEMS après l'inhalation de deux bouffées d'un bronchodilatateur ß2 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 ß2 – adrénergique en inhalation.
5. Une forte dose correspond à ≥ 1000 mcg de béclométhasone ou à ≥ 800 mcg de budésonide comme dose minimale quotidienne nécessaire pour stabiliser la condition de la personne 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 personnes qui ont des symptômes importants. L'American Thoracic Society 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 de la patiente ou du patient évolue rapidement et se détériore, on considérera les facteurs liés au pronostic de la maladie.

1. Cancers opérables ou qui ont donné lieu à 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 traités par radiothérapie ou chimiothérapie

Ces malades ont généralement plus de symptômes, et le pronostic est plus sombre. Les effets secondaires du traitement ajoutent encore aux problèmes des personnes atteintes, de sorte qu'elles 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 personnes malades qui ont un cancer inopérable que chez celles qui ont un cancer opérable.

Pour plus de précisions, voir le 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 d'évaluer le déficit fonctionnel respiratoire.

Lorsque la maladie est stabilisée, l'état de la patiente ou 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 ainsi que 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 qui témoignent d'une surcharge ou d'une insuffisance ventriculaire droite :

1) bruit de galop du cœur droit;
2) distension des jugulaires;
3) hépatomégalie;
4) œdème périphérique;
5) augmentation du volume du ventricule droit visible à la radiographie ou au moyen d'autres techniques d'imagerie comme l'échocardiogramme;
6) hypertrophie du ventricule droit détectée à l'ECG;
7) augmentation de la pression artérielle pulmonaire mesurée par cathétérisme du cœur droit, si cela a déjà été 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).

La ou le médecin doit démontrer, documents à l'appui, 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. Pour une patiente ou un patient chez qui on soupçonne un tel problème, une évaluation plus précise doit être effectuée.

La fragmentation du sommeil et l'hypoxémie nocturne qui accompagnent l'apnée peuvent provoquer divers problèmes comme 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 patientes et patients, le traitement entraînera une régression complète ou quasi complète des symptômes. Cependant, en l'absence de traitement, ou si le 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. La détérioration des fonctions cognitives peut être évaluée en fonction des troubles mentaux associés, s'il y a lieu (voir le 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, la médecin traitante ou 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 l'atteinte à l'aide d'**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 précise 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/mm de HG 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.)	**VO_2 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, la médecin traitante ou le médecin traitant doit inclure les éléments indiqués pour les maladies pulmonaires chroniques avec dyspnée (voir la sous-section 3.3.1) et doit tenir compte des facteurs aggravants de l'asthme (voir le tableau 4 – *Facteurs aggravants de l'asthme*).

3.3.3 Fibrose kystique

Dans son rapport, la médecin traitante ou le médecin traitant doit :

1) présenter le tableau clinique des épisodes de bronchite, de pneumonie, d'hémoptysies ou d'insuffisance respiratoire de sa patiente ou 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 dans les comptes rendus d'examens appropriés (voir la 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 CNESST.

Dans son rapport, la médecin traitante ou 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 à l'aide d'au moins un des éléments exigés pour les maladies pulmonaires chroniques avec dyspnée (voir la 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 touché.

3.3.5 Bronchiectasies

Dans son rapport, la médecin traitante ou le médecin traitant doit :

1) présenter le tableau clinique des épisodes de bronchite, de pneumonie, d'hémoptysies ou d'insuffisance respiratoire qui nécessitent une intervention médicale; elle ou il peut présenter le type de germes par lequel la personne malade est contaminée et la fréquence des traitements antibiotiques par la bouche ou par intraveineuse ainsi que le nombre d'hospitalisations nécessaires;
2) confirmer la présence d'une limitation importante de la fonction respiratoire à l'aide d'au moins un des éléments exigés pour les maladies pulmonaires chroniques avec dyspnée (voir la 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, la médecin traitante ou le médecin traitant doit :

1) présenter le tableau clinique de la maladie en cause et son évolution en dépit d'un traitement approprié. Elle ou il doit également s'assurer que les effets attendus du traitement se sont produits;
2) confirmer la présence d'une limitation importante de la fonction respiratoire à l'aide d'au moins un des éléments exigés pour les maladies pulmonaires chroniques avec dyspnée (voir la sous-section 3.3.1 – *Maladies pulmonaires chroniques avec dyspnée*).

3.3.7 Cœur pulmonaire consécutif à une hypertension pulmonaire chronique

Dans son rapport, la médecin traitante ou le médecin traitant doit :

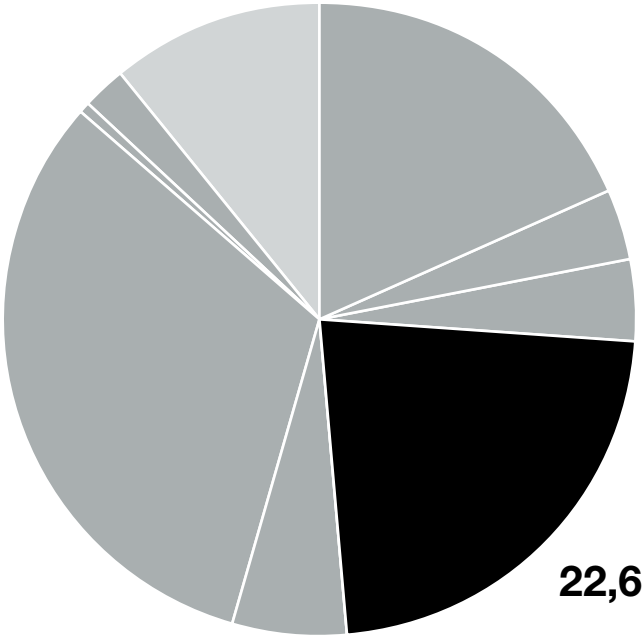
1) présenter le tableau clinique d'un cœur pulmonaire chronique (voir la sous-section 3.2.4 – Cœur pulmonaire chronique et affection du système vasculaire pulmonaire);
2) confirmer son diagnostic à l'aide d'au moins un des éléments suivants :
   - une pression artérielle pulmonaire moyenne supérieure à 40 mm de 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 la sous-section 2.2.1 – *Insuffisance cardiaque chronique*).

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

Dans son rapport, la médecin traitante ou le médecin traitant doit :

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

Chapitre 4
Maladies du système nerveux



* Source : Retraite Québec, 2018

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 ou encore maladie d'Alzheimer) 80
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 82
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 83
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 84
4.2.16 Dystrophie musculaire 84

Les atteintes neurologiques peuvent interférer avec les activités de la vie quotidienne, les activités de la vie domestique ou les activités de la vie socioprofessionnelle. 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 ou épisodes d'ischémie cérébrale transitoire). Elle peut évoluer par poussées (sclérose en plaques), être progressive (tumeur cérébrale ou maladie du neurone moteur) ou épisodique (épilepsie, troubles de la vigilance ou perte de conscience). Il peut s'agir d'une perte de fonction (paralysie, anesthésie ou atteinte cognitive), d'une augmentation de l'activité motrice (dyskinésies ou convulsions) ou d'un changement dans la qualité d'une fonction (dystonie, dysesthésie ou syndrome douloureux).

Une atteinte prolongée peut signifier un déficit stable sans espoir d'amélioration considérable (hémiplégie spastique depuis un an), un déficit important susceptible de progresser, selon la cause diagnostiquée (tumeur cérébrale, maladie d'Alzheimer ou maladie du neurone moteur) ou un déficit important d'évolution incertaine ou imprévisible (déficit majeur à la suite d'une première poussée de sclérose en plaques).

Les conséquences de l'affection sur le plan fonctionnel ne peuvent être évaluées qu'après l'administration d'un traitement optimal y compris, s'il y lieu, la réadaptation et des mesures correctrices (aides techniques). Dans le cas d'une patiente ou d'un patient de moins de 60 ans, la ou le médecin indiquera la date depuis laquelle cette personne est atteinte d'une affection incompatible avec tout travail rémunérateur et, dans le cas d'une patiente ou d'un patient de 60 ans ou plus, la date à laquelle cette personne 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 précisés ci-dessous.

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, la capacité de calcul, le jugement, le bagage d'information ainsi que les capacités d'abstraction et de construction. Les effets des déficits cognitifs sur la capacité fonctionnelle doivent être précisés.

Sur le plan du comportement, il faut indiquer les changements de personnalité ainsi que 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 dans quelle mesure 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 attribuables à chaque nerf.

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 sustension
- 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 l'Échelle d'évaluation de la force musculaire) : proximale, distale, déficit latéralisé, focalisé
- membres supérieurs et inférieurs

Échelle d'évaluation de la force musculaire

5	Force normale
4	Faiblesse contre résistance
3	Capacité à vaincre la gravité, pas de contre-résistance
2	Capacité à bouger si la gravité est éliminée
1	Contraction musculaire sans mouvement articulaire
0	Aucune contraction musculaire
—	Non classifiable à cause d'un lâchage (*give-way*) ou d'une douleur

5. Sensibilité

La ou 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, la causalgie, l'algodystrophie, le syndrome spinothalamique ou thalamique ou encore la névralgie doivent être décrits.

6. Réflexes

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

Cutané plantaire

Réflexes archaïques
préhension
moue
succion
palmo-mentonnier

7. Système nerveux autonome

Les atteintes comprennent les chutes de la tension artérielle ainsi que les troubles des sphincters (rétention ou incontinence) et de la fonction sexuelle consécutifs surtout à des problèmes de la moelle épinière. Il peut aussi y avoir une atteinte du système nerveux autonome (SNA) dans le cas de maladies dégénératives, comme la maladie de Parkinson.

Les anomalies que la ou le médecin aura trouvées lors de son examen lui permettront d'orienter son diagnostic vers une atteinte radiculaire, une atteinte nerveuse périphérique ou une atteinte centrale (neurone moteur supérieur ou inférieur).

4.1.2 Bilan paraclinique

La description des anomalies considérables que les examens complémentaires ont révélées appuie le diagnostic et, dans certains cas, démontre la lésion sous-jacente au déficit neurologique. **La ou 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 ou *scanner*) et résonance magnétique nucléaire;
- 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 ou muscle).

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

4.2 Évaluation des maladies du système nerveux

4.2.1 Accident vasculaire cérébral

Dans son rapport, la médecin traitante ou 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 qui touche un hémicorps (hémiparésie) ou les quatre membres (quadriparésie) et qui entraîne des perturbations de la motricité globale et de la motricité fine, de la démarche et de la posture;
   - un problème sensitif qui touche un hémicorps et qui affecte les modalités de la sensibilité primitive (douleur ou 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 au moyen des 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; rares sont les occasions où la ou le médecin est témoin d'une crise qui lui permet de poser le diagnostic. En fait, il peut souvent avoir pour base l'histoire relatée par la patiente ou le patient et ses proches ou, encore mieux, par la description d'une ou d'un observateur fiable.

Les épilepsies sont subdivisées en crises généralisées (souvent de type tonicoclonique) et en crises partielles (ou focales), qui peuvent être simples ou complexes (avec altération de la conscience). Toute crise partielle simple peut devenir complexe. Toute crise partielle peut devenir généralisée. Une même personne 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 de la personne atteinte, la ou 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 des crises ou leur type;
– le diagnostic étiologique sous-jacent (ancien traumatisme ou 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 et toxicomanie.

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 potentiellement dangereuses.

Dans son rapport, la médecin traitante ou 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 de la patiente ou du patient;

2) confirmer le diagnostic au moyen des examens complémentaires appropriés (EEG ou autres) et le maintien du niveau thérapeutique de la médication prescrite par des dosages sériques périodiques ou ponctuels. Une copie des résultats doit être jointe.

4.2.3 Tumeurs cérébrales primaires

Dans son rapport, la médecin traitante ou le médecin traitant doit :

1) présenter le tableau clinique, notamment en fonction d'une atteinte épileptique (voir la sous-section 4.2.2 – Épilepsie), motrice (voir le chapitre 1 – *Maladies de l'appareil locomoteur*) ou cognitive (voir la 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 ou glioblastome multiforme), médulloblastome, épendymoblastome 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, la médecin traitante ou 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 ou encore maladie d'Alzheimer)

Dans son rapport, la médecin traitante ou 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 au moyen d'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
(comme la chorée de Huntington, l'ataxie de Friedreich et l'hérédoataxie cérébelleuse)

Dans son rapport, la médecin traitante ou le médecin traitant doit :

1) présenter le tableau clinique et démontrer qu'il existe 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 la sous-section 6.3.1 – *Troubles neurodéveloppementaux*);

2) confirmer le diagnostic au moyen des 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, la médecin traitante ou le médecin traitant doit :

1) présenter le tableau clinique, en particulier en fonction des déficits fonctionnels permanents comme :
   - 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;

2) confirmer la présence des lésions et ses observations au moyen d'examens complémentaires appropriés (TDM cérébral, IRM, EEG, etc.) et des évaluations neurologiques ou neurochirurgicales;

3) fournir les renseignements supplémentaires sur l'état psychique (voir le 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, la médecin traitante ou 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 ou proprioception);
   - d'un déficit du contrôle des sphincters (vessie ou intestins);
   - d'un déficit visuel important comme une perte de vision, des scotomes, une diplopie ou une 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 au moyen des examens complémentaires appropriés : IRM, TDM, potentiels évoqués (auditifs, visuels ou somesthésiques) et liquide céphalo-rachidien (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, la médecin traitante ou 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 au moyen d'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, la médecin traitante ou 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 au moyen d'une imagerie ou d'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, la médecin traitante ou le médecin traitant doit :

1) présenter le tableau clinique et préciser l'évolution :
   – d'une atteinte de la sensibilité thermo-algésique des membres qui cause des blessures mutilantes ou 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 ou dysphagie);
2) confirmer la présence d'une lésion qui correspond aux observations cliniques au moyen d'une imagerie ou d'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, la médecin traitante ou 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 qui entraîne une détérioration fonctionnelle récente, irréversible et non attribuable à une autre maladie;
2) confirmer le diagnostic au moyen des 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 B_{12})

Dans son rapport, la médecin traitante ou le médecin traitant doit :

1) présenter le tableau clinique en plus de 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 B_{12};
2) confirmer le diagnostic au moyen des 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, la médecin traitante ou le médecin traitant doit :

1) présenter le tableau clinique en plus de 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 au moyen des examens complémentaires appropriés (EMG);
3) fournir des renseignements supplémentaires sur les maladies associées (diabète, malnutrition, éthylisme, etc.) et leurs séquelles fonctionnelles.

4.2.15 Myasthénie grave

Dans son rapport, la médecin traitante ou le médecin traitant doit :

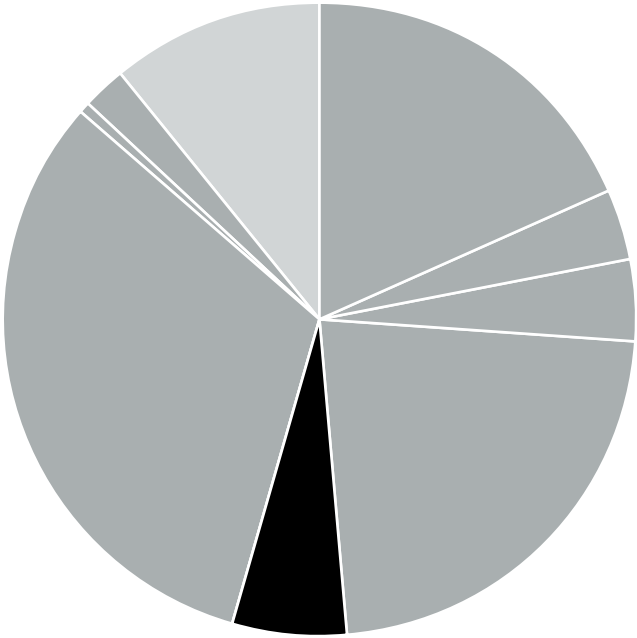
1) présenter le tableau clinique et préciser l'apparition de séquelles permanentes comme :
   - la difficulté persistante à s'exprimer, à avaler ou à respirer en dépit de la thérapie prescrite;
   - la grande faiblesse motrice des muscles et des membres pendant des activités répétitives contre résistance en dépit de la thérapie prescrite;
2) confirmer le diagnostic au moyen des 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, la médecin traitante ou 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 au moyen des 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



5,8 %*

* Source : Retraite Québec, 2018

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
5.3.8 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, la ou le médecin doit bien connaître l'état symptomatologique, pharmacologique, physique et psychique de sa patiente ou son patient.

5.1.1 Facteurs à considérer

- Le site de la lésion
- L'étendue de la maladie : locale, régionale ou à distance (stade précis selon les classifications officielles, par exemple : International Federation of Gynecology and Obstetrics 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 comme la fatigue, l'anxiété, la douleur ou la perte de poids
- L'état de la patiente ou 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 la patiente ou le patient quitte son travail à cause de sa maladie.

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

- des rapports médicaux décrivant les manifestations cliniques qui ont précédé le diagnostic primaire ou la récidive;
- l'histopathologie qui témoigne 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 récidive.

5.1.3 Dossier clinique

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

1. L'anamnèse faite lors de la consultation initiale et le rapport de l'examen clinique de la patiente ou 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 comme :
   - la formule sanguine, qui permet de vérifier s'il y a une anémie persistante (la chronicité et la gravité de l'anémie doivent être démontrées);
   - le bilan hépatique enzymatique, qui confirme l'atteinte de la fonction hépatique (ALT, AST, gamma-GT);
   - la phosphatase alcaline élevée, qui peut signaler des métastases osseuses ou une atteinte hépatique;
   - des marqueurs tumoraux précis :
     - le PSA, qui est un indice d'évolution néoplasique s'il ne revient pas à un niveau normal après le traitement hormonal, chirurgical ou radiothérapeutique;
     - le CEA, qui est un indice d'évolution néoplasique s'il demeure élevé ou s'élève après le traitement du cancer du rectum ou du côlon;
     - l'alphafœtoprotéine et le bêta-HCG, qui sont un indice d'évolution néoplasique s'ils demeurent élevés ou s'élèvent après le traitement de certains cancers des cellules germinales;
     - le CA-125, qui est un indice d'évolution néoplasique s'il demeure élevé ou s'élève après le traitement du cancer ovarien;

     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, si ces derniers sont disponibles.
   - des examens plus généraux, comme les tests de la fonction rénale, le bilan ionique, la glycémie ou la vitesse de sédimentation, qui peuvent indirectement indiquer l'atteinte par la néoplasie;

4. Un compte rendu des examens radiologiques suivants :

   a) Poumons

   La radiographie des poumons et la tomodensitométrie 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*;

   b) 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 ainsi que de leur réponse aux traitements. Les comptes rendus de TEP *scan*, du lavement baryté, de l'urographie intraveineuse, des artériographies et d'autres examens seront joints au besoin;

   c) Squelette

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

   d) Système nerveux

   Les renseignements apportés par la TDM et la IRM 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 préopératoire, résection, maladie résiduelle;

6. L'histopathologie : la confirmation au moyen d'un compte rendu d'examen histopathologique demeure le critère objectif le plus important de cette évaluation;

7. L'évaluation globale des capacités restantes : la ou le médecin peut utiliser une échelle d'évaluation reconnue pour décrire les capacités restantes de sa patiente ou de son patient;

8. L'évaluation spécifique, si nécessaire :
   - de l'appareil locomoteur (voir le chapitre 1 – *Maladies de l'appareil locomoteur*);
   - des capacités cognitives (voir la sous-section 6.3.1 – *Troubles neurodéveloppementaux*);
   - de la fonction respiratoire (voir le chapitre 3 – *Maladies de l'appareil respiratoire*);
   - des systèmes nerveux central et périphérique (voir le chapitre 4 – *Maladies du système nerveux*);
   - d'une atteinte psychique (voir le 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 une chirurgie pour une amygdalectomie avec celle pour un 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 avantageusement être appuyée par une photographie.

L'exérèse d'une tumeur des os ou de tissus mous affecte grandement les capacités 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 et l'épilepsie.

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 d'une 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 débilitants (même s'ils sont à court terme) comme des nausées, des vomissements, une mucosite ou de la fatigue;
- les effets secondaires prévus sur la moelle osseuse ou 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 patientes et patients ont repris leurs activités courantes, 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 après 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 de la patiente ou 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 une résolution complète.

Dans le cas de certaines séquelles graves et prolongées, par exemple une diarrhée chronique, une malabsorption, une fistule rectovaginale, une fibrose pulmonaire avec insuffisance respiratoire, une insuffisance cardiaque ou une myélopathie, 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 ou 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'une imagerie. Il faut indiquer, le cas échéant, les traitements autres que chirurgicaux qui sont envisagés ou qui ont été administrés ainsi que la réponse à ces traitements.

- **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). En cas de récidive, préciser :
  - la taille de la néoplasie;
  - la rapidité avec laquelle la récidive est apparue;
  - 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;
  - dans le cas d'une récidive opérable, si l'exérèse a été complète ou partielle;
  - dans le cas d'une récidive inopérable, la raison pour laquelle il n'a pas pu y avoir d'opération;
  - les traitemens 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 ou le cerveau. En général, le pronostic s'en trouve assombri.

  Il y a par contre des **cancers avec métastases à distance** pour lesquels le pronostic est moins sombre :
  - Le cancer folliculaire de la thyroïde avec des métastases osseuses qui répond à l'iode 131 en est un exemple.
  - Certains sarcomes osseux, comme l'ostéosarcome avec métastases pulmonaires, peuvent parfois avoir un meilleur pronostic après exérèse des métastases.
  - Dans le cas de certains cancers germinaux non séminomateux du testicule avec métastases pulmonaires, la chimiothérapie prolonge assez souvent la survie.
  - Grâce aux greffes de moelle autologue, il y a aussi de plus en plus de guérison chez les personnes qui sont atteintes 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 tumeur.

5.3 Évaluation des néoplasies malignes

Les maladies néoplasiques portent en elles un caractère de gravité. **Dans tous les cas**, la ou le médecin doit préciser les éléments énumérés au tableau 6 ci-dessous et fournir 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 et 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, la ou le médecin mettra en évidence les incapacités fonctionnelles graves propres à chacune des catégories de néoplasies.

5.3.1 Cancer du cerveau et de la moelle épinière

Dans son rapport, la médecin traitante ou 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 au moyen des documents appropriés (voir la 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, la médecin traitante ou 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, la médecin traitante ou 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 récidive;
   - 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, la médecin traitante ou 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 au moyen des documents appropriés (voir la 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 une fibrose consécutive à la radiothérapie (voir le chapitre 3 – *Maladies de l'appareil respiratoire*);
   - les symptômes systémiques, y compris la fatigue et la perte de poids, chez les patientes et patients dont le pronostic est mauvais;
   - le type histologique, la présence d'une tumeur résiduelle (dans la plèvre, la paroi thoracique, etc.) ou 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, la médecin traitante ou 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 au moyen des documents appropriés (voir la 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 patientes et patients dont le pronostic est mauvais;
   - les problèmes aigus ou subaigus (obstruction intestinale) causés par la tumeur et 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, la médecin traitante ou 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 au moyen des documents appropriés (voir la 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 qui résulte de métastases osseuses, spécialement dans les cas de cancers de la prostate;
   - la douleur attribuable à la compression d'un nerf par une tumeur non contrôlée;
   - les troubles fonctionnels ou métaboliques liés 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, la médecin traitante ou 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 le chapitre 1 – *Maladies de l'appareil locomoteur*);

2) confirmer ses observations au moyen des documents appropriés (voir la 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 la sous-section 1.3.3 – *Amputation ou autre déficit majeur, congénital ou acquis* et la 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 d'un myélome multiple qui ne répond pas ou répond partiellement aux traitements, avec persistance de douleur.

5.3.8 Cancer de la peau

Dans son rapport, la médecin traitante ou 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 au moyen des documents appropriés (voir la 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 fongoïde, etc.);
   - les problèmes esthétiques consécutifs à une chirurgie majeure. (Une photo est utile dans certains cas.)

5.3.9 Cancer des ganglions métastatiques d'origine indéterminée

Dans son rapport, la médecin traitante ou 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 au moyen des documents appropriés (voir la 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 ou 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.

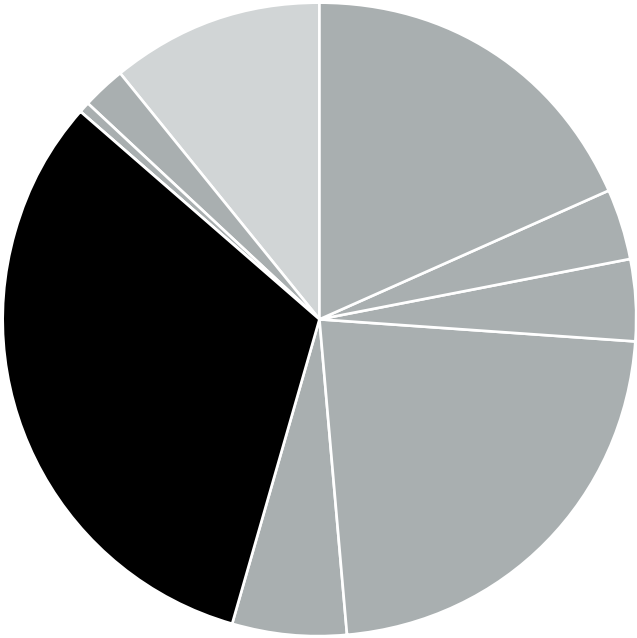
Dans son rapport, la médecin traitante ou le médecin traitant doit, en plus de préciser les éléments du tableau précédent :

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 au moyen des documents appropriés (voir la 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 récidive 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



31,9 %*

* Source : Retraite Québec, 2018

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 et trouble anxieux généralisé) 113
6.3.6 Troubles obsessionnels-compulsifs et autres troubles reliés (peur d'une dysmorphie corporelle ou trouble d'accumulation compulsive [*hoarding*]) 114
6.3.7 Troubles liés aux facteurs de stress et aux traumatismes (trouble de stress post-traumatique ou trouble de l'adaptation). 115
6.3.8 Symptômes somatiques et troubles liés. 116
6.3.9 Troubles liés aux substances et aux dépendances 117
6.3.10 Troubles neurocognitifs (démence, trouble amnésique, etc.) . . 117
6.3.11 Troubles de la personnalité 118

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 de la patiente ou du patient sont la gravité de l'affection, la présence de limitations fonctionnelles importantes et permanentes ainsi qu'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'examens complémentaires ou de tests psychologiques.

6.1.1 Dossier clinique

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

1) fournir la preuve d'une ou de plusieurs atteintes reconnaissables d'un point de vue médical;
2) décrire le degré de limitation de la capacité de travail de la patiente ou 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 la ou le médecin peut observer. La présence de ces signes est habituellement constatée dans l'examen mental.

Les **symptômes** correspondent aux plaintes formulées par la patiente ou le patient. Les symptômes et les signes doivent être considérés ensemble dans l'évaluation de la sévérité du trouble mental diagnostiqué dont ils sont la manifestation.

La ou le médecin doit s'assurer que les symptômes et signes observés sont concordants. Son rapport ne doit pas faire état seulement des symptômes dont la patiente ou le patient se plaint. Il doit aussi décrire ce qui a été constaté au moment 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 la section 6.3 – *Évaluation des troubles mentaux*). La ou 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 sa patiente ou 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. La médecin

traitante ou le médecin traitant peut, le cas échéant, présenter des notes sur l'évolution au cours du traitement ou de la 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 comme des hôpitaux, des centres communautaires de santé mentale, des CLSC, des centres de jour ou des ateliers protégés. 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 qui entourent l'interruption de l'essai sont particulièrement utiles pour évaluer la capacité de la patiente ou 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 qui découlent de l'affection en cause.

Une limitation est sévère ou grave si la patiente ou le patient ne peut pas fonctionner de façon autonome, appropriée ni 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.

Le tableau 7 – *Évaluation du degré d'incapacité résultant des troubles mentaux* résume les critères pour l'évaluation des limitations fonctionnelles.

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 entre les gestes et les circonstances ainsi que selon l'autonomie et l'efficacité de la patiente ou du patient dans son contexte de vie global. La ou le médecin précisera si la personne 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 la patiente ou 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 la patiente ou le patient ne faisait pas une certaine tâche avant sa maladie, elle ou il peut difficilement prétendre que son incapacité actuelle de l'accomplir est causée par sa maladie (voir le 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.

La ou le médecin peut conclure à un fonctionnement social adéquat lorsque sa patiente ou 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 d'entrer en contact avec le public et d'interagir avec une autorité, des compagnons de travail ou des 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 du fonctionnement social qui sont altérés, 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 la patiente ou 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 le 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 assez 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 semblable.

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 la patiente ou le patient puisse exécuter adéquatement les tâches exigées en milieu de travail.

On considère que la capacité de travail est gravement atteinte lorsqu'une personne 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 le tableau 7 – *Évaluation du degré d'incapacité résultant des troubles mentaux*).

4. Détérioration ou décompensation au travail ou dans un milieu semblable

Cette détérioration est la conséquence d'un échec répété des efforts de la patiente ou du patient 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 ou 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 personnes en position d'autorité 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, la patiente ou le patient a eu des rechutes répétées et que cette situation risque de durer indéfiniment, avec un pronostic d'amélioration clairement médiocre (voir le 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 une thérapie de soutien et de la 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.

Par conséquent, il est très important pour l'évaluation de disposer de renseignements complets et précis sur l'état habituel de la patiente ou du patient, spécialement lors de périodes de stress accru. La ou 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, comme une ressource de type familial, une ressource à assistance continue ou un autre environnement structuré qui fournit un soutien similaire.

Par ailleurs, la personne peut demeurer incapable de fonctionner dans un environnement moins structuré. L'évaluation en vue du traitement psychiatrique doit en tenir compte, particulièrement dans le cas des troubles psychotiques (voir la 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

La ou le médecin doit porter une attention particulière aux effets de la médication sur les manifestations cliniques et la capacité de fonctionner de sa patiente ou de son patient. Dans tous les cas, la persistance de l'incapacité fonctionnelle attribuable soit à la maladie, soit à la médication doit être confirmée.

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.

La patiente ou le patient doit souffrir des trois types de déficits suivants :

1. Les déficits liés aux 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 liés au fonctionnement adaptatif entraînant l'échec de se conformer aux standards socioculturels et développementaux qui permettraient à la patiente ou au patient d'assumer son indépendance et ses responsabilités sociales;
3. Les déficits qui surviennent durant la période développementale.

Dans son rapport, la médecin traitante ou le médecin traitant doit :

1) présenter le tableau clinique et préciser les répercussions fonctionnelles de la déficience dans les domaines conceptuel, social et pratique ainsi que spécifier si la déficience est légère, modérée, sévère ou profonde, en se référant au tableau du DSM-5 à ce sujet;

2) démontrer la persistance, sur une période prolongée, d'une ou de plusieurs des conséquences suivantes :
   - limitation importante quant aux activités de la vie quotidienne et domestique;
   - difficultés importantes à maintenir un fonctionnement social adéquat;
   - diminution importante de la capacité de concentration, de la persévérance ou de la performance qui entraîne 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 dans un milieu semblable qui forcent la patiente ou le patient à se retirer de ce milieu ou qui entraînent une exacerbation des signes et symptômes, y compris une détérioration de sa capacité d'adaptation (voir le 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 liés à la communication sociale ou aux interactions sociales (dans de multiples contextes), par des comportements répétitifs et des activités ou des intérêts restreints.

Dans son rapport, la médecin traitante ou le médecin traitant doit :

1) présenter le tableau clinique selon les critères établis dans le DSM-5;
2) démontrer la persistance, sur une période prolongée, d'une ou de plusieurs des conséquences suivantes :
   - limitation importante des activités de la vie quotidienne et domestique;
   - difficultés importantes à maintenir un fonctionnement social adéquat;
   - diminution importante de la capacité de concentration, de la persévérance ou de la performance, qui entraîne 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 dans un milieu semblable qui forcent la patiente ou le patient à se retirer de ce milieu ou qui entraînent une exacerbation des signes et symptômes, y compris une détérioration de sa capacité d'adaptation (voir le 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 qui conduisent à une détérioration du fonctionnement. Dans tous les cas, la ou le médecin doit se référer aux définitions du DSM-5.

Dans son rapport, la médecin traitante ou 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) démontrer 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 et domestique;
   - difficultés importantes à maintenir un fonctionnement social adéquat (activités de la vie socioprofessionnelle);

- diminution importante de la capacité de concentration, de la persévérance ou de la performance, qui entraîne 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 dans un milieu semblable qui forcent la patiente ou le patient à se retirer de ce milieu ou qui entraînent une exacerbation des signes et symptômes, y compris une détérioration de sa capacité d'adaptation (voir le 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 précédents, bien que ces symptômes et signes soient actuellement atténués grâce à la médication ou aux mesures de soutien psychosocial, et confirmer avec des documents à l'appui au moins un des éléments suivants :
   - épisodes répétés de détérioration ou de décompensation dans des situations qui forcent la patiente ou le patient à se retirer ou qui entraînent une exacerbation des signes et symptômes, y compris 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 de type 1) ou un épisode d'hypomanie (bipolaire de type 2). Cet 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, la médecin traitante ou 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, qui résiste au traitement, qui se manifeste 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 dans le DSM-5 (augmentation de l'estime de soi, grandiosité, diminution du besoin de sommeil, pression du discours, etc.);

- un syndrome dépressif grave et persistant, qui résiste à un traitement optimal et qui est caractérisé par au moins cinq des éléments suivants, dont 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;
- 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 les critères du DSM-5) dans la même année, ou la persistance de symptômes maniaques ou dépressifs sévères réfractaires au traitement;

2) démontrer 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 et domestique;
   - difficultés importantes à maintenir un fonctionnement social adéquat (activités de la vie socioprofessionnelle);
   - diminution importante de la capacité de concentration, de la persévérance ou de la performance, qui entraîne 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 dans un milieu semblable qui forcent la patiente ou le patient à se retirer de ce milieu ou qui entraînent une exacerbation des signes et symptômes, y compris une détérioration de sa capacité d'adaptation (voir le 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, principalement de la tristesse ou une perte d'intérêt. La ou 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, la médecin traitante ou 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. Au moins cinq des symptômes suivants doivent être présents, dont 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) démontrer 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 et domestique;
   - difficultés importantes à maintenir un fonctionnement social adéquat (activités de la vie socioprofessionnelle);
   - diminution importante de la capacité de concentration, de la persévérance ou de la performance, qui entraîne 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 dans un milieu semblable qui forcent la patiente ou le patient à se retirer de ce milieu ou qui entraînent une exacerbation des signes et symptômes, y compris une détérioration de sa capacité d'adaptation (voir le tableau 7 – *Évaluation du degré d'incapacité résultant des troubles mentaux*).

6.3.5 **Troubles anxieux** (phobie sociale, trouble panique, agoraphobie et 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, la ou le médecin doit se référer aux définitions du DSM-5.

Dans son rapport, la médecin traitante ou 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 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 qui se manifeste par l'installation de crises d'angoisse abruptes, imprévisibles et répétées, avec activation du système nerveux autonome et autres symptômes physiques. L'inquiétude envahissante d'avoir des crises de panique ou de subir leurs conséquences, ou encore des changements comportementaux mal adaptés liés aux crises de panique (évitement) s'associent à ces attaques de panique;
   - phobie sociale sévère et généralisée qui se manifeste par une peur persistante et intense de plusieurs situations sociales où la personne peut être exposée au regard de l'autre;

2) démontrer 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 et domestique;
   - difficultés importantes à maintenir un fonctionnement social adéquat (activités de la vie socioprofessionnelle);
   - diminution importante de la capacité de concentration, de la persévérance ou de la performance, qui entraîne 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 dans un milieu semblable qui forcent la patiente ou le patient à se retirer de ce milieu ou qui entraînent une exacerbation des signes et symptômes, y compris une détérioration de sa capacité d'adaptation (voir le tableau 7 – *Évaluation du degré d'incapacité résultant des troubles mentaux*).

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

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

Dans son rapport, la médecin traitante ou 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. La personne 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 encombrent 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) démontrer 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 et domestique;
   – difficultés importantes à maintenir un fonctionnement social adéquat (activités de la vie socioprofessionnelle);
   – diminution importante de la capacité de concentration, de la persévérance ou de la performance, qui entraîne 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 dans un milieu semblable qui forcent la patiente ou le patient à se retirer de ce milieu ou qui entraînent une exacerbation des signes et symptômes, y compris une détérioration de sa capacité d'adaptation (voir le 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 ou trouble de l'adaptation)

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

Dans son rapport, la médecin traitante ou le médecin traitant doit :

1) présenter le tableau clinique et préciser l'importance, la constance et la durée médicalement constatées des manifestations suivantes :
   – symptômes intrusifs liés au traumatisme : pensées, images, souvenirs, cauchemars ou réactions dissociatives (*flash-back*);
   – évitement persistant de stimuli associés au traumatisme (gens, activités ou lieux);
   – changements négatifs de l'humeur et des cognitions associés à 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) démontrer 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 et domestique;
   – difficultés importantes à maintenir un fonctionnement social adéquat (activités de la vie socioprofessionnelle);
   – diminution importante de la capacité de concentration, de la persévérance ou de la performance, qui entraîne 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 dans un milieu semblable qui forcent la patiente ou le patient à se retirer de ce milieu ou qui entraînent une exacerbation des signes et symptômes, y compris une détérioration de sa capacité d'adaptation (voir le tableau 7 – *Évaluation du degré d'incapacité résultant des troubles mentaux*).

6.3.8 Symptômes somatiques et troubles liés

Désordre caractérisé par des symptômes physiques qui suggèrent 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, la ou le médecin doit se référer aux définitions du DSM-5.

Dans son rapport, la médecin traitante ou 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 importante 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 sensitives ou sensorielles, qui suggèrent 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'avoir une maladie grave; l'anxiété au sujet de la santé est élevée, et les comportements liés à cette crainte sont excessifs ou maladaptés;
2) démontrer 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 et domestique;
   - difficultés importantes à maintenir un fonctionnement social adéquat (activités de la vie socioprofessionnelle);
   - diminution importante de la capacité de concentration, de la persévérance ou de la performance, qui entraîne 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 dans un milieu semblable qui forcent la patiente ou le patient à se retirer de ce milieu ou qui entraînent une exacerbation des signes et symptômes, y compris une détérioration de sa capacité d'adaptation (voir le 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 ou dépendance médicamenteuse) de façon prolongée et persistante.

Dans son rapport, la médecin traitante ou 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 la sous-section 6.3.2);
   – troubles dépressifs (voir la sous-section 6.3.4);
   – troubles anxieux (voir la sous-section 6.3.5);
   – troubles neurocognitifs (voir la sous-section 6.3.10);
2) démontrer que ces troubles sont la conséquence directe et irrémédiable de l'abus de substances toxiques sur l'état mental de la patiente ou du patient.

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

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

Dans son rapport, la médecin traitante ou 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) démontrer 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 et domestique;
   – difficultés importantes à maintenir un fonctionnement social adéquat (activités de la vie socioprofessionnelle);
   – diminution importante de la capacité de concentration, de la persévérance ou de la performance, qui entraîne 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 dans un milieu semblable qui forcent la patiente ou le patient à se retirer de ce milieu ou qui entraînent une exacerbation des signes et symptômes, y compris une détérioration de sa capacité d'adaptation (voir le 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 qui démontre 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 la personne. Cette déviation est manifeste dans au moins deux des domaines suivants : la cognition (vision de soi-même, d'autrui et des situations), l'affectivité (la diversité, l'intensité, la labilité et l'adéquation de la réponse émotionelle), le fonctionnement interpersonnel ou le contrôle des impulsions. Ces traits sont typiques du fonctionnement habituel et à long terme de la patiente ou du patient. Ils ne sont pas limités à des épisodes isolés.

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

Dans son rapport, la médecin traitante ou 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 obsessive-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) démontrer 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 et domestique;
   - difficultés importantes à maintenir un fonctionnement social adéquat (activités de la vie socioprofessionnelle);

- diminution importante de la capacité de concentration, de la persévérance ou de la performance, qui entraîne 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 dans un milieu semblable qui forcent le patient à se retirer de ce milieu ou qui entraînent une exacerbation des signes et symptômes, y compris une détérioration de sa capacité d'adaptation (voir le tableau 7 – *Évaluation du degré d'incapacité résultant des troubles mentaux*).

Grille pour l'évaluation des différentes catégories de troubles mentaux

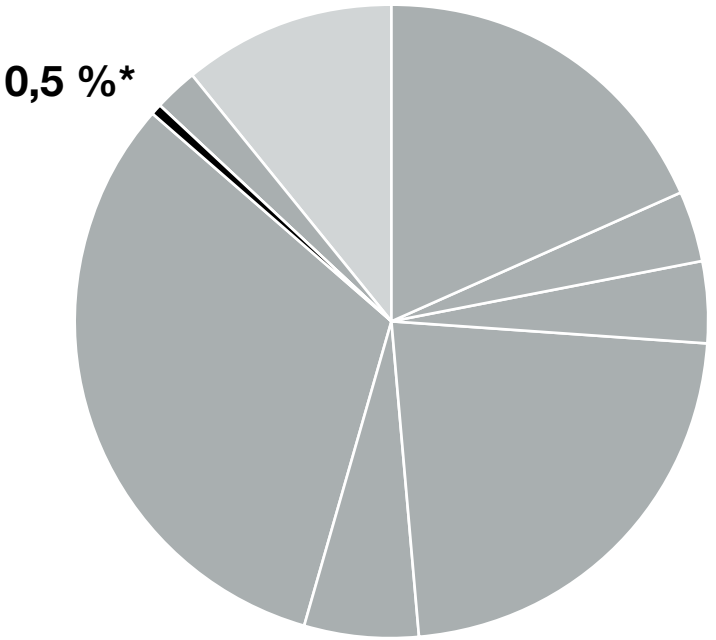
Le degré de limitation fonctionnelle doit être établi en fonction des critères énumérés dans le tableau qui suit. Les manifestations évoquées doivent être la conséquence du trouble mental de la patiente ou du patient.

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**	**Non applicable**
1. Limitation dans les 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	Preuve ou démonstration insuffisantes
2. Difficultés à maintenir un bon fonctionnement social	Aucune	Interactions habituellement normales, avec des épisodes de difficultés comme des conflits, le retrait, un comportement inapproprié ou de l'agressivité	Interactions limitées ou diminuées, avec épisodes de ruptures sérieuses à cause de conflits, d'un retrait (isolement), d'un comportement inapproprié ou de l'agressivité	Incapacité habituelle à entretenir des relations sociales : ruptures fréquentes et sérieuses à cause de conflits, d'un retrait (isolement), d'un comportement inapproprié ou de l'agressivité	Aucune relation sociale soutenue, avec ruptures sérieuses et prolongées à cause de conflits, d'un retrait (isolement), d'un comportement inapproprié ou de l'agressivité	Preuve ou démonstration insuffisantes
3. Difficultés à accomplir les tâches (en milieu de travail ou l'équivalent)	Aucune	Difficultés occasionnelles pour les tâches compliquées, mais pas pour 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	Preuve ou démonstration insuffisantes
4. Épisodes de détérioration ou de décompensation grave (en milieu de travail ou dans un milieu semblable)	Aucun	Un	Un ou deux	Répétés et fréquents	Continuels	Preuve ou démonstration insuffisantes

Chapitre 7
Infection à VIH et sida



* Source : Retraite Québec, 2018

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

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

7.1 Constitution de la preuve médicale

L'infection au 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 de pratique courantes.

L'évolution doit être décrite, de même que le nombre de CD4, la mesure de la charge virale, les tests de génotypage et 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 au 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 pour qu'une médecin indépendante ou un médecin indépendant puisse évaluer la gravité et la durée de la déficience ainsi que ses conséquences sur la capacité de travail.

Par exemple, une sinusite chronique ne justifie pas en soi une incapacité de travail permanente. Il faudra démontrer 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 et domestique 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 des 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. Certaines patientes ou certains patients qui souffrent déjà de maladie mentale et qui consomment des drogues injectables ou certaines personnes marginalisées se trouvent en situation d'isolement. La prise en charge d'une maladie complexe comme l'infection au VIH comporte alors des défis particuliers.

La situation sociale ne cause pas en elle-même l'incapacité. Toutefois, elle peut agir sur l'état psychique comme un facteur qui déclenche ou aggrave des troubles mentaux.

La ou le médecin doit donc, s'il y a lieu, faire une évaluation psychiatrique de sa patiente ou de son patient et en donner les résultats :

- diagnostic, selon les critères du DSM-5;
- limitations fonctionnelles durables ou permanentes qui empêchent la patiente ou le patient de prendre soin de sa personne, de mener une vie sociale convenable ou d'occuper un emploi (voir le chapitre 6 – *Troubles*

mentaux et le tableau 7 – *Évaluation du degré d'incapacité résultant des troubles mentaux*);

– historique des décompensations, un élément essentiel pour évaluer 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, la patiente ou le patient doit être infecté par le VIH et souffrir d'une complication avec un déficit fonctionnel important et d'une durée indéfinie. Grâce aux traitements antirétroviraux efficaces, les patientes et 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 que ces personnes prennent et leur état d'inflammation chronique, elles souffrent davantage 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. Même si les infections ou affections opportunistes suivantes sont beaucoup plus rares, vu 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 comme la maladie inflammatoire pelvienne

7.3.2 Infections fongiques

– Aspergillose
– Candidose disséminée
– Coccidioïdomycose disséminée
– Cryptococcose extrapulmonaire
– Histoplasmose extrapulmonaire
– Mucormycose

7.3.3 Infections virales

- Infection chronique et symptomatique au cytomégalovirus, y compris 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 ou cognitifs et troubles du comportement)
- Neuropathies périphériques

7.3.8 Cachexie

Cachexie qui inclut tous les symptômes suivants :

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

7.3.9 Diarrhée chronique

Diarrhée chronique, isolée et grave, qui résiste au traitement et qui nécessite une hydratation par intraveineuse ou une 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 ulcérative ou sarcome de Kaposi)

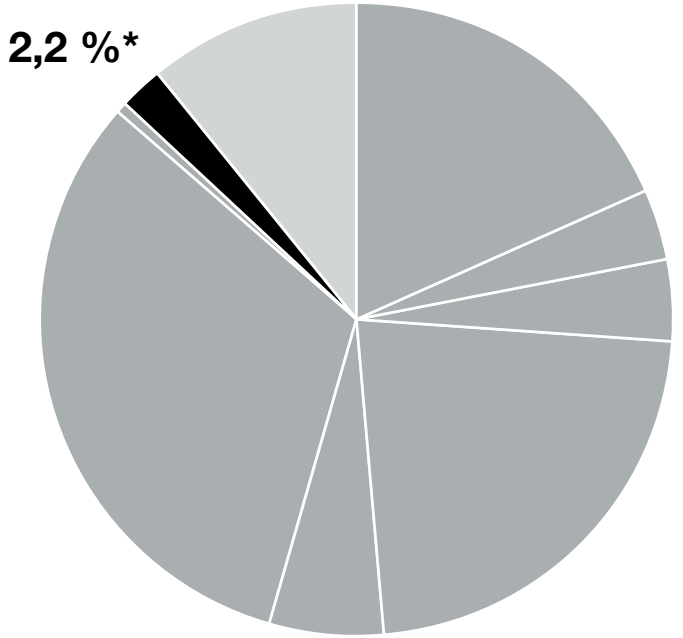
7.3.13 Autres manifestations chroniques

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

Dans son rapport, la médecin traitante ou 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 au moyen des 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



* Source : Retraite Québec, 2018

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 139
8.3.5 Dégénérescence maculaire 139
8.3.6 Rétinite pigmentaire 139
8.3.7 Rétinopathie diabétique 140
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 pour la conduite d'un véhicule routier 146

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 qui couvre une période suffisante d'observation et de traitement pour pouvoir juger de l'évolution.

Le dossier soumis par la médecin traitante ou le médecin traitant doit comprendre les tests d'acuité visuelle et de champs visuels, de même que les autres examens particuliers qui ont été faits.

8.1.2 Acuité visuelle

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

Pour la vision de 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 la distance à laquelle la patiente ou le patient peut compter les doigts (exemple : compte les doigts à 1 mètre) ou si la personne ne voit que les mouvements de la main ou si elle ne perçoit que la lumière ou encore si elle ne voit même plus de lumière.

Pour la vision 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 bien évaluer la capacité visuelle résiduelle d'une personne, cette dernière doit porter ses lunettes ou ses verres de contact, si elle en a, durant l'examen de la vue. De plus, il faut mentionner si cette acuité pourrait être améliorée par la réfraction et mentionner les résultats de celle-ci. Souvent, les dossiers médicaux contiennent l'acuité évaluée 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 de la patiente ou 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, ce dernier 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 lors d'une expertise médicale. Le III indique une cible de 4 mm^2 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 la patiente ou le patient est aphaque ou a une hypermétropie de plus de 10 dioptries, le port d'une correction est obligatoire, 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 employé, 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 révéler seulement si la patiente ou le patient détecte une lumière d'une intensité préétablie, alors que d'autres épreuves vont déterminer en décibels le seuil de vision de la patiente ou du patient à chacun des points mesurés. Enfin, les appareils automatisés utilisent le plus souvent uniquement une stratégie statique. En temps normal, dans le cadre d'une évaluation pour invalidité, si on doit utiliser un appareil automatisé, il faut adopter une stratégie qui permet de bien évaluer la périphérie et 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 de faire passer le test de vision fonctionnelle d'Esterman sur l'analyseur de champ visuel d'Humphrey. Cependant, quand il est question d'invalidité, il faut connaître ses limites, principalement quant à 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 une patiente ou un patient qui possède une mauvaise vision, ne serait-ce que d'un seul œil, ne peut pas bien performer aux épreuves de vision stéréoscopique. Cela peut parfois être utile lorsque l'on soupçonne une perte de vision non organique. De plus, une personne atteinte 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 de véhicules d'urgence.

8.1.5 Vision des couleurs

En ce qui concerne la vision des couleurs, les anomalies sont le plus souvent congénitales et affectent majoritairement les hommes. Elles peuvent occasionner des difficultés à exercer certains emplois, comme celui d'électricien, de chimiste ou de peintre. 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 conductrices et conducteurs doivent pouvoir distinguer les différents feux de circulation, ce que les personnes daltoniennes peuvent habituellement faire parce que ces feux ne sont pas constitués de couleurs pures et qu'une forme particulière est attribuée à chacune des couleurs. Différentes épreuves (American Optical Hardy-Rand-Rittler [test de couleur], Ishihara ou 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 la conductrice ou le conducteur ne la compense pas. Lorsqu'une personne se plaint de diplopie, la ou le médecin doit 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 on doit alors considérer que la patiente ou le patient fonctionne avec seulement un œil. Cependant, on peut habituellement compenser la diplopie périphérique en tournant la tête dans la direction où l'on souhaite porter le regard.

8.2 Situations cliniques particulières

Les deux mesures les plus importantes pour déterminer la fonction visuelle d'une personne 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 de fibres nerveuses qui entoure le nerf optique renseigne sur l'intégrité du nerf optique. Il en est de même pour la tomographie rétinienne de Heidelberg (HRT). L'OCT et l'HRT ne donnent pas d'information

fonctionnelle, mais elles fournissent des renseignements anatomiques qui permettent de confirmer ou d'établir un diagnostic. L'angiographie rétinienne fournit des renseignements importants sur la vascularisation rétinochoroïdienne. Enfin, l'électrorétinogramme, l'électrooculogramme et le potentiel évoqué visuel peuvent fournir de l'information objective dans les cas de discordance. Par exemple, l'électrorétinogramme peut informer sur la présence d'une atteinte rétinienne des cônes ou des bâtonnets. Le potentiel évoqué visuel fournit de l'information sur la conduction nerveuse des nerfs optiques, alors que l'électrooculogramme 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. Il devient ainsi possible d'effectuer une évaluation plus complète et plus précise de la condition visuelle d'une patiente ou d'un patient qui a une condition médicale particulière dans laquelle une discordance entre l'atteinte organique et les manifestations subjectives semble exister.

8.3 Évaluation des maladies ophtalmiques

8.3.1 Amblyopie

L'amblyopie est une affection fréquente 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 anisométropie (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. Lorsqu'elle est importante, comme dans les cas de personnes très myopes, très hypermétropes ou très astigmates, elle peut engendrer une perte de meilleure acuité visuelle corrigée et être associée à d'autres pathologies visuelles. Les personnes grandement myopes et très hypermétropes pourront mieux performer avec des lentilles cornéennes.

8.3.3 Cataracte

Une cataracte correspond à une opacification du cristallin. Elle engendre une diminution de l'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 mi-périphérique, puis elle progresse vers une vision tunnellaire 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. Elle atteint habituellement les personnes 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 est 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 évolue d'habitude plus lentement. 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 certaines patientes et certains patients atteints de la forme humide. Cependant, ces injections doivent habituellement être poursuivies tous les mois pour que le résultat visuel persiste. Ces personnes doivent donc être suivies de près, et il faut s'attendre à ce que les mesures de vision puissent varier d'une visite à l'autre. Ces traitements ont tout de même amélioré considérablement le pronostic visuel des patientes et 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. 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 de la patiente ou 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 qui survient le plus fréquemment chez les personnes qui ont subi une chirurgie pour une cataracte ou un récent décollement du vitré postérieur ou encore qui souffrent d'une forte myopie ou de lésions rétiniennes prédisposantes. Plus rarement, un traumatisme peut en être le facteur déclencheur. Le décollement rétinien affecte la vision périphérique qui correspond à la zone décollée et réduit la vision centrale si la macula est soulevée. Les progrès dans le domaine de la chirurgie vitréo-rétinienne intraoculaire permettent maintenant à un bon nombre de personnes de récupérer de la fonction visuelle.

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 qui touche 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 après un accident vasculaire cérébral (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 ou brûlures	2 %	VC[1] >> VP[2]
Cristallin	Cataracte	5 %	VC
Macula	Dégénérescence ou trou	50 %	VC
Rétine	Rétinite pigmentaire, décollement de la rétine, thrombose ou rétinopathie diabétique	16 %	Scotome mid-périphérique → Tunnel VP
Nerf optique	Glaucome, névrite optique, neuropathie optique ischémique, contusion, tumeur ou avulsion	14 %	VP → VC à la fin VC + scotome central VC + hémianopsie altitudinale VC + scotome
Chiasma	Tumeur		Hémianopsie bitemporale ± VC
Lobe temporal Lobe pariétal Lobe occipital	Tumeur ou AVC Tumeur ou AVC Tumeur ou AVC		Hémianopsie homonyme supérieure, Hémianopsie homonyme inférieure, Hémianopsie homonyme congrue ou cécité corticale
Tronc cérébral	Tumeur, AVC ou sclérose en plaques		Nystagmus, diplopie ou 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 :

– ≤ 20/200 dans le meilleur œil, après correction optique appropriée

ou

– < 20 ° de champ visuel dans chaque œil

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

Elle justifie l'inscription à l'Institut national canadien pour les aveugles.

Définition d'un handicap visuel :

– ≤ 20/70 dans le meilleur œil, après correction optique appropriée

ou

– < 60 ° 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 :

– ≤ 20/200 dans le meilleur œil, après correction optique appropriée

ou

– Une contraction du champ visuel dans le meilleur œil à ≤ 10 ° du point de fixation, de sorte que le plus grand diamètre est de ≤ 20 °

ou

– L'efficacité visuelle du meilleur œil, après correction appropriée, ≤ 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*

$$\frac{\text{addition des 8 méridiens du CV Goldman III-4e}}{500}$$

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; l'autre œil est énucléé.

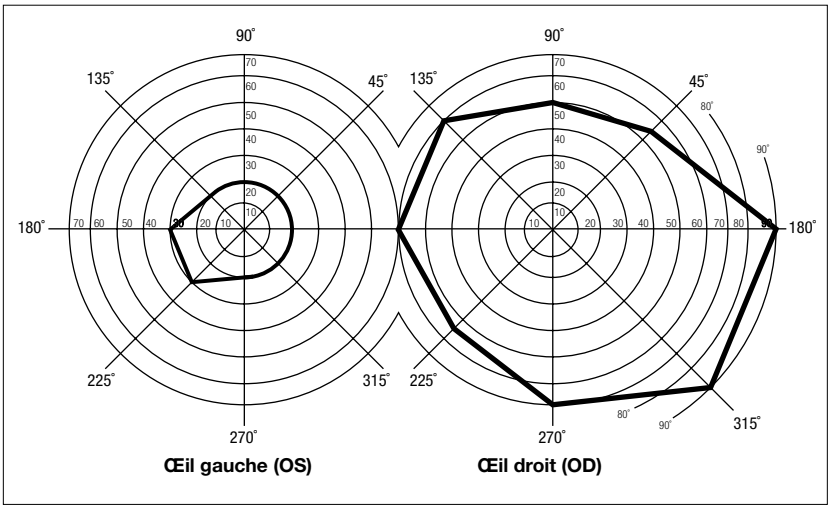
2. Monoculaire
1. Absence de lentille ou de cristallin dans le meilleur œil.
2. Absence de lentille ou de cristallin dans les deux yeux; toutefois, l'acuité visuelle centrale dans l'œil le plus faible après la meilleure correction possible est de 20/200 ou moins.
3. Absence de lentille ou de cristallin dans un œil; l'autre œil est énucléé.

3. Binoculaire
1. Absence de lentille ou de cristallin dans les deux yeux; 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, comme il est mesuré avec le stimulus III-4e. Le pourcentage d'efficacité visuelle de ce champ est donc le suivant : ((2 X 30) + (6 X 20))/5 = 36 %.

B. Le diagramme de l'œil droit illustre l'étendue d'un champ visuel normal, comme 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 %.

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 de la capacité à conduire des véhicules routiers.
- Limitation de la capacité à effectuer des travaux de précision qui varie en fonction du degré d'atteinte visuelle.
- Limitation des aptitudes en lecture.

8.5.2 Atteinte du champ visuel

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

8.5.3 Atteinte de la vision stéréoscopique

- Limitation de la capacité à évaluer les distances ou les profondeurs qui peut se manifester dans les travaux de précision ou dans des déplacements dans des endroits avec des surfaces irrégulières ou sur 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 de l'habileté à utiliser des outils coupants dont la manipulation exige une bonne perception des distances.

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 temporale du champ visuel binoculaire.
- Si la diplopie est inférieure; elle engendre des difficultés en lecture ainsi que pour les déplacements sur un terrain plat et dans les escaliers. Il est possible d'ajuster un verre qui sert uniquement à la lecture pour éviter le regard vers le bas.
- 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 comme la DMLA, le glaucome, les cataractes, une chirurgie réfractive ou l'âge avancé.
- Elle entraîne une limitation de la capacité à bien voir dans des situations où le contraste de couleurs est faible, par exemple la conduite lorsqu'il fait sombre ou qu'il pleut, ou la lecture de caractères peu foncés.
- Elle pourrait avoir un rôle plus important que l'acuité visuelle Snellen.
- Les appareils de mesure de la sensibilité aux contrastes ne sont généralement pas disponibles en clinique. De plus, il n'existe pas de critère reconnu qui permet 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 Larmoiement

- Un larmoiement 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.
- La personne atteinte tolère mal l'exposition à des milieux où il y a des irritants oculaires comme de la poussière, du vent ou de fortes vapeurs.

8.6 Exigences visuelles pour la conduite d'un véhicule routier

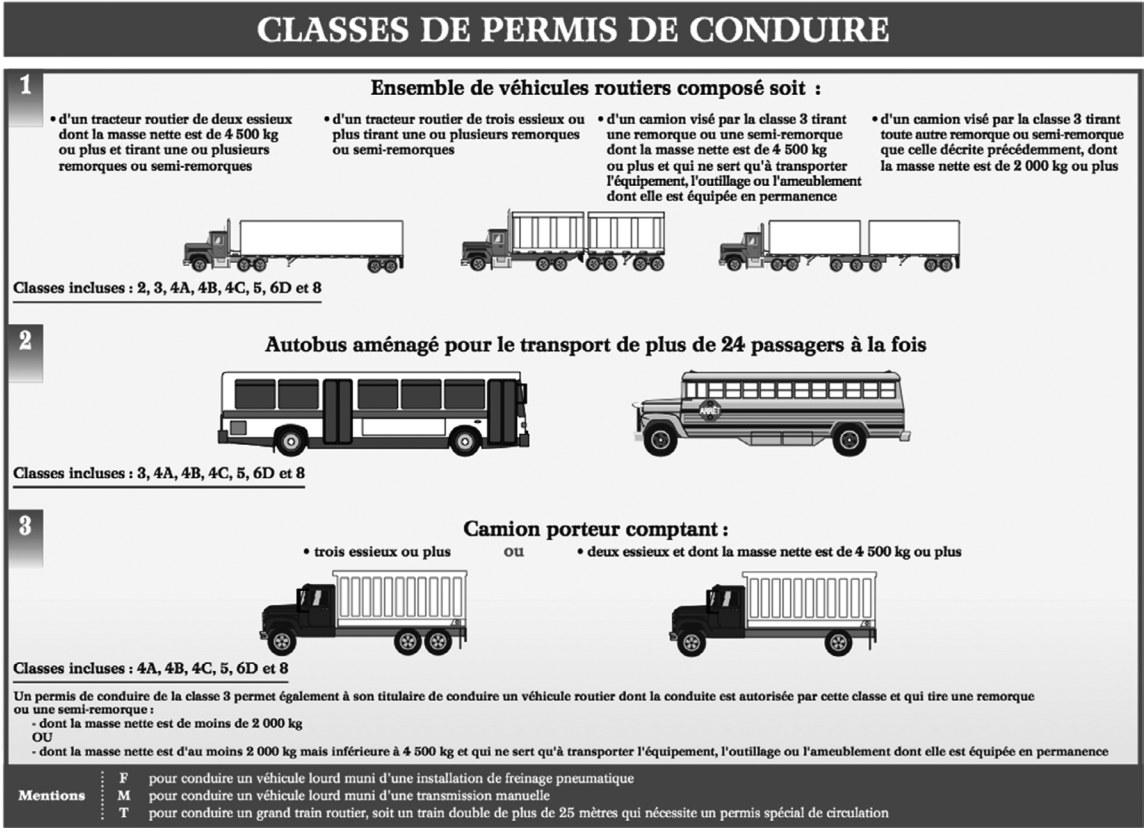
Les nouvelles normes visuelles pour la conduite automobile :

- 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 champ visuel 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



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)

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

4B Minibus ou autobus aménagés pour le transport de 24 passagers ou moins à la fois

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

4C **Taxi**

Classes incluses : 5, 6D et 8

5

- Véhicule de promenade (automobile ou fourgonnette) ou tout camion dont la masse nette 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 effectuer un travail et dont le poste de travail est intégré au poste de conduite du véhicule

Pour les fins de cette définition, un châssis de camion est un cadre muni de l'ensemble des composantes mécaniques qui doivent se retrouver sur un véhicule routier fabriqué pour le transport de personnes, de biens ou d'un équipement.

- Véhicule de service : véhicule agencé pour l'approvisionnement, la réparation ou le remorquage des véhicules routiers

Classes incluses : 6D et 8

Peut également être conduit tout véhicule visé par cette classe auquel est attelé une remorque ou, dans le cas d'une habitation motorisée, un autre véhicule.

6A Toute motocyclette

Classes incluses : 6B, 6C, 6D, 6E et 8

6B Motocyclette dont la cylindrée est de 400 cm³ ou moins

Classes incluses : 6C, 6D, 6E et 8

6C Motocyclette dont la cylindrée est de 125 cm³ ou moins

Classes incluses : 6D, 6E et 8

6D Cyclomoteur

6E Motocyclette à trois roues non munie d'une caisse adjacente

8 Tracteur de ferme

Classes	Contrôle médical
1 - 2 - 3 4A - 4B - 4C	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
5 - 6A - 6B - 6C - 6D - 8	Lorsque le titulaire atteint l'âge de 75 et 80 ans, et tous les deux ans par la suite

C-5175 (01-02)

Annexe A
Formulaire de demande de prestations pour invalidité

Demande de prestations d'invalidité du Régime de rentes du Québec

Renseignements concernant la demande

Les prestations d'invalidité

Si vous êtes invalide, vous pourriez avoir droit aux prestations d'invalidité du Régime de rentes du Québec, c'est-à-dire :

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

Les conditions d'admissibilité

Retraite Québec peut vous déclarer invalide si vous répondez aux conditions suivantes :

- Vous avez moins de 65 ans.
- Vous avez suffisamment cotisé au Régime.
- Votre condition médicale est **grave** et **permanente**. Elle doit donc vous empêcher de faire à temps plein tout genre de travail et elle doit **durer pour toujours** sans aucune amélioration possible.

Nous ne considérons pas votre condition médicale comme grave si **depuis votre invalidité**, vous pouvez avoir un emploi adapté à vos limitations et que cet emploi vous rapporte 1 800 $ ou plus par mois (montant pour 2025).

Si vous avez **entre 60 et 65 ans**, nous pouvons également vous déclarer invalide si votre état de santé vous empêche de faire votre travail habituel ou vous oblige à réduire votre temps de travail depuis au moins trois mois. Pour chacun de ces trois mois, votre revenu ne doit pas dépasser le maximum permis par mois. Vous devez toutefois démontrer un attachement récent au marché du travail, c'est-à-dire avoir cotisé au Régime pour au moins trois des six dernières années de votre période de cotisation. La période de cotisation se termine l'année où nous reconnaissons une cotisante ou un cotisant invalide.

Notez que vous pouvez recevoir une rente d'invalidité même si vous recevez la rente de retraite du Régime.

Important : Vous devez nous aviser si vous recommencez à travailler ou si vous augmentez votre nombre d'heures de travail pendant que nous étudions votre demande de prestations d'invalidité.

La rente d'invalidité

La rente d'invalidité est :

- imposable. Elle s'ajoute à votre revenu annuel pour le calcul des impôts;
- payable à partir du quatrième mois qui suit celui où nous reconnaissons une cotisante ou un cotisant comme invalide. Ainsi, une cotisante ou un cotisant reconnu invalide en janvier reçoit le premier versement de sa rente en mai;
- indexée, donc réajustée en janvier de chaque année en fonction du coût de la vie.

Le montant de la rente d'invalidité

Chaque versement mensuel de la rente d'invalidité se compose :

- d'un montant fixe qui est le même pour l'ensemble des bénéficiaires (598,46 $ par mois en 2025);
- d'un montant qui varie selon les revenus de travail inscrits au dossier de la cotisante ou du cotisant au Régime.

Pour les personnes âgées de 60 à 65 ans, chaque versement mensuel se compose :

- du montant fixe de la rente d'invalidité, soit le montant qui est identique pour l'ensemble des bénéficiaires;
- de la rente de retraite du Régime. Vous la recevez automatiquement puisqu'elle remplace le montant variable de la rente d'invalidité qui arrête d'être versé à 60 ans.

À partir de 65 ans

À 65 ans, vous arrêterez de recevoir votre rente d'invalidité. Vos versements seront alors réduits puisqu'ils comprendront uniquement votre rente de retraite du Régime.

Cependant, vous pourriez recevoir la pension de la Sécurité de la vieillesse versée par le gouvernement fédéral. Vous devrez toutefois la demander.

Retraite Québec

i

B-071-1 (2024-12)

La rente d'enfant de cotisant invalide

Si la rente d'invalidité est accordée, les enfants de la cotisante ou du cotisant invalide pourraient avoir droit à une rente d'enfant de cotisant invalide 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 cotisante ou du cotisant invalide;
- les enfants qui résident depuis au moins un an avec la cotisante ou le cotisant au moment où cette personne est déclarée invalide, si celle-ci leur tient lieu de mère ou de père.

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

La rente d'enfant de cotisant invalide est payable en priorité à la cotisante ou au cotisant invalide si cette personne 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. Elle est aussi imposable et doit faire partie du revenu personnel de l'enfant.

La rente d'enfant de cotisant invalide est versée chaque mois. Elle prend fin aux 18 ans de l'enfant ou lorsque la rente d'invalidité cesse d'être versée. Si la personne qui reçoit la rente d'enfant de cotisant invalide cesse d'avoir la charge des enfants, elle doit nous en aviser rapidement afin que nous puissions désigner une nouvelle ou un nouveau destinataire pour cette rente.

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

Effet sur d'autres prestations

Rente de conjoint survivant

Le fait de recevoir des prestations d'invalidité peut faire diminuer le montant de la rente de conjoint survivant, si vous en recevez déjà une du Régime.

Prestations d'invalidité – Canada

Vous ne pouvez pas recevoir des prestations d'invalidité du Régime de rentes du Québec si vous recevez déjà de telles prestations du Régime de pensions du Canada.

Prestations d'invalidité – autres organismes publics ou privés

Si vous recevez ou devez recevoir des prestations d'autres organismes, publics ou privés, vérifiez auprès d'eux si la réception de prestations d'invalidité et de la rente de retraite (pour les 60 ans et plus) en vertu du Régime de rentes du Québec peut entraîner une réduction de vos autres prestations.

Si vous recevez ou avez reçu des prestations d'une compagnie d'assurance privée durant une période où nous vous reconnaissons ou reconnaissions comme invalide, certaines sommes pourraient devoir lui être remises de façon rétroactive.

Notez que pour établir l'invalidité, nous n'appliquons pas les mêmes critères que la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) ni le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS). Les critères utilisés par les compagnies d'assurance peuvent également différer de ceux de Retraite Québec.

Comment faire votre demande

Veuillez remplir le formulaire et nous le transmettre sans attendre le *Rapport médical*. La date à laquelle nous recevons votre demande peut influencer le début de votre prestation. En effet, nous ne pouvons 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 nous le retourner 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 d'invalidité du Régime de rentes du Québec

1. Répondez à toutes les questions de la *Demande de prestations d'invalidité – Régime de rentes du Québec.*
2. Remplissez et signez le *Consentement à la communication de renseignements médicaux, psychosociaux et administratifs.*
3. Joignez une copie de tout document médical ou résultat d'analyse en votre possession concernant votre invalidité. (**N'envoyez pas de radiographies.**)
4. **Transmettez-nous en ligne ce formulaire et les documents requis, s'il y a lieu, à retraitequebec.gouv.qc.ca/transmettre ou via Mon Dossier. Votre demande sera traitée plus rapidement, puisque le délai postal sera éliminé.** Si vous ne pouvez pas utiliser le service en ligne, veuillez nous envoyer vos documents à l'adresse suivante :

   Retraite Québec
   Case postale 5200
   Québec (Québec) G1K 7S9

   Vérifiez le tarif postal, surtout si des documents sont joints, et postez votre demande le plus tôt possible.

Marche à suivre – Rapport médical

1. Remplissez vous-même les sections 1 et 2 du *Rapport médical*.
2. Remettez le *Rapport médical* à votre médecin, qui le remplira et nous le fera parvenir.

Accès aux documents des organismes publics et protection des renseignements personnels

Les renseignements personnels recueillis dans ce formulaire sont nécessaires à l'étude de cette demande. Le fait de ne pas les fournir dans les sections obligatoires peut allonger le délai de traitement ou en entraîner le rejet. Seul notre personnel autorisé a accès à ces renseignements lorsqu'ils sont nécessaires à l'exercice de ses fonctions : leur communication à des tiers ne peut se faire que dans les cas prévus par la loi. La Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels permet à la personne concernée par ces renseignements de les consulter et de les faire rectifier.

Délai de réponse

Dans notre *Déclaration de services aux citoyennes et citoyens*, nous nous engageons à répondre à une demande de prestations d'invalidité dans un délai de 150 jours si l'information reçue initialement suffit pour que nous prenions une décision. 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.

Si vous ne répondez pas aux critères d'admissibilité de base, le refus de votre demande sera fondé exclusivement sur un traitement automatisé de certains de vos renseignements personnels.

Traitement de votre demande

Nous effectuons 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 ou de réduction du temps 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 notre équipe de professionnelles et professionnels de la santé;
- 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 une ou un membre de notre équipe de professionnelles et professionnels de la santé pour déterminer si vous pouvez être reconnue ou reconnu invalide selon la Loi sur le régime de rentes du Québec. Dans certaines situations, une expertise médicale peut être demandée;
- décision rendue par Retraite Québec concernant votre demande.

Pour obtenir plus de renseignements

Par Internet

Mon dossier
Mon lien avec Retraite Québec

retraitequebec.gouv.qc.ca/**mondossier**

Par téléphone

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

Transmettez-nous en ligne ce formulaire et les documents requis, s'il y a lieu, à retraitequebec.gouv.qc.ca/transmettre ou via Mon Dossier.
Votre demande sera traitée plus rapidement, puisque le délai postal sera éliminé.

Si vous ne pouvez pas utiliser le service en ligne, veuillez nous envoyer vos documents à l'adresse suivante :
Retraite Québec, case postale 5200, Québec, (Québec) G1K 7S9

B-071-1 (2024-12)

0100002 **LE**

Retraite Québec

Demande de prestations d'invalidité
Régime de rentes du Québec

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

- de bien remplir toutes les sections du formulaire;
- d'inscrire votre numéro d'assurance sociale à tous les endroits indiqués;
- de remplir et de signer le *Consentement à la communication de renseignements médicaux, psychosociaux et administratifs* ci-joint.

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

Transmettez-nous en ligne ce formulaire et les documents requis, s'il y a lieu, à retraitequebec.gouv.qc.ca/transmettre ou via Mon dossier. Votre demande sera traitée plus rapidement, puisque le délai postal sera éliminé.

Si vous ne pouvez pas utiliser le service en ligne, veuillez nous envoyer vos documents à l'adresse suivante :
Retraite Québec, case postale 5200, Québec (Québec) G1K 7S9.

Veuillez écrire en lettres détachées.

Inscrivez votre numéro d'assurance sociale

1. Renseignements sur votre identité

Sexe ☐ F ☐ M	Nom de famille	Prénom
	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 sa naissance (sans son prénom)		Prénom de votre mère
Nom de famille de votre père		Prénom de votre père
Langue de correspondance ☐ Français ☐ Anglais		
Adresse (numéro, rue, appartement ou case postale)		
Ville	Province	Pays / Code postal
Téléphone Au domicile (ind. rég.)	Autre (ind. rég.)	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 : _____

1

Retraite Québec B-071 (2024-02)

Inscrivez votre numéro d'assurance sociale

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 du Québec ou du Canada pour des 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 Au cours de votre vie, **avez-vous eu des enfants nés après 1958** (peu importe leur âge actuel)? ☐ Oui ☐ Non

3.2 Au cours de votre vie, **avez-vous adopté ou pris en charge[1] des enfants nés après 1958** (peu importe leur âge actuel)? ☐ Oui ☐ Non

Si vous avez répondu **non** aux questions **3.1** et **3.2**, passez à la **section 4.**

3.3 Avez-vous reçu **à votre nom** des prestations familiales pour ces enfants? (Ces prestations sont habituellement versées à la mère.) ☐ Oui. Remplissez ce qui suit. ☐ Non. Passez à la **section 4**.

Renseignements sur les enfants			
1er 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 à l'extérieur du Canada	Date d'arrivée au Canada (année mois)	Province de résidence lors de l'arrivée au Canada	
2e 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 à l'extérieur du Canada	Date d'arrivée au Canada (année mois)	Province de résidence lors de l'arrivée au Canada	
3e 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 à l'extérieur du Canada	Date d'arrivée au Canada (année mois)	Province de résidence lors de l'arrivée au Canada	
S'il y a plus de trois enfants, inscrivez les renseignements additionnels dans un autre document.			

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

3.5 De la naissance de chaque enfant jusqu'à son 7e anniversaire, avez-vous reçu les prestations familiales du gouvernement du Québec **à votre nom**, sans interruption? ☐ Oui ☐ Non

Si non, veuillez préciser la période d'interruption en complétant le tableau ci-dessous (exemples de raison : changement de garde, résidence dans une autre province canadienne, résidence dans un autre pays, etc.)

Nom du ou des enfant(s)	Raison	Début de la période (année mois)	Fin de la période (année mois)

1. Un adulte a la charge d'un enfant s'il s'occupe principalement de ses soins et de son éducation. L'enfant doit habituellement résider chez cet adulte.

Inscrivez votre numéro d'assurance sociale ▶

4. Prestations d'autres organismes

4.1 Avez-vous déjà fait une demande d'indemnité de remplacement du revenu à la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) 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, en cochant la case appropriée, votre situation actuelle à l'égard de la demande que vous avez présentée à la CNESST.

☐ Je n'ai pas encore reçu de réponse de la CNESST.
☐ J'ai droit à une indemnité de la CNESST **actuellement**.
☐ J'avais droit à une indemnité de la CNESST, mais je n'y ai plus droit maintenant.
☐ La CNESST a refusé ma demande.

La CNESST a-t-elle demandé une **expertise médicale**[1]? ☐ 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, en cochant la case appropriée, votre situation actuelle à l'égard de la demande que vous avez présentée à la SAAQ.

☐ 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 je ne la reçois plus 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**[1]? ☐ 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 le nom de la compagnie: _____

Indiquez le numéro de dossier: _____

La compagnie d'assurance a-t-elle demandé une **expertise médicale**[1]? ☐ Oui ☐ Non

[1] On entend par « expertise médicale » une rencontre avec une ou un médecin ou une professionnelle ou un professionnel de la santé expert à la demande d'un tiers (exemple : CNESST, SAAQ, compagnie d'assurance, employeur ou autres). Contrairement à la ou au médecin traitant, l'experte ou l'expert n'a pas de lien thérapeutique avec la personne qu'elle ou 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'études 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: _____

Inscrivez votre numéro d'assurance sociale

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 non, combien d'heures par semaine travaillez-vous actuellement? (heures) Salaire brut par semaine : $. Poursuivez à 6.3.

Si oui, quelle est la date de votre **dernière journée de présence** au travail? (année mois jour)

Avant de cesser de travailler, avez-vous réduit votre temps de travail? ☐ Oui. Poursuivez à 6.3. ☐ Non. Passez à 6.4.

6.3 Si vous avez réduit votre temps de travail **ou** si vous l'avez réduit avant de cesser de travailler, précisez le nombre :

d'heures travaillées par semaine **avant la réduction** : (heures) Salaire brut par semaine : $

d'heures travaillées par semaine **après la réduction** : (heures) Salaire brut par semaine : $

À partir de quelle date avez-vous réduit votre temps de travail? (année mois jour)

6.4 Pour quelles raisons avez-vous cessé de travailler ou réduit votre temps de travail?

Note : Veuillez nous aviser si vous recommencez à travailler ou si vous augmentez votre nombre d'heures de travail pendant que nous étudions votre demande de prestations d'invalidité.

6.5 Quel est ou quel était votre emploi?

Décrivez brièvement votre travail :

Nom du dernier employeur : Téléphone (ind. rég.) Poste

6.6 Occupez-vous un deuxième emploi? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, combien d'heures par semaine travaillez-vous? (heures) Salaire brut par semaine : $

Nom de l'employeur : Téléphone (ind. rég.) Poste

6.7 Actuellement, travaillez-vous à votre compte? ☐ Oui ☐ Non

6.8 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?

6.9 Avez-vous déjà travaillé à votre compte **ou** possédé une entreprise dans le passé? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, inscrivez la date à laquelle l'entreprise a été vendue, dissoute ou fermée. (année mois jour)

6.10 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 (année mois)	Date de fin (année mois)	

Si l'espace est insuffisant, inscrivez les renseignements additionnels dans un autre document.

4

Retraite Québec B-071 (2024-02)

Inscrivez votre numéro d'assurance sociale

8. Renseignements sur votre état de santé

8.1 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. Précisez : _____

5

Retraite Québec B-071 (2024-02)

Inscrivez votre numéro d'assurance sociale

9. Renseignements sur vos médecins

Indiquez le nom des médecins qui vous soignent actuellement ainsi que le nom de celles ou 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.

1er médecin

Nom de la ou du médecin	Téléphone (ind. rég.)
☐ Médecin de famille ☐ Médecin spécialiste	S'il s'agit d'une ou d'un médecin spécialiste, indiquez sa spécialité
Type d'établissement ☐ Hôpital ☐ CLSC ☐ Clinique	Nom de l'établissement / Date de votre dernière visite (année mois jour)

2e médecin

Nom de la ou du médecin	Téléphone (ind. rég.)
☐ Médecin de famille ☐ Médecin spécialiste	S'il s'agit d'une ou d'un médecin spécialiste, indiquez sa spécialité
Type d'établissement ☐ Hôpital ☐ CLSC ☐ Clinique	Nom de l'établissement / Date de votre dernière visite (année mois jour)

3e médecin

Nom de la ou du médecin	Téléphone (ind. rég.)
☐ Médecin de famille ☐ Médecin spécialiste	S'il s'agit d'une ou d'un médecin spécialiste, indiquez sa spécialité
Type d'établissement ☐ Hôpital ☐ CLSC ☐ Clinique	Nom de l'établissement / Date de votre dernière visite (année mois jour)

Si l'espace est insuffisant, inscrivez les renseignements additionnels dans un autre document.

10. Renseignements sur vos hospitalisations

Avez-vous fait l'objet d'une hospitalisation au cours des cinq dernières années? ☐ Oui. Remplissez ce qui suit. ☐ Non

1re hospitalisation

Date approximative (année mois)	Raison de l'hospitalisation
Nom du centre hospitalier	Endroit

2e hospitalisation

Date approximative (année mois)	Raison de l'hospitalisation
Nom du centre hospitalier	Endroit

3e 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 cotisant invalide

Pour connaître les conditions d'admissibilité, référez-vous à la partie « Renseignements concernant la demande » qui est jointe au formulaire.

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

Si l'enfant est né à l'extérieur du Québec, veuillez fournir une copie d'un document de preuve de naissance délivré par les autorités civiles du lieu où il est né. Au besoin, nous pourrons exiger l'original ou une copie certifiée conforme.

1er enfant

Sexe ☐ F ☐ M

Nom de famille à la naissance

Prénom

Numéro d'assurance sociale

Date de naissance (année mois jour)

Lieu de naissance (ville, province, pays)

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 : (année mois jour)

Si non, si l'enfant **réside** avec vous depuis au moins un an au moment où l'on vous a déclarée ou déclaré invalide, indiquez depuis quelle date : (année mois jour)

S'il **ne réside pas** avec vous, précisez la raison : _____

2e enfant

Sexe ☐ F ☐ M

Nom de famille à la naissance

Prénom

Numéro d'assurance sociale

Date de naissance (année mois jour)

Lieu de naissance (ville, province, pays)

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 : (année mois jour)

Si non, si l'enfant **réside** avec vous depuis au moins un an au moment où l'on vous a déclarée ou déclaré invalide, indiquez depuis quelle date : (année mois jour)

S'il **ne réside pas** avec vous, précisez la raison : _____

Si l'espace est insuffisant, inscrivez les renseignements additionnels dans un autre document.

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 cotisant 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** (cotisante ou cotisant 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

Retraite Québec B-071 (2024-02)

Inscrivez votre numéro d'assurance sociale

12. Inscription au dépôt direct

Veuillez 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 de la ou du bénéficiaire si vous faites la demande à sa place.

Si vous recevez déjà une rente du Régime de rentes du Québec 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	Succursale (transit) n°	Établissement financier	Compte (folio) n°
Adresse de l'établissement financier			

13. Déclaration

En transmettant le présent formulaire, je déclare que les renseignements fournis sont complets et exacts.

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

Si vous avez rempli 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 le formulaire?

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

À quel titre avez-vous rempli le formulaire (tutrice ou tuteur, mandataire, etc.)? _____

Sexe	Nom de famille	Prénom
☐ F ☐ M	Adresse	

Ville	Province	Pays	Code postal

Téléphone

Au domicile (ind. rég.) | Autre (ind. rég.) | Poste

Si vous êtes un particulier, indiquez également les renseignements suivants.

Votre numéro d'assurance sociale	Votre date de naissance (année mois jour)	Nom de famille de votre mère à sa naissance (sans son prénom)

8

Retraite Québec B-071 (2024-02)

0100009 **LA**

Retraite Québec

Consentement à la communication de renseignements médicaux, psychosociaux et administratifs

Inscrivez votre numéro d'assurance sociale

Inscrivez votre numéro d'assurance maladie

Veuillez écrire en lettres détachées.

1. Renseignements sur votre identité

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

2. Consentement et signature

Pour que Retraite Québec dispose de toute l'information nécessaire à l'étude de la demande de prestations pour invalidité du Régime de rentes du Québec, je consens à ce que tout médecin, professionnel de la santé et établissement de santé ou de services sociaux transmette à Retraite Québec les renseignements médicaux, psychosociaux et administratifs pertinents qu'il détient à mon sujet.

Ce consentement vaut aussi pour mes employeurs ainsi que pour la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail, la Société de l'assurance automobile du Québec, la Régie de l'assurance maladie du Québec 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 définitive de Retraite Québec. 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 définitive.

Signature _____ Date (année mois jour)

Retraite Québec B-077 (2023-09)

Annexe B
Formulaire de rapport médical

Rapport médical

Avis à la requérante ou au requérant

Avant de remettre ce rapport au médecin, **remplissez les sections 1 « Raison de votre demande » et 2 « Renseignements sur l'identité de la requérante ou 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 seront nécessaires pour remplir le rapport.

Avis au médecin

Une prestation d'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.

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, bénéficiaire ou non de la rente de retraite du Régime, peut également avoir droit à la rente d'invalidité si son état de santé ne lui permet plus de faire son travail habituel. Elle doit toutefois avoir quitté ce travail, ou réduit son temps de travail, en raison de son invalidité. Elle doit aussi 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 d'invalidité du Régime de rentes du Québec, car leurs critères peuvent être différents.

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 d'invalidité.

Les renseignements que vous fournirez dans ce rapport permettront à notre médecin évaluateur de juger si la requérante ou 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 à la requérante ou au requérant.

Renseignements supplémentaires

Pour vous aider à rédiger le rapport médical, vous pouvez consulter l'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 d'invalidité. Si vous ne l'avez pas reçu, vous pouvez le consulter sur notre site.

Si vous avez des questions, communiquez avec l'un de nos médecins aux 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 à **retraitequebec.gouv.qc.ca** et peut être rempli à l'écran.

Transmettez-nous en ligne ce formulaire et les documents requis, s'il y a lieu, à retraitequebec.gouv.qc.ca/transmettre.

Si vous ne pouvez pas utiliser le service en ligne, veuillez nous envoyer vos documents à l'adresse suivante :
Retraite Québec, case postale 5200, Québec (Québec) G1K 7S9

Retraite Québec

B-076 (2024-12)

0100050 **LE**

Retraite Québec **Rapport médical** **RÉÉVALUATION**

1. Raison de votre demande

Pour quelle raison souhaitez-vous utiliser ce formulaire?

☐ Nouvelle demande de rente d'invalidité
☐ Réévaluation médicale

Écrire en lettres détachées **Numéro d'assurance sociale de la requérante ou du requérant**

2. Renseignements sur l'identité de la requérante ou du requérant

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) | Numéro d'assurance maladie

Adresse (numéro, rue, appartement)

Ville	Province	Pays	Code postal

Téléphone
Au domicile (ind. rég.) | Autre (ind. rég.) | Poste

3. Antécédents médicaux et anamnèse

Depuis quand la personne nommée à la section 2 est-elle votre patiente?

Énumérez ses 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.

1

Retraite Québec B-076 (2024-12)

Numéro d'assurance sociale de la requérante ou du requérant

4. Examen physique et mental

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

Décrivez les signes cliniques liés à ses **principaux** problèmes de santé. (Reportez-vous au *Guide du médecin traitant* au besoin.)

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

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

5. Investigation

Indiquez les résultats d'investigation et **joignez** les documents à l'appui (radiologie, pathologie, ECG d'effort, tests de fonction respiratoire, etc.).

6. Autres renseignements

À votre connaissance, existe-t-il d'autres documents médicaux que nous pourrions consulter? Si oui, précisez l'organisme concerné.

☐ Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST)
☐ Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ)
☐ Compagnie d'assurance. Indiquez le nom : _____
☐ Hôpital. Indiquez le nom : 1. _____ Date approximative (année mois)
2. _____ Date approximative
3. _____ Date approximative
☐ Autre établissement : _____ Date approximative
(centre de réadaptation, clinique de physiothérapie, CLSC, etc.)

2

Retraite Québec B-076 (2024-12)

Numéro d'assurance sociale de la requérante ou du requérant

7. Diagnostic et pronostic

Diagnostic	Pronostic

8. Traitement

La personne prend-elle des médicaments actuellement? ☐ Non ☐ Oui. Indiquez la dose et la fréquence.

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

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

9. Capacité de travail

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

La personne est-elle apte à conduire un véhicule automobile? ☐ Non ☐ Oui

Lui avez-vous recommandé de cesser de travailler ou de réduire son temps de travail?
☐ Non ☐ Oui. Pour quelle raison et quelle durée?

Si la personne a cessé son **travail habituel**, peut-elle le reprendre ou le pourra-t-elle **éventuellement**?
☐ Oui ☐ Non. Pourquoi?

Si elle a réduit son temps de travail, **cette réduction** peut-elle prendre fin ou le pourra-t-elle **éventuellement**?
☐ Oui ☐ Non. Pourquoi?

3

Retraite Québec B-076 (2024-12)

Numéro d'assurance sociale de la requérante ou du requérant

9. Capacité de travail (suite)

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

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

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 de la requérante ou du requérant.

11. Autres considérations

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

À quel moment cette personne pourra-t-elle y avoir accès?

12. Déclaration du médecin

Nom de famille	Prénom	Numéro de permis
Adresse		Code postal

Téléphone (ind. rég.) Poste Télécopieur (ind. rég.)

☐ Omnipraticienne ou omnipraticien
☐ Spécialiste. Précisez :

Je déclare que les renseignements fournis dans ce rapport sont complets et exacts et que l'état de la patiente ou du patient est tel que je l'ai constaté au moment de mon examen clinique.

Signature du médecin Date (année mois jour)

Transmettez-nous en ligne ce formulaire et les documents requis, s'il y a lieu, à retraitequebec.gouv.qc.ca/transmettre.

Si vous ne pouvez pas utiliser le service en ligne, veuillez nous envoyer vos documents à l'adresse suivante :
Retraite Québec, case postale 5200, Québec (Québec) G1K 7S9

4

Retraite Québec B-076 (2024-12)

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 Retraite 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.

retraitequebec.gouv.qc.ca

Retraite Québec

1029-RRQ (2025-04) F