

Guide du médecin traitant

L'invalidité

dans le Régime de rentes du Québec



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

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

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

Dépôt légal – 1^{er} trimestre 2010, 4^e édition
Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-550-57745-4 (version imprimée)
978-2-550-57746-1 (PDF)

REMERCIEMENTS

Ce guide a été réalisé par la Direction des communications de la Régie des rentes du Québec avec la collaboration d'un groupe de **médecins-conseils** du Service de l'évaluation médicale, soit les D^{rs} Jacques Bergeron (maladies du système nerveux), Roger Dorion (néoplasies malignes), Bertrand Giguère (maladies de l'appareil circulatoire), Suzanne Trempe (maladies de l'appareil respiratoire), Claude Sarra-Bournet (maladies de l'appareil locomoteur et troubles mentaux), et du D^r Serge Dumas (infection à VIH et SIDA) du Centre médical Berger et de la Maison Michel-Simon de Québec.

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui, d'une façon ou d'une autre, ont contribué à la réalisation de cet ouvrage :

Le D^r **Claude Sarra-Bournet**, qui a coordonné le projet.

Les **médecins spécialistes**, qui ont joué un rôle de consultant auprès de l'équipe de rédaction : les D^{rs} Jean-Pierre Bernatchez, Henri-Louis Bouchard, Rémi-W. Bouchard, François Couture, Marc Desmeules, Denys Jobin, Gilles Laroche, Marie Larochelle, Denis Lepage et Guy Tremblay.

Les **médecins experts**, qui ont aimablement accepté de relire le manuscrit et nous ont fait de judicieuses remarques : les D^{rs} Pierre Auger, Joseph Ayoub, Marc-André Bergeron, Jean-Pierre Berthiaume, Serge Boucher, Caroline Freeman, Robert Landry, Pierre-Paul Leblanc, André Maufette, Guy Quenneville, Denis Raymond, Louise Rouleau, Louis-E. Roy, François Sestier, Jean Turcotte, J.-Robert Turcotte et Yves Vézina.

Les **autres médecins** qui, à plusieurs reprises, nous ont fait bénéficier de leur expérience et nous ont exprimé leurs attentes à l'égard de ce document de référence : les D^{rs} Denis Boucher, Michel Drolet, Denis Drouin, René Gagnon, Marie Girard, Marc Giroux, Jacques Houde, Louis Levasseur, Robert Meilleur, Lise Nadeau, Pierre Plante, Daniel Roberge, Jean Rodrigue, André St-Pierre et Jean-Maurice Turgeon.

Nous désirons enfin souligner la collaboration étroite et soutenue des autorités du **Collège des médecins du Québec**, de la **Fédération des médecins omnipraticiens du Québec** et de la **Fédération des médecins spécialistes du Québec** qui, depuis le début, nous ont encouragés dans notre démarche et ont accepté de nous aider à faire la promotion et la distribution de ce guide.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS

INTRODUCTION

A)	DÉFINITIONS.....	10
B)	ÉVALUATION DE LA CAPACITÉ DE TRAVAIL	14
C)	RAPPORT MÉDICAL	17

CHAPITRE I

LES MALADIES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR

1.1	CONSTITUTION DE LA PREUVE MÉDICALE	23
1.2	SITUATIONS CLINIQUES PARTICULIÈRES.....	25
1.3	ÉVALUATION DES MALADIES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR	26

CHAPITRE II

LES MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE

2.1	CONSTITUTION DE LA PREUVE MÉDICALE	37
2.2	SITUATIONS CLINIQUES PARTICULIÈRES.....	40
2.3	ÉVALUATION DES MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE	43
2.4	TECHNIQUES D'ÉVALUATION	53

CHAPITRE III

LES MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

3.1	CONSTITUTION DE LA PREUVE MÉDICALE	63
3.2	SITUATIONS CLINIQUES PARTICULIÈRES.....	69
3.3	ÉVALUATION DES MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE	74

CHAPITRE IV

LES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

4.1 CONSTITUTION DE LA PREUVE MÉDICALE	86
4.2 SITUATION CLINIQUE PARTICULIÈRE	90
4.3 ÉVALUATION DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX.	91

CHAPITRE V

LES NÉOPLASIES MALIGNES

5.1 CONSTITUTION DE LA PREUVE MÉDICALE	103
5.2 SITUATIONS CLINIQUES PARTICULIÈRES	107
5.3 ÉVALUATION DES NÉOPLASIES MALIGNES	110

CHAPITRE VI

LES TROUBLES MENTAUX

6.1 CONSTITUTION DE LA PREUVE MÉDICALE	121
6.2 SITUATIONS CLINIQUES PARTICULIÈRES	126
6.3 ÉVALUATION DES TROUBLES MENTAUX	127

CHAPITRE VII

L'INFECTION À VIH ET LE SIDA

7.1 CONSTITUTION DE LA PREUVE MÉDICALE	145
7.2 SITUATION CLINIQUE PARTICULIÈRE	146
7.3 ÉVALUATION DE L'INFECTION À VIH ET DU SIDA	146

ANNEXE A

FORMULAIRE DE DEMANDE DE PRESTATIONS D'INVALIDITÉ . . .	151
---	-----

ANNEXE B

FORMULAIRE DE RAPPORT MÉDICAL.	162
--	-----

INDEX	167
-----------------	-----

AVANT-PROPOS

Le médecin traitant joue un rôle de premier plan dans l'évaluation de l'état de santé des personnes qui demandent une rente 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 la Régie des rentes du Québec peut apprécier leur capacité de travail.

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

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

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

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

Dans sa présentation actuelle, le guide couvre environ 80 % des demandes de prestations d'invalidité présentées annuellement à la Régie. Le pourcentage de rentes payées pour chaque catégorie de maladies est indiqué au début de chaque chapitre.

Comme nous prévoyons éventuellement ajouter d'autres chapitres à ce guide, nous vous invitons à nous faire des suggestions. Nous recevrons également avec plaisir vos observations cliniques et toute publication médicale pouvant contribuer à la mise à jour continue de ce guide.

La médecin-chef,

D^{re} Nathalie Dubé

INTRODUCTION

A. DÉFINITIONS.....	10
1. INVALIDITÉ AU SENS DE L'ARTICLE 95	10
2. ASSURANCE SALAIRE, ASSURANCE INVALIDITÉ ET RENTE D'INVALIDITÉ	11
3. TERMES CONNEXES	12
B. ÉVALUATION DE LA CAPACITÉ DE TRAVAIL	14
1. FONDEMENT MÉDICAL DE L'INVALIDITÉ	14
2. FACTEURS PERSONNELS, SOCIO-ÉCONOMIQUES ET PROFESSIONNELS	15
3. ÉCHELLES D'ÉVALUATION	15
4. DÉFICIENCES ET INCAPACITÉS MULTIPLES OU ASSOCIÉES	16
5. INVESTIGATION, TRAITEMENT ET RÉADAPTATION	16
6. DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC	17
C. RAPPORT MÉDICAL	17
1. RÔLE DU MÉDECIN TRAITANT	17
2. RÉDACTION DU RAPPORT	18
3. DOCUMENTATION NÉCESSAIRE	18
4. RÔLE DE L'ÉQUIPE MÉDICALE DE LA RÉGIE	19
5. FRAIS.....	19

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

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

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

A. DÉFINITIONS

1. Invalidité au sens de l'article 95

Dans le contexte du Régime de rentes du Québec, la reconnaissance de l'invalidité fait l'objet d'une décision administrative. Cette décision est rendue par la Régie sur démonstration satisfaisante que l'état de santé du travailleur correspond aux exigences de l'article 95.

Article 95 de la Loi sur le régime de rentes du Québec (L.R.Q., chapitre R-9) :

« Une personne n'est considérée comme invalide que si la Régie la déclare atteinte d'une invalidité physique ou mentale grave et prolongée.

Une invalidité n'est grave que si elle rend la personne régulièrement incapable de détenir une occupation véritablement rémunératrice.

En outre, dans le cas d'une personne âgée de 60 ans ou plus, une invalidité est grave si elle rend cette personne régulièrement incapable d'exercer l'occupation habituelle rémunérée qu'elle détient au moment où elle cesse de travailler en raison de son invalidité.

Une invalidité n'est prolongée que si elle doit vraisemblablement entraîner le décès ou durer indéfiniment.

La Régie publie périodiquement ses directives en matière d'évaluation médicale de l'invalidité. »

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

Pour être reconnu invalide, le travailleur de moins de 60 ans doit être atteint d'une incapacité **grave** qui l'empêche d'exercer régulièrement toute activité véritablement rémunératrice. Quant à celui qui a 60 ans ou plus, son incapacité doit l'empêcher de reprendre le travail habituel rémunéré qu'il a quitté en raison de sa maladie.

Dans les deux cas, l'incapacité doit être **prolongée**, et non pas temporaire, c'est-à-dire qu'elle durera probablement indéfiniment ou entraînera le décès.

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

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

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

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

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

La **rente d'invalidité** est versée par le Régime de rentes du Québec pour assurer un revenu de base 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 de la santé et de la sécurité du travail (CSST) 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, une mémoire défaillante, etc., sont des déficiences.

- Incapacité (*disability*)

« Une incapacité correspond à toute réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain. » (Organisation mondiale de la santé, 1980)

Par exemple, ne pas voir plus loin qu'à une certaine distance, manquer d'équilibre dans la démarche, ne pas saisir des raisonnements abstraits, etc., sont des incapacités.

- Handicap (*handicap*)

« Le handicap d'un individu est le désavantage qui résulte de sa déficience ou de son incapacité et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socio-culturels. » (Organisation mondiale de la santé, 1980)

Le handicap est caractérisé par l'écart qui existe entre la capacité d'agir d'une personne et celle du groupe dont elle fait partie. Le fait d'être handicapé est relatif aux autres et dépend des valeurs du groupe. La personne atteinte d'une déficience ou d'une incapacité fait souvent face à des obstacles relatifs qui, une fois compensés, ne l'empêchent pas de s'intégrer à la société, d'aller à l'école, de travailler, de demeurer là où elle le désire, de s'adonner à des loisirs, etc.

- Limitation fonctionnelle (*can not*)

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

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

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

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

- Restriction fonctionnelle (*should not*)

La restriction, contrairement à la limitation, est une mesure préventive liée à une forme d'activité précise. C'est l'expression de ce que la personne ne devrait pas faire pour éviter une détérioration à moyen ou long terme. C'est une **entrave relative**.

Passer outre à une restriction n'entraîne pas automatiquement ou immédiatement une détérioration ni un risque imminent et grave pour la santé physique ou mentale.

Les restrictions fonctionnelles sont laissées au jugement du médecin traitant. En effet, aucune étude scientifique n'a encore pu établir de normes claires quant aux risques de récurrence ou d'aggravation que comportent certaines activités. Par exemple, les personnes atteintes de lombalgie rebelle ne pourraient soulever plus de 40 kg occasionnellement et plus de 20 kg de façon répétitive sans risquer une détérioration de leur état.

- Capacité restante (*still can*)

Parfois, la description des déficiences et incapacités physiques ou mentales ne suffit pas pour établir si une personne est capable ou non de travailler.

Le médecin traitant doit alors évaluer la capacité restante de son patient et la décrire, pour que l'équipe médicale de la Régie puisse se faire une opinion sur la capacité de travail de ce dernier.

B. ÉVALUATION DE LA CAPACITÉ DE TRAVAIL

1. Fondement médical de l'invalidité

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

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

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

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

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

2. Facteurs personnels, socio-économiques et professionnels

Certains facteurs tels que :

- le sexe,
- la langue,
- la religion,
- la faible scolarité,
- l'isolement géographique,
- le potentiel de scolarisation,
- l'expérience (unique) de travail antérieur,
- l'impossibilité de transfert de compétence ou d'habiletés,
- la disponibilité d'un emploi ou la facilité à s'en trouver un, etc.,

peuvent, pour un patient donné, limiter les possibilités de se trouver du travail, mais **ils ne sont pas déterminants** pour l'évaluation médicale de sa capacité de travail. Ce qui compte avant tout, c'est la description de ses incapacités physiques et mentales.

3. Échelles d'évaluation

Lorsqu'il utilise une échelle d'évaluation de la capacité fonctionnelle, le médecin doit en interpréter les conclusions avec précaution et les utiliser comme un élément parmi tous les autres dans un cadre global d'évaluation. **Aucune échelle n'a été validée aux fins de l'étude d'une demande de rente d'invalidité.**

Plusieurs **échelles maison** ont été mises au point pour un usage précis et limité à l'intérieur d'un établissement donné, mais elles n'ont fait l'objet d'aucune validation scientifique. S'il utilise une échelle maison, le médecin fournira une explication détaillée de son fonctionnement et indiquera clairement ses sources.

Bien qu'elles ne soient pas toutes d'égale valeur et qu'on ne puisse s'en servir comme d'une équation, les échelles standardisées et couramment utilisées dans la littérature médicale contemporaine sont préférables. Le médecin s'en servira pour mieux décrire ce qu'il a observé.

En ce qui concerne les maladies néoplasiques, les classifications de stades reconnues, comme TNM pour la majorité des tumeurs et FIGO pour les tumeurs gynécologiques, peuvent rapidement donner une idée assez adéquate du pronostic.

4. Déficiences et incapacités multiples ou associées

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

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

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

5. Investigation, traitement et réadaptation

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

L'état de la personne doit être **stable** au moment de l'évaluation. S'il y a possibilité d'amélioration par les traitements en cours, il faut en attendre les résultats avant de conclure à des séquelles graves et irréversibles.

Tous les traitements médicaux ou chirurgicaux généralement recommandés doivent avoir été administrés.

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. Cependant, il est difficile de reconnaître qu'une incapacité est grave et irréversible lorsqu'un traitement éprouvé est disponible et qu'il n'a pas été administré.

La **réadaptation fonctionnelle** vise le recouvrement d'une autonomie optimale et la réduction de la dépendance. Le potentiel de réadaptation et, le cas échéant, les résultats des traitements de réadaptation ou de l'ajustement d'aides techniques doivent faire l'objet d'un rapport médical.

6. Diagnostic et pronostic

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

Le **pronostic** doit s'appuyer sur un constat de faits irréversibles ou sur l'échec répété de traitements appliqués selon les règles de l'art ; le jugement du médecin doit reposer sur des critères objectifs.

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

- pour les troubles physiques, la *Classification internationale des maladies* (CIM-10) ;
- pour les troubles mentaux, le *DSM-IV-TR : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4^e édition (DSM-IV).

Il est à noter que bon nombre de diagnostics énumérés dans la CIM-9 ne comportent que des critères subjectifs (douleur abdominale, 789.0) qui ne permettent pas d'évaluer la gravité et la durée des incapacités. Il ne suffit donc pas qu'un diagnostic y soit donné pour qu'il revête un caractère invalidant.

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

C. RAPPORT MÉDICAL

1. Rôle du médecin traitant

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

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

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

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

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

2. Rédaction du rapport

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

Le formulaire de l'annexe B n'est pas obligatoire. C'est le modèle qui est proposé pour fournir un rapport complet et bien documenté.

3. Documentation nécessaire

Pour juger de l'incapacité fonctionnelle d'un travailleur, la Régie a besoin d'un dossier médical complet :

- **Un rapport préparé et signé par un médecin** (anamnèse, bilan des fonctions, antécédents, examen physique ou mental) et les **comptes rendus d'examens complémentaires** qui renseignent sur la nature, la sévérité, la durée et les conséquences de l'affection en cause.

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

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

- **Une copie ou un résumé du dossier** d'un hôpital, d'une unité de consultations externes, d'une clinique spécialisée, d'un centre d'accueil, d'un CLSC ou de tout établissement de soins médicaux et des rapports de tous les consultants qui ont évalué le patient.

Ces documents seront certifiés conformes à l'original.

- **Une copie d'un rapport médical adressé à l'employeur ou du dossier d'un organisme payeur** (CSST, SAAQ, CARRA [Commission administrative des Régimes de retraite et d'assurances]), d'une compagnie d'assurance, etc.

Ces documents seront certifiés conformes aux originaux.

4. Rôle de l'équipe médicale de la Régie

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

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

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

5. Frais

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

Les frais de l'examen clinique et des examens complémentaires sont facturés à la RAMQ.

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

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

BIBLIOGRAPHIE

American Medical Association. *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment*, 4^e éd., 1993.

Brousseau, S. et al. *La preuve du dommage corporel*, Sécuritas, 1981, 102 p.

Dupuis, M. *La réadaptation du travailleur accidenté*, Edisem, 1984, 138 p.

Melenec, L. *L'évaluation du handicap et du dommage corporel*, Masson, 1991, 340 p.

Organisation mondiale de la santé. *Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages, un manuel de classification des conséquences des maladies*, Genève, 1980.

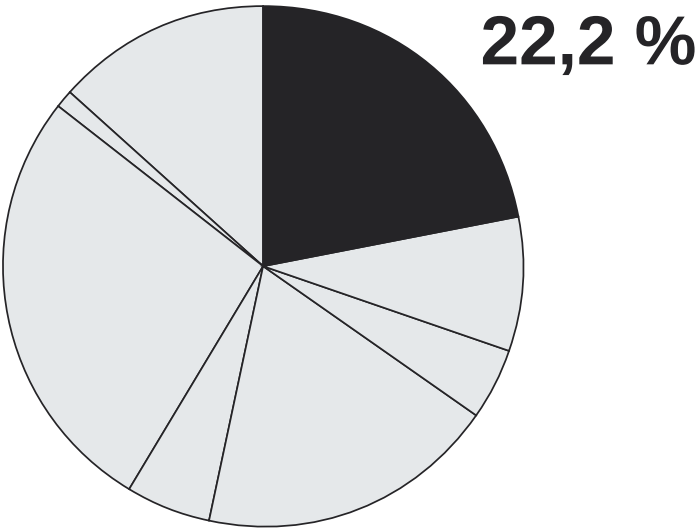
Québec, Ministère des Communications. *À part égale. L'intégration sociale des personnes handicapées : un défi pour tous*, Office des personnes handicapées du Québec, 1984.

Rousseau, C. et C. Fournier. *Le livre du CAPEDOC, Précis d'évaluation du dommage corporel en droit commun*, éd. par l'Association pour l'étude de la réparation du dommage corporel, AREDOC, et le Centre de documentation sur le dommage corporel, CDDC, Paris, 1993, 351 p.

Sarra-Bournet, C. et al. « Le médecin traitant, l'invalidité et la Régie des rentes du Québec », *Le médecin du Québec*, vol. 30, n° 5 (mai 1995), p. 35-86.

CHAPITRE I

LES MALADIES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR



1.1 CONSTITUTION DE LA PREUVE MÉDICALE	23
1.2 SITUATIONS CLINIQUES PARTICULIÈRES	25
1.3 ÉVALUATION DES MALADIES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR	26
1.3.1 ARTHROSE, POLYARTHRITE RHUMATOÏDE ET AUTRES ARTHrites INFLAMMATOIRES OU MICROCRISTALLINES ET FIBROMYALGIE	26
1.3.2 AFFECTIONS DE LA COLONNE VERTÉBRALE	27
A) OSTÉOPOROSE AVEC FRACTURES	28
B) TUMEURS DE LA COLONNE VERTÉBRALE ET LÉSIONS ANALOGUES	29
C) AUTRES AFFECTIONS DE LA COLONNE VERTÉBRALE	29
1.3.3 AMPUTATION OU AUTRE DÉFICIT MAJEUR, CONGÉNITAL OU ACQUIS	30
1.3.4 AMPUTATION D'UN MEMBRE INFÉRIEUR AVEC MALADIE ASSOCIÉE	31
1.3.5 INFECTIONS GRAVES (OSTÉOMYÉLITE OU ARTHRITE SEPTIQUE)	32
1.3.6 FIBROMYALGIE	33

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

1.1 CONSTITUTION DE LA PREUVE MÉDICALE

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

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

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

- a) **Anamnèse.** Le médecin doit retracer l'histoire complète de la situation : la date du début de l'affection et son mode d'apparition (insidieux, post-traumatique (CSST), etc.), la nature, la localisation et l'irradiation de la douleur, l'horaire des symptômes, la présence de raideurs, les facteurs qui augmentent ou soulagent la douleur, le traitement prescrit (notamment le type d'analgésiques et leur posologie) et la description des activités journalières typiques. Il doit s'assurer que les signes qu'il a observés à l'examen et les plaintes du patient sont compatibles avec le stade de la maladie et décrire la réponse aux mesures thérapeutiques.
- b) **Examen clinique.** Dans son rapport, le médecin fera état d'un examen clinique détaillé de l'appareil locomoteur. Il décrira la démarche du patient et les articulations atteintes (amplitude, difformité, etc.) en précisant la limitation des mouvements des membres et de la colonne en degrés à partir de la position verticale et en prenant soin de détailler les anomalies motrices et sensitives, les spasmes musculaires et les réflexes ostéotendineux. Il signalera la présence de signes inflammatoires et décrira ce qu'il a observé pendant l'examen, par exemple le comportement et la collaboration du patient, sa façon de monter et de descendre de la table, de se rhabiller, etc.
- c) **Amplitudes articulaires et perte de fonction.** La mesure des amplitudes articulaires relève de techniques d'examen clinique qui sont présentées dans les manuels ou traités médicaux classiques. Il faut, si possible, comparer l'amplitude d'une articulation atteinte à celle de l'articulation saine du côté opposé. À défaut, le médecin se référera aux mesures conventionnelles.

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

- d) **Constatations objectives.** Le bilan des capacités et des incapacités fonctionnelles doit être établi au moyen des constatations faites pendant l'examen et non simplement au

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

- e) **Examens complémentaires.** Les résultats d'examens de laboratoire, d'examens électrodiagnostiques ou d'imagerie médicale (myélographie) sont utiles pour étayer un diagnostic, mais ils ne peuvent jamais remplacer les observations cliniques.

1.2 SITUATIONS CLINIQUES PARTICULIÈRES

- a) **Perte de fonction et douleur.** La douleur est généralement un phénomène temporaire qui répond aux mesures thérapeutiques courantes. Elle peut contribuer à une diminution de la capacité fonctionnelle mais, pour être prise en considération dans l'évaluation, elle doit être causée par une affection sous-jacente reconnaissable. Le médecin doit établir une corrélation entre la douleur exprimée et les signes cliniques qu'il a observés et fournir les résultats d'examens complémentaires qui permettent d'évaluer l'importance et la permanence des limitations tant physiques que psychiques.
- b) L'énoncé du diagnostic « **douleur chronique** » ne suffit pas : la démonstration des déficiences et des incapacités qui empêchent la personne de travailler de façon permanente doit être faite. Dans tous les cas, il importe de vérifier par des observations successives et à des intervalles suffisants si cet état fluctue, persiste ou s'aggrave.
- c) **Vieillesse.** Le vieillissement progressif de la colonne vertébrale et des articulations est normal. On observe couramment à l'imagerie médicale des modifications importantes sans répercussion sur le plan clinique. La démonstration de limitations fonctionnelles importantes par des signes objectifs est primordiale.
- d) **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.

- e) **Amputation associée à une maladie chronique.** On peut retrouver chez une même personne une amputation et un diabète ou une maladie chronique de l'appareil respiratoire ou circulatoire. Le médecin doit être attentif à l'amplification possible des conséquences fonctionnelles d'une amputation (particulièrement à un membre inférieur) par la présence d'affections à d'autres niveaux et en faire la démonstration.
- f) **Fibromyalgie (fibromyosite).** Elle se présente comme un syndrome douloureux généralisé qui peut facilement passer pour un trouble de l'appareil locomoteur. Elle s'associe à un ensemble de symptômes impressionnants, qui en rendent le diagnostic relativement difficile, et s'accompagne fréquemment d'un sentiment démesuré de diminution des capacités physiques et psychiques.

La fibromyalgie n'a pas de cause reconnue, ni de traitement spécifique. Aucune séquelle organique grave et permanente n'a été reconnue, si ce n'est un déconditionnement physique réversible et proportionnel à l'inactivité du patient.

L'incapacité qui en résulte a rarement une incidence grave et permanente sur la capacité de travail.

1.3 ÉVALUATION DES MALADIES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR

1.3.1 ARTHROSE, POLYARTHRITE RHUMATOÏDE ET AUTRES ARTHRITES INFLAMMATOIRES (spondylarthropathies séronégatives, collagénoses) OU MICROCRISTALLINES (goutte et pseudo-goutte) ET FIBROMYALGIE

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. Plusieurs articulations majeures, le rachis ou des structures autres que les articulations sont touchées et on constate une perte d'autonomie.

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

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

1.3.2 AFFECTIONS DE LA COLONNE VERTÉBRALE

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

produit que dans les cas de maladie irréversible ou d'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 ou d'autres épreuves diagnostiques comme l'électromyographie (EMG), le temps de conduction nerveuse, etc., viendront appuyer les observations cliniques, le cas échéant.

A) OSTÉOPOROSE AVEC FRACTURES

L'ostéoporose peut être primaire ou secondaire.

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

- 1° Présenter le tableau clinique, en particulier l'évolution de l'affection, l'importance des symptômes, surtout les douleurs à la colonne dorso-lombaire et leur durée (limitée ou indéfinie) et les séquelles morphologiques (taille), respiratoires (voir chapitre III, page 61) ou autres consécutives aux difformités et à la perte de mobilité de la colonne ;
- 2° Confirmer si possible son diagnostic par les examens appropriés (radiographies simples, RMN, TDM, etc.) révélant :
 - la présence d'une ou de plusieurs fractures par tassement des corps vertébraux sans histoire de traumatisme direct qui ait pu en être la cause,
 - le degré de cyphose ou de cyphoscoliose ;
- 3° Exceptionnellement, une scintigraphie osseuse 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.

B) TUMEURS DE LA COLONNE VERTÉBRALE ET LÉSIONS ANALOGUES

Dans le cas de tumeurs primitives ou de métastases, la cause des manifestations cliniques est habituellement démontrée, et l'évolution de la maladie est rarement réversible. En ce cas, le médecin peut aussi se reporter au chapitre V, page 101.

Il est à noter que la douleur est habituellement contrôlable, sauf dans le cas du myélome multiple, où c'est plus difficile.

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

1° Présenter le tableau clinique :

- l'état général, les symptômes et signes locaux, régionaux ou généraux,
- l'évaluation clinique comme en c 1° (Autres affections de la colonne vertébrale, page 29),
- l'évaluation neurologique en fonction des éléments du chapitre IV (voir page 83),
- le stade clinique des cancers primitifs (TNM),
- la réponse aux traitements et le pronostic ;

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

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

C) AUTRES AFFECTIONS DE LA COLONNE VERTÉBRALE (hernie discale, sténose spinale, arachnoïdite, échec après chirurgie à répétition, etc.)

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

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

- 1° Présenter le tableau clinique :
 - douleur, spasme musculaire et limitation importante et permanente de la mobilité de la colonne vertébrale (et non pas simplement une contraction réflexe lors de l'examen),
 - atteinte motrice importante (mouvements, force),
 - atteinte des réflexes,
 - atteinte de la sensibilité ;
- 2° Confirmer la présence d'une lésion importante correspondant aux manifestations cliniques par :
 - imagerie ou autres examens appropriés,
 - compte rendu de l'acte chirurgical ;
- 3° Fournir des informations supplémentaires comprenant, au besoin, une évaluation en neurologie, en neurochirurgie, en physiothérapie ou en orthopédie avec, le cas échéant, les résultats de la réadaptation fonctionnelle, la nécessité d'une assistance personnelle ou d'une aide technique.

1.3.3 AMPUTATION OU AUTRE DÉFICIT MAJEUR, CONGÉNITAL OU ACQUIS

Outre les amputations, cette catégorie regroupe :

- les séquelles de déficits vasculaires (voir chapitre II, page 35) ou d'infection grave des tissus mous,
- les délabrements de tissus mous, les lésions musculaires, tendineuses, nerveuses, vasculaires,
- l'ankylose en position vicieuse,
- la subluxation, la luxation, l'instabilité articulaire ou la pseudarthrose,
- les troubles trophiques, les séquelles de brûlures graves et étendues, etc.

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

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

**1.3.4 AMPUTATION D'UN MEMBRE INFÉRIEUR
(transmétatarsienne ou plus haut) AVEC MALADIE
ASSOCIÉE**

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

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

- 1° Présenter le tableau clinique et préciser l'importance et la durée de la perte de la capacité de se tenir debout ou de se déplacer efficacement avec ou sans prothèse et indiquer si le patient doit avoir recours à une aide technique, comme une marchette ou des béquilles à l'intérieur et un fauteuil roulant à l'extérieur, **à cause de :**
 - maladie vasculaire périphérique,
 - complication neurologique (perte de proprioception, etc.),
 - moignon trop court ou autres complications persistantes, voire permanentes, à ce niveau,
 - atteinte du membre inférieur opposé limitant considérablement la capacité de marcher et de se tenir debout,
 - maladie cardiovasculaire, respiratoire ou autre maladie systémique avec répercussion grave sur l'état général ou autres complications aux organes cibles,

- diabète avec complications neurologiques, vasculaires périphériques ou aux organes cibles ;
- 2° Confirmer la présence des affections observées à l'examen clinique par les résultats d'examens et les rapports de consultation appropriés ;
- 3° Fournir des renseignements quant à la permanence de l'incapacité de se déplacer efficacement, en particulier dans le cas d'une hémipelvectomie ou d'une désarticulation de la hanche.

1.3.5 INFECTIONS GRAVES (ostéomyélite ou arthrite septique)

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

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

- 1° Présenter le tableau clinique soit d'une infection persistante, de complications ou d'un mauvais pronostic en dépit des traitements optimaux administrés depuis plus de douze mois, soit de déformations ou d'ankyloses en position non fonctionnelle qui interfèrent fortement avec les déplacements, la station debout, l'usage des membres supérieurs ou inférieurs, ou d'un membre supérieur et d'un membre inférieur ;
- 2° Confirmer la présence des foyers lésionnels correspondant aux observations cliniques par des tests de laboratoire et par l'imagerie médicale appropriée ;
- 3° Fournir des renseignements sur la nécessité d'une assistance personnelle ou d'une aide technique.

1.3.6 FIBROMYALGIE

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

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

- 1° Présenter le tableau clinique, préciser plus particulièrement les signes qu'il a observés et qui peuvent confirmer l'atteinte fonctionnelle dont il fait état et prendre soin d'exclure la possibilité d'une affection rhumatologique ou psychique ;
- 2° Confirmer ses observations par les résultats d'examens complémentaires appropriés ;
- 3° Présenter tout rapport d'évaluation psychiatrique ou psychosomatique en sa possession (voir Troubles somatoformes, page 133).

BIBLIOGRAPHIE

American Medical Association. *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment*, chap. 3 (The Musculoskeletal System), 4^e éd., 1993.

CSST. *Règlement annoté sur le barème des dommages corporels*, 1987, 30 p.

Dupuis M. et R. Leclaire. *Pathologie médicale de l'appareil locomoteur*, Edisem-Maloine, 1986, 999 p.

Schumacher, R. H. Jr et al. *Primer on the Rheumatic Diseases*, 9^e éd., The Arthritis Foundation, 1988. Distribué au Canada par : The Arthritis Society, 250 Bloor St. E., Suite 401, Toronto, Ontario, M4W 3P2.

Sibley, J. T. « La fibromyalgie et le sport : une métaphore thérapeutique », *Journal de la Société canadienne de rhumatologie*, vol. 3, n° 2 (août 1994) p. 6-8.

Steinbrocker, O. et al. « Therapeutic Criteria in Rheumatoid Arthritis », *JAMA*, vol. 140, 1949, p. 659-662.

U.S. Department of Health and Human Services. *Disability Evaluation under Social Security*, Social Security Administration, publication n° 64-039, janv. 1995.

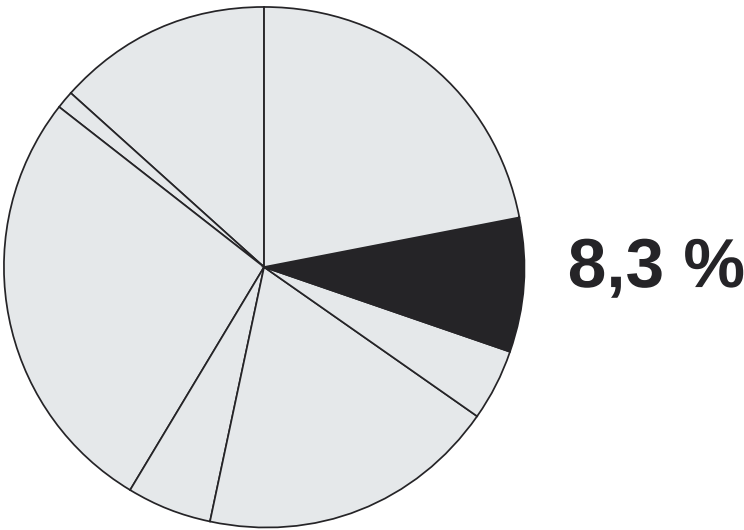
Waddell, G. et al. « Non Organic Physical Signs in Low Back », *Spine*, vol. 5, n° 2 (mars-avril 1980), p. 117-125.

White, K.P. et al. « Work Disability Evaluation and the Fibromyalgia Syndrome », chap. 1, *Semin Arthritis Rhum*, vol. 24, n° 6 (juin 1995), p. 371-381.

Wolfe, F. et al. « The American College of Rheumatology Criteria for the Classification of Fibromyalgia », *Arth Rhum*, vol. 33, n° 2 (1990), p. 160- 172.

CHAPITRE II

LES MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE



2.1 CONSTITUTION DE LA PREUVE MÉDICALE	37
2.2 SITUATIONS CLINIQUES PARTICULIÈRES	40
2.3 ÉVALUATION DES MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE. . .43	
2.3.1 INSUFFISANCE CARDIAQUE CHRONIQUE	43
2.3.2 CARDIOPATHIE HYPERTENSIVE.	44
2.3.3 INSUFFISANCE CORONARIENNE OU CARDIOPATHIE ISCHÉMIQUE.	44
2.3.4 ARYTHMIES.	45
2.3.5 CARDIOPATHIES CONGÉNITALES SYMPTOMATIQUES CONFIRMÉES PAR IMAGERIE APPROPRIÉE OU CATHÉTÉRISME CARDIAQUE	46
2.3.6 CARDIOPATHIES VALVULAIRES	47
2.3.7 CARDIOMYOPATHIE.	47
2.3.8 TRANSPLANTATION CARDIAQUE.	47
2.3.9 ANÉVRISMES DE L' AORTE	47
2.3.10 INSUFFISANCE ARTÉRIELLE DES MEMBRES	48
2.3.11 INSUFFISANCE VEINEUSE DES MEMBRES	50
2.3.12 LYMPHŒDÈME	52
2.3.13 PHÉNOMÈNE DE RAYNAUD.	52
2.4 TECHNIQUES D'ÉVALUATION	53

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

a) L'aspect clinique

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

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

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

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

b) Principales techniques d'évaluation :

- 1° Électrocardiogramme (ECG) ;
- 2° Épreuve d'effort ;
- 3° Échocardiographie bidimensionnelle ou de type Doppler ;
- 4° Ventriculographie radio-isotopique ;
- 5° Perfusion myocardique avec Thallium ou Sesta-MIBI ;
- 6° Enregistrement de l'ECG continu (Holter) ;
- 7° Cathétérisme cardiaque.

Ces techniques sont expliquées à la fin du présent chapitre.

c) Traitement et relation avec l'état fonctionnel

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

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

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

2.2 SITUATIONS CLINIQUES PARTICULIÈRES

- a) **L'insuffisance cardiaque chronique** (dysfonction ventriculaire) 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'écho-cardiographie 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.

- b) Dans le cas de **cardiopathie hypertensive**, l'évaluation doit être faite en fonction des organes qui risquent d'être atteints (cœur, système nerveux central, rein ou yeux). Toute atteinte organique doit être confirmée par l'examen clinique et des examens complémentaires appropriés. L'impact sur les fonctions doit être décrit.

- c) Les **cardiopathies coronariennes** peuvent être responsables d'angine de poitrine, d'infarctus du myocarde ou de dysfonction ventriculaire. S'il s'agit d'une insuffisance coronarienne, elle sera confirmée au moyen d'examens complémentaires (voir page 53, Techniques d'évaluation).

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

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

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

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

2° Dans l'**angine atypique**, la douleur peut être localisée au cou, aux mâchoires ou aux mains. Elle peut être déclenchée par les mêmes facteurs et répondre au même traitement que l'angine de poitrine typique. L'essoufflement (dyspnée) isolé n'est pas considéré comme une manifestation d'angine.

3° Le syndrome de **Prinzmetal** se manifeste par une angine de repos dont l'ECG présente un sus-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
- un sous-décalage du segment ST à l'épreuve d'effort ou lors de *monitoring* avec Holter.

Les patients peuvent être répartis en trois groupes :

- Type I - patient totalement asymptomatique ;
- Type II - patient asymptomatique après un infarctus ;
- Type III - patient angineux, avec épisodes symptomatiques et asymptomatiques d'ischémie myocardique.

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

2.3 ÉVALUATION DES MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE

2.3.1 INSUFFISANCE CARDIAQUE CHRONIQUE

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

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

- 1° Présenter le tableau clinique et faire état :
 - d'une limitation marquée des activités physiques (se référer aux classes I à IV de la Société canadienne de cardiologie), de la présence de symptômes de faible débit cardiaque ou d'un syndrome angineux associé apparaissant au repos ou durant les activités de la vie quotidienne,
 - de signes de congestion pulmonaire, de congestion périphérique et de la présence d'un troisième bruit cardiaque (B3), etc. ;
- 2° Confirmer l'augmentation du volume cardiaque par des techniques d'imagerie appropriées ;
- 3° Fournir des informations supplémentaires, le cas échéant, confirmant la gravité des manifestations cliniques, telles :
 - une fraction d'éjection du ventricule gauche (abaissée à 30 % ou moins, par exemple) mise en évidence par des techniques d'imagerie appropriées,
 - 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 :
 - présence, sur le tracé d'enregistrement électrique, d'arythmie ventriculaire majeure,
 - incapacité de faire monter la tension artérielle systolique de 10 mmHg ou baisse de cette tension au-dessous des valeurs habituellement enregistrées au repos,

- manifestations attribuables à une perfusion cérébrale insuffisante, notamment une démarche ataxique ou de la confusion mentale ;
- la présence d'un cœur pulmonaire.

2.3.2 CARDIOPATHIE HYPERTENSIVE

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

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

Fournir les mêmes informations que pour les cas d'insuffisance cardiaque, d'insuffisance coronarienne ou d'atteinte des organes cibles.

2.3.3 INSUFFISANCE CORONARIENNE OU CARDIOPATHIE ISCHÉMIQUE

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

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

- 1° Présenter le tableau clinique des manifestations angineuses déclenchées par les activités de la vie quotidienne, même si le patient n'a pas de symptôme au repos (se référer aux classes I à IV de la Société canadienne de cardiologie) ;
- 2° Confirmer ses observations par **l'un ou l'autre des examens suivants :**
 - une épreuve d'effort positive à une dépense énergétique égale ou inférieure à 5 mets (voir les critères de positivité à la section 2.4, page 53),
 - une scintigraphie au thallium à l'effort ou avec agent pharmacologique,
 - une échographie cardiaque après effort ou avec agent pharmacologique,
 - une dysfonction ventriculaire associée, confirmée par les examens complémentaires appropriés : ventriculographie isotopique, échocardiographie, etc. ;

3° Fournir les renseignements supplémentaires suivants :

- dans les cas de coronaropathie grave ne répondant pas au traitement médical, la possibilité de correction par angioplastie ou pontage d'une sténose confirmée (dans la négative, il y a lieu d'en faire connaître la ou les raisons),
- si l'épreuve d'effort ne peut être pratiquée ou est jugée trop risquée par un médecin de compétence reconnue en la matière après un examen clinique, on doit retrouver **les deux éléments suivants** :
 - un tableau clinique (voir 1°) décrivant, s'il y a lieu, les manifestations de dysfonction ventriculaire,
 - une angiographie révélant l'une des caractéristiques suivantes :
 - une sténose de 50 % ou plus du tronc commun en l'absence de pontage,
 - une sténose de 70 % ou plus d'une artère coronaire en l'absence de pontage,
 - une sténose de 50 % ou plus sur un long segment (plus de 1 cm) d'une artère coronaire en l'absence de pontage,
 - une sténose de 50 % ou plus d'au moins deux artères coronaires en l'absence de pontage,
 - une obstruction totale d'un vaisseau présentant un pontage.

2.3.4 ARYTHMIES

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

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

- 1° Présenter le tableau clinique, en particulier les syncopes ou tendances syncopales liées à des troubles du rythme qui persistent en dépit du traitement ;

- 2° Fournir les comptes rendus d'examens complémentaires confirmant la présence d'arythmie récidivante (non associée à des causes réversibles comme des anomalies de l'équilibre électrolytique ou une intoxication à la digitale ou à une médication antiarythmique).

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

2.3.5 CARDIOPATHIES CONGÉNITALES SYMPTOMATIQUES (cyanogènes ou non) CONFIRMÉES PAR IMAGERIE APPROPRIÉE OU CATHÉTÉRISME CARDIAQUE

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

Dans son rapport le médecin traitant doit :

- 1° Présenter le tableau clinique, en particulier un ou plusieurs des éléments suivants :
- cyanose au repos, associée à l'un des éléments suivants :
 - . hématoците de 55 % ou plus,
 - . saturation de l'oxygène artériel inférieure à 90 % à l'air ambiant ou PaO_2 de 60 mm de Hg ou moins,
 - . shunt droite-gauche intermittent causant une cyanose d'effort (voir physiologie du syndrome d'Eisenmenger) et accompagné d'une 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 2.2 Situations cliniques particulières),
 - . arythmie récidivante avec manifestations cliniques et examens complémentaires (voir 2.3.4 Arythmies),

maladie vasculaire pulmonaire obstructive secondaire, accompagnée d'une tension artérielle pulmonaire moyenne élevée se situant à au moins 70 % de la tension artérielle systémique moyenne ;

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

2.3.6 CARDIOPATHIES VALVULAIRES : sténose ou régurgitation valvulaire confirmées par imagerie appropriée ou cathétérisme cardiaque.

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

2.3.7 CARDIOMYOPATHIE confirmée par imagerie appropriée ou cathétérisme cardiaque.

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

2.3.8 TRANSPLANTATION CARDIAQUE : Le patient est inapte au travail pour l'année qui suit la transplantation à cause du risque de rejet ou d'infection et des exigences du suivi. L'incapacité est considérée comme temporaire à moins d'échec ou de complications.

Dans ce cas, la description des manifestations cliniques devra être faite avec documents à l'appui.

2.3.9 ANÉVRISMES DE L'AORTE

Les anévrismes disséquants de l'aorte thoracique ascendante sont opérés en phase aiguë. Les anévrismes disséquants de l'aorte thoracique descendante en phase aiguë sont traités médicalement, mais ils doivent être opérés s'ils se compliquent (expansion, rupture, occlusion de troncs artériels majeurs).

Les anévrismes athéromateux de l'aorte thoracique ou abdominale de 5 cm et plus de diamètre sont habituellement traités chirurgicalement. Les anévrismes traumatiques sont toujours traités chirurgicalement à moins de contre-indications majeures.

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

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

- 1° Présenter le tableau clinique d'un :
 - anévrisme disséquant de l'aorte thoracique descendante instable, non contrôlé par le traitement médical ou chirurgical, ou compliqué (insuffisance cardiaque, hypertension artérielle, insuffisance rénale, angine mésentérique, insuffisance artérielle des membres inférieurs, troubles neurologiques),
 - anévrisme athéromateux compliqué : insuffisance rénale, insuffisance artérielle des membres inférieurs, embolies athéromateuses ;
- 2° Confirmer son diagnostic par les comptes rendus d'examens complémentaires appropriés (radiographie, échographie, tomodensitométrie, angiographie) et les rapports des consultations dans les spécialités concernées ;
- 3° Si une chirurgie correctrice est prévue ou pratiquée, il est préférable d'attendre six mois après l'intervention et de réévaluer le patient avant de se prononcer sur son incapacité fonctionnelle.

2.3.10 INSUFFISANCE ARTÉRIELLE DES MEMBRES

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

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

Stade 1 - absence de symptôme malgré la découverte à l'examen de lésions artérielles (souffle, thrill ou absence de pulsations) ;

Stade 2 - claudication intermittente touchant un membre ou les deux et qui doit être précisée en fonction de :

- sa sévérité : par la distance parcourue avant le déclenchement, la nécessité du repos et sa durée, l'aggravation selon la vitesse, la pente et la charge,
- sa localisation : fesse, hanche, cuisse, mollet, pied ;

Stade 3 - douleur au repos : douleur ischémique dans la partie distale du membre, continue ou intermittente, aggravée par l'élévation du membre et le repos au lit la nuit ou calmée par la position déclive ;

Stade 4 - ulcération, gangrène : associées à des symptômes d'ischémie sévère.

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

- 1° Présenter le tableau clinique des symptômes à l'aide de la classification précédente et des signes qui permettent de préciser la localisation et la gravité de l'insuffisance artérielle : souffle ou thrill artériel, qualité des pulsations artérielles, température et couleur du membre, qualité du pouls capillaire, pâleur d'élévation, cyanose permanente ou de déclivité, troubles trophiques, sensitifs ou moteurs, lésion nécrotique ou gangreneuse, amputation ;
- 2° Confirmer le diagnostic d'insuffisance artérielle et son degré de gravité par des examens complémentaires.

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

Les appareils comme le **Doppler**, le **PVR** (*pulse volume recorder*) ou le **pléthysmographe** permettent d'enregistrer des bruits caractéristiques de la qualité du flot artériel, des courbes, la tension artérielle systolique et un index cheville-bras. Un index inférieur à 0,6 est caractéristique de claudication intermittente, à 0,3 de douleur au repos et à 0,2-0,15 d'ulcération et de gangrène.

L'épreuve d'effort est faite sur tapis roulant avec une pente de 10 degrés et à une vitesse de 3,2 km/h (2 mi/h). Elle permet d'évaluer la tension artérielle et l'index vasculaire après effort ainsi que la vitesse de récupération. Un abaissement important de l'index et surtout une absence de normalisation ou de retour à sa valeur initiale en moins de trois minutes est habituellement suggestif de claudication intermittente.

L'angiographie confirme la présence, l'importance et la localisation des lésions artérielles, mais elle ne fournit pas toujours les éléments qui permettent de juger du degré de sévérité de l'insuffisance artérielle. Elle permet toutefois de juger de la possibilité d'une chirurgie de reconstruction ou d'une angioplastie.

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

3° Fournir les renseignements supplémentaires suivants :

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

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

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

2.3.11 INSUFFISANCE VEINEUSE DES MEMBRES

L'insuffisance veineuse superficielle qui se manifeste par des varices est très rarement responsable d'une incapacité fonctionnelle permanente, puisqu'elle est presque toujours traitable médicalement ou chirurgicalement et que ses complications ne sont pas majeures (dermite de stase, micro-ulcérations récidivantes et phlébites superficielles récidivantes).

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

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

1° Présenter le tableau clinique en précisant :

- les **symptômes** : douleur, lourdeur, crampes nocturnes, fourmillements, prurit, fatigue à la station debout et à la marche (l'intensité de ces symptômes habituels n'est pas toujours proportionnelle aux anomalies physiques constatées) ;
- les **signes** : présence, volume, nombre et site des varices, puis 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 signent un processus plus sévère. Les éléments-clés à évaluer sont la persistance de l'œdème et la récurrence d'ulcère en dépit d'un traitement médical adéquat ;

2° Confirmer la gravité des manifestations cliniques par les résultats d'examens complémentaires, en particulier de la phlébographie radiologique conventionnelle.

Certains examens spécialisés comme la pléthysmographie veineuse, la rhéographie et le Doppler permettent parfois de préciser le diagnostic, mais ils ne sont pas essentiels dans les cas d'insuffisance veineuse profonde grave puisque, sauf exception, le diagnostic est alors cliniquement évident ;

3° Fournir les renseignements supplémentaires suivants, au besoin :

- les rapports d'évaluation en chirurgie vasculaire, cardiovasculaire, médecine interne ou cardiologie.

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

2.3.12 LYMPHŒDÈME

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

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

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

2.3.13 PHÉNOMÈNE DE RAYNAUD

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

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

- 1° Présenter le tableau clinique, particulièrement lorsque le phénomène de Raynaud est causé par une maladie systémique sévère et qu'il évolue vers un état d'ischémie chronique accompagné d'acrosclérose, d'ulcérations et de gangrène ;
- 2° Confirmer la présence des manifestations pathologiques par les examens appropriés.

Sauf en présence de lésion ischémique évidente, le phénomène de Raynaud doit toujours être objectivé par des examens faits en laboratoire d'évaluation des maladies vasculaires ;

- 3° Fournir les renseignements supplémentaires suivants au besoin : rapports d'évaluation en chirurgie vasculaire et en médecine.

2.4 TECHNIQUES D'ÉVALUATION

2.4.1 Électrocardiogramme

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

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

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

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

2.4.2 Épreuve d'effort

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

- Méthodologie

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

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

- Facteurs de risque

Dans les situations suivantes, l'épreuve d'effort n'est généralement pas pratiquée pour évaluer l'invalidité : angine de poitrine progressive non stabilisée, antécédent d'infarctus aigu du myocarde dans les trois derniers mois, insuffisance cardiaque de classe IV (*New York Heart Association*), intoxication à des médicaments administrés pour troubles cardiaques, arythmie grave non contrôlée (une fibrillation auriculaire non contrôlée, un bloc de type II de Mobitz et un bloc auriculo-ventriculaire 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 musculo-squelettique importante ou encore une maladie aiguë.

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

- Évaluation de l'épreuve d'effort

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

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

- En l'absence de traitement avec digitale ou d'hypokaliémie, dépression horizontale ou descendante du segment ST d'au moins 1 mm pour au moins trois complexes consécutifs se trouvant sur une ligne isoélectrique uniforme dans toute dérivation (autre que la dérivation AVR) et qui soit typique d'ischémie (progression de la dépression horizontale ou descendante du segment ST avec l'exercice et persistance d'une dépression atteignant au moins 1 mm pendant au moins une minute de la période de récupération) ;

- En l'absence de traitement avec digitale ou d'hypokaliémie, dépression ascendante du segment ST égale ou supérieure à 2 mm dans toute dérivation (autre que la dérivation AVR) pendant au moins 0,08 seconde après le point de jonction J et persistant pendant au moins une minute au cours de la période de récupération ;
- ECG présentant au moins 1 mm de sous-décalage du segment ST par rapport à la ligne isoélectrique au repos, qui se produit pendant l'exercice et qui persiste 3 minutes ou davantage pendant la période de récupération, avec des ondes R et T de faible amplitude dans les dérivations où l'on observe ce déplacement du segment ST ;
- Incapacité d'élever la tension systolique de 10 mm Hg, ou baisse de la tension systolique au-dessous de la valeur clinique habituelle au repos ;
- Défaut réversible de perfusion documenté par une épreuve au thallium à la suite d'un effort équivalent à 5 mets ou moins.

2.4.3 Échocardiographie bidimensionnelle ou de type Doppler

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

2.4.4 Ventriculographie radio-isotopique au technétium 99 m

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

2.4.5 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 L'enregistrement continu de l'ECG (Holter) peut, par l'analyse des anomalies du segment ST et des signes et symptômes concomitants que le patient a notés, permettre une évaluation plus adéquate des douleurs thoraciques qui surviennent lors d'activités courantes, mais l'importance de ces données n'est pas encore établie par rapport aux données cliniques en l'absence de symptômes (ischémie silencieuse). Ces renseignements peuvent être versés au dossier.

2.4.7 Cathétérisme cardiaque

- Angiographie coronarienne

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

- Ventriculographie gauche

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

BIBLIOGRAPHIE

American Medical Association. *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment*, chap. 6 (The Cardiovascular System), 4^e éd., 1993.

Association des cardiologues du Québec. Rapport préliminaire du Comité d'expertise sur la capacité de retour au travail, le 17 mai 1991 (non publié).

Blumenthal, J. A. et al. « Task Force III : Assessment of Psychological Status in Patient with Ischemic Heart Disease », *JACC*, vol. 14, n° 4 (oct. 1989), p. 1034-1042.

Campeau, L. « Letter to the Editor » (Classification de l'angine), Société canadienne de cardiologie, *Circulation*, n° 54, 1976, p. 522.

Clinical Cardiac Rehabilitation : A Cardiologist's Guide, éd. Williams et Wilkins, 1993.

Dhawian, P. « Cardiac Rehabilitation : Pumping Up the Heart », *The Canadian Journal of Continuing Medical Education*, Halifax, avril 1996, p. 87-99.

De Brusk, R. F., FACC, Chairman 20th Bethesda Conference. « Insurability and Employability of the Patient with Ischemic Heart Disease », *JACC*, vol. 14, n° 4 (oct. 1989), p. 1003-1015.

Goldman, L. et al. « Comparative Reproducibility and Validity of Systems for Assessing Cardio-vascular Functional Class : Advantage of a New Specific Activity Scale », *Circulation*, vol. 64, n° 6 (déc. 1981), p. 1227-1234.

Haskell, W. L. et al. « Task Force II : Determination of Working Force Capacity in Patient with Ischemic Heart Disease », *JACC*, vol. 14, n° 4 (oct. 1989), p. 1025-1034.

Hurst, J. W. *The Heart, Arteries and Veins* (Classification de l'insuffisance cardiaque de la NYHA), New York, 7^e éd., McGraw Hill Book Cie, 1990, p. 120.

Kong, W. H. P. et al. « The Internal Logic of the Canadian Cardiovascular Society Scale for Grading Angina Pectoris : A First Appraisal », *Can J Cardiol*, vol. 8, n° 9 (nov. 1992), p. 947-953.

MacKenzie, B. R. « Rehabilitation of the Patient with Myocardial Infarction », *Medicine North America*, vol. 6, 1990, p. 638-646.

Ogilvie, R. I. et al. « Recommendation for Sick-leave from Work for Patients with Hypertension », *Can J Cardiol*, vol. 12, n° 1 (janv. 96), p. 31-32.

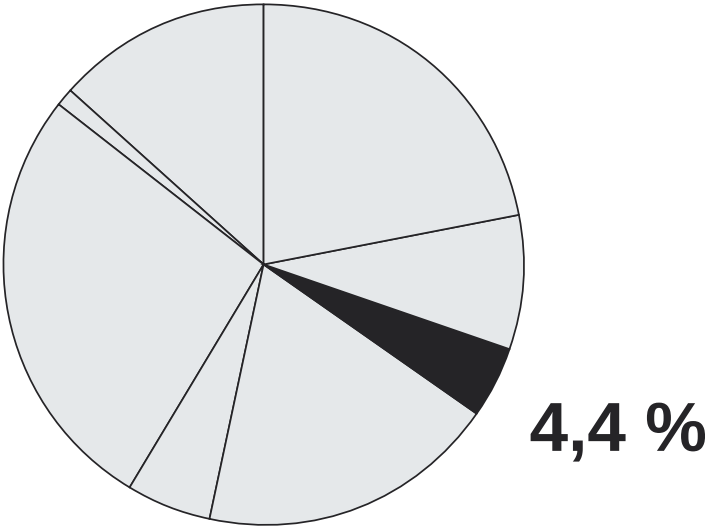
Pryor, D. B. et al. « Task Force I : Determination of Prognosis in Patient with Ischemic Heart Disease », *JACC*, vol. 14, n° 4 (oct. 1989), p. 1016-1042.

Société canadienne de cardiologie. « Évaluation du patient cardiaque relative à son aptitude à conduire un véhicule », Conférence consensuelle, *Can J Cardiol*, vol. 8 n° 4 (mai 1992), p. 413-419.

U.S. Department of Health and Human Services. *Disability Evaluation under Social Security*, Social Security Administration, publication n° 64-039, janv. 1995.

CHAPITRE III

LES MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE



3.1 CONSTITUTION DE LA PREUVE MÉDICALE	63
3.2 SITUATIONS CLINIQUES PARTICULIÈRES	69
3.3 ÉVALUATION DES MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE.	74
3.3.1 MALADIES PULMONAIRES CHRONIQUES AVEC DYSPNÉE	74
3.3.2 ASTHME BRONCHIQUE	77
3.3.3 FIBROSE KYSTIQUE.	77
3.3.4 PNEUMOCONIOSES.	77
3.3.5 BRONCHIECTASIES	78
3.3.6 TUBERCULOSE, INFECTIONS PAR DES MYCOBACTÉRIES, MYCOSES ET AUTRES INFECTIONS RESPIRATOIRES CHRONIQUES	78
3.3.7 CŒUR PULMONAIRE CONSÉCUTIF À UNE HYPERTENSION PULMONAIRE CHRONIQUE.	78
3.3.8 TROUBLES DE LA RESPIRATION ASSOCIÉS AU SOMMEIL (APNÉE DU SOMMEIL).	79

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

3.1 CONSTITUTION DE LA PREUVE MÉDICALE

a) Quelques notions méritent 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*). C'est la diminution progressive de la fonction d'un appareil ou d'un organe qui cause le déficit fonctionnel. Les épreuves de fonction respiratoire, la gazométrie artérielle et les épreuves d'effort permettent de mesurer ce déficit.

3° **Insuffisance respiratoire épisodique**. Dans les cas d'insuffisance respiratoire épisodique, notamment les cas d'asthme, de mucoviscidose, de bronchiectasies et de bronchite asthmatique chronique, les principaux critères d'évaluation de la gravité sont souvent la fréquence et l'intensité des épisodes qui surviennent malgré le traitement prescrit. Dans certains cas, le spécialiste consulté fera des suggestions thérapeutiques avant de procéder à l'évaluation définitive.

4° **Questions de base servant à l'évaluation**

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

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

b) Procédure générale d'évaluation de l'atteinte respiratoire

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

1° **L'histoire**, incluant :

- la description, la chronologie et l'importance des symptômes ;
- les hospitalisations rendues nécessaires par une détérioration de la fonction respiratoire ;

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

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

TABLEAU 1

CLASSIFICATION DE LA DYSPNÉE

QUESTIONS	RÉPONSES	
	NON	OUI
A. Vous sentez-vous essoufflé en marchant vite sur 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 terrain plat ?	Grade 2	Question C
C. Devez-vous arrêter pour essoufflement en marchant à votre propre rythme sur terrain plat ?	Grade 3	Question D
D. Êtes-vous essoufflé en faisant votre toilette ou en vous habillant ?	Grade 4	Question E
Adapté de : A.P. Fishman, <i>Bulletin européen de physiopathologie respiratoire</i> , 1979, 15: 789-804		

2° **L'examen clinique**, en particulier celui de l'appareil respiratoire et cardio-vasculaire. Le médecin traitant cherchera aussi la présence de râles, la cyanose, les traces d'hippocratisme digital, les signes d'insuffisance cardiaque droite (hypertension veineuse, hépatomégalie, œdème).

- 3° **La radiographie pulmonaire** appuyant le diagnostic, démontrant l'évaluation de l'atteinte des organes et permettant l'identification de maladies associées.
- 4° **Les épreuves de fonction respiratoire** incluant une courbe d'expiration forcée avant et après administration d'un bronchodilatateur.
- 5° **La gazométrie artérielle**, nous renseignant sur les pressions partielles de l'oxygène et du CO_2 (PaO_2 , PaCO_2), le pourcentage de saturation (SaO_2), les contenus artériels en O_2 et CO_2 ainsi que les paramètres de l'équilibre acido-basique. 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, le médecin tiendra compte de l'âge de son patient. En effet, les valeurs normales de la PaO_2 s'abaissent en vieillissant. On peut corriger en soustrayant 3 mm de Hg à la PaO_2 pour chaque tranche de dix années d'âge au-dessus de 20 ans.

TABLEAU 2

FACTEURS AGGRAVANTS GAZOMÉTRIQUES

	PaO_2 (mmHg)	SaO_2 (%)	PaCO_2 (mmHg)
NORMAL	> 85	> 94	34-46
LÉGER	70-85	93-94	31-33 / 47-50
MODÉRÉ	60-70	90-93	25-30 / 51-60
SÉVÈRE	< 60	< 90	< 25 / > 60

- 6° **La classification du déficit respiratoire selon les résultats de la spirométrie.** Le médecin peut utiliser le tableau 3 qui suit pour apprécier sommairement la gravité des maladies chroniques de l'appareil respiratoire s'accompagnant de dyspnée, par exemple les maladies pulmonaires obstructives chroniques (emphysème, bronchite chronique obstructive, asthme), les problèmes ventilatoires restrictifs d'origine pulmonaire (fibroses,

maladies interstitielles) ou thoracique (spondylarthrite, paralysies, myopathies, obésité morbide) et les pneumoconioses. L'évaluation est basée sur les résultats de la courbe d'expiration, qui est mesurée alors que le patient est sous traitement optimal.

TABLEAU 3

**CLASSIFICATION DU DÉFICIT RESPIRATOIRE
selon les résultats de la spirométrie**

Groupe A - Si	CVF > 80 % PRéD. VEMS > 80 % PRéD. VEMS/CVF > 80 % PRéD.	Aucun déficit fonctionnel
Groupe B - Si	CVF < 50 % PRéD. VEMS < 40 % PRéD. VEMS/VF < 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. Une atteinte respiratoire spécifique peut en résulter et son importance peut être appréciée grâce à une investigation complémentaire.

c) Investigation complémentaire

Les examens qui, selon le jugement du spécialiste consulté, peuvent être inclus dans l'investigation, devront permettre de déterminer la classe du déficit (voir tableau 3, ci-dessus, ou tableau 5, page 76). 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 faites dans un laboratoire reconnu. Ces examens sont décrits ci-après.

1° Mesure des volumes pulmonaires

Les paramètres mesurés sont la capacité pulmonaire totale (CPT), la capacité résiduelle fonctionnelle (CRF), la capacité vitale (CV) et le volume résiduel (VR). Ces mesures sont nécessaires pour mieux évaluer un syndrome restrictif. Elles sont souvent très utiles pour quantifier le degré de rétention gazeuse intrapulmonaire (*trapping*) dans les maladies obstructives. Cette anomalie contribue souvent à la dyspnée dans les syndromes obstructifs. La méthode par pléthysmographie corporelle doit être préférée, car la procédure par dilution d'hélium peut sous-estimer sérieusement les valeurs dans les syndromes obstructifs.

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 l'emphysème pulmonaire, les fibroses interstitielles et les atteintes vasculaires pulmonaires, y compris l'hypertension.

3° Épreuve d'effort

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

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

Le protocole recommandé est celui d'un effort à charge progressive, par exemple celui de Jones (Stade I). Les paramètres à mesurer incluent la charge imposée (par exemple, en watts), la ventilation-minute, la fréquence respiratoire, le volume courant, l'ECG, la fréquence cardiaque, la consommation d'oxygène (VO_2) et la saturation à l'effort. La mesure des gaz du sang artériel peut aussi

être ajoutée à la procédure pour détecter l'apparition des anomalies qui sont souvent absentes lors d'une mesure effectuée au repos.

3.2 SITUATIONS CLINIQUES PARTICULIÈRES

a) Asthme bronchique

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

Cependant, d'autres facteurs doivent être pris en considération (voir tableau 4, page 71) :

1° La réversibilité de l'obstruction en réponse à un bronchodilatateur

La réversibilité de l'obstruction correspond à l'amélioration du VEMS après l'inhalation de deux bouffées d'un bronchodilatateur β_2 adrénergique (BD) microdoseur administré à l'aide d'une aérochambre.

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

2° L'hyperréactivité bronchique non spécifique

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

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

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

3° Les manifestations cliniques

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

- la fréquence des crises,
- la gravité des crises,
- les besoins en médication et les effets secondaires.

TABLEAU 4

FACTEURS AGGRAVANTS DE L'ASTHME

CLASSE	RÉVERSIBILITÉ ⁽¹⁾	HYPERREACTIVITÉ ⁽²⁾	MANIFESTATIONS CLINIQUES ⁽³⁾
NORMAL	< 10 %	CP20 > 8 mg/ml	- Crises : < 1/an - Asymptomatique la plupart du temps - Bronchodilatateur à l'occasion seulement
LÉGER	10-19 %	1 < CP20 < 8 mg/ml	- Crises : > 2 fois/sem. ; symptômes nocturnes < 2 fois/mois - Symptôme brefs, intermittents < 2 fois/sem. - BD⁽⁴⁾ au besoin < 2 fois/sem. - ± stéroïdes inhalés à faible dose⁽⁵⁾
MODÉRÉ	20-29 %	0.125 < CP20 < 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⁾ quotidiennement
GRAVE	> 29 %	CP20 < 0.125 mg/ml	- Crises diurnes ou nocturnes fréquentes - Symptômes continuels limitant les activités - BD longue action pour dormir la nuit. Stéroïdes inhalés à forte dose. Usage fréquent de stéroïdes par voie systémique - Histoire d'hospitalisation ou de <i>status asthmaticus</i> grave

Notes :

1. Amélioration du VEMS après l'inhalation de deux bouffées d'un broncho-dilatateur β_2 drénergique en microdoseur administré avec aérochambre.
2. Mesurée par le test à l'histamine ou à la métacholine.
3. Échelle dérivée de *International Consensus Report on Diagnosis and Treatment of Asthma* (voir bibliographie).
4. BD = Bronchodilatateur β_2 - adrénérique en inhalation.
5. Une dose forte correspond à ≥ 1000 mcg de bécloéthasone ou ≥ 800 mcg de budésonide comme dose minimale quotidienne requise pour stabiliser la condition du malade.

b) Les cancers du poumon et de la plèvre

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

1° Cancers opérables ou ayant subi une résection jugée curatrice

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

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

Ces malades ont généralement plus de symptômes, et le pronostic est plus sombre. Les effets secondaires du traitement ajoutent encore à leurs problèmes, de sorte qu'ils sont plus susceptibles d'être totalement incapables de travailler.

Pour plus de précisions, voir chapitre V (page 101).

c) Tuberculose, mycoses et autres infections respiratoires

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

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

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

d) Cœur pulmonaire chronique et affection du système vasculaire pulmonaire

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

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

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

Documents à l'appui, le médecin doit démontrer que le cœur pulmonaire est chronique et irréversible.

e) Troubles respiratoires associés au sommeil

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

La fragmentation du sommeil et l'hypoxémie nocturne qui accompagnent les apnées peuvent provoquer divers problèmes tels que de la somnolence diurne, de l'hypertension artérielle systémique, une polycythémie, de l'hypertension pulmonaire

chronique, des anomalies du rythme cardiaque, une perturbation des fonctions cognitives, etc.

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

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

Les personnes qui souffrent d'apnée du sommeil ne sont pas toutes atteintes d'une incapacité fonctionnelle. Il est à noter que la détérioration des fonctions cognitives peut être évaluée en fonction des troubles mentaux associés, s'il y a lieu (voir chapitre VI, page 119). Si les déficits sont associés à une obésité marquée, l'évaluation doit tenir compte de l'ensemble des répercussions de cet état sur le fonctionnement général.

3.3 ÉVALUATION DES MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

3.3.1 MALADIES PULMONAIRES CHRONIQUES AVEC DYSPNÉE (emphysème, fibrose pulmonaire, néoplasie, etc.)

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

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

- si on obtient au moins une des mesures suivantes à l'examen spirométrique :
 - 50 % < CVF < 80 % de la normale prédite,
 - 40 % < VEMS < 80 % de la normale prédite,
 - 55 % < VEMS/CVF < 80 % de la normale prédite.

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

- une mesure de la capacité de diffusion pulmonaire à l'oxyde de carbone inférieure à 10,5 ml/minute/mmHG ou moins de 40 % de la valeur normale prédite,
- une altération importante des pressions partielles d'oxygène et de dioxyde de carbone.

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

- 3° Les informations supplémentaires à fournir dans les cas de néoplasie de l'appareil respiratoire sont indiquées dans le chapitre V (voir page 112, Cancer du poumon et du thorax, de la plèvre et du médiastin).

TABLEAU 5
CLASSIFICATION DU DÉFICIT RESPIRATOIRE

VEMS (% PRÉD.)	VEMS/CVF (% PRÉD.)	CVF OU CV (% PRÉD.)	CPT (% PRÉD.)	DLCO (% PRÉD.)	VO ₂ MAX (ML ² / MIN) H., 70 KG	VO ₂ MAX (ML / MIN / KG)	DÉFICIT FONCTIONNEL
> 80 %	> 90 %	> 80 %	> 85 % / < 115 %	> 75 %	> 2000	≥ 30	AUCUN
70-80 %	80-90 %	70-80 %	75-85 % / 115-125 %	60-75 %	1500-2000	25-30	LÉGER
55-70 %	70-80 %	60-70 %	65-75 % / 125-135 %	50-60 %	1000-1500	15-25	MODÉRÉ
40-55 %	55-70 %	50-60 %	55-65 % / 135-140 %	40-50 %	500-1000	10-15	SÉVÈRE
< 40 %	< 55 %	< 50 %	< 55 % / > 140 %	< 40 %	< 500	< 10	TRÈS SÉVÈRE

3.3.2 ASTHME BRONCHIQUE

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

Dans son rapport, le médecin traitant doit inclure les éléments indiqués pour les maladies pulmonaires chroniques avec dyspnée (voir 3.3.1) et il doit tenir compte des facteurs aggravants de l'asthme (voir tableau 4, page 71).

3.3.3 FIBROSE KYSTIQUE

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

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

3.3.4 PNEUMOCONIOSES

Les pneumoconioses sont habituellement des maladies professionnelles susceptibles d'évaluation par la CSST.

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

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

3.3.5 BRONCHIECTASIES

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

- 1° Présenter le tableau clinique des épisodes de bronchite, de pneumonie, d'hémoptysies ou d'insuffisance respiratoire nécessitant une intervention médicale ;
- 2° Confirmer la présence d'une limitation importante de la fonction respiratoire par au moins un des éléments exigés pour les maladies pulmonaires chroniques avec dyspnée (voir 3.3.1).

3.3.6 TUBERCULOSE, INFECTIONS PAR DES MYCOBACTÉRIES, MYCOSES ET AUTRES INFECTIONS RESPIRATOIRES CHRONIQUES

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

- 1° Présenter le tableau clinique de la maladie en cause et son évolution en dépit du traitement approprié ;
- 2° Confirmer la présence d'une limitation importante de la fonction respiratoire par au moins un des éléments exigés pour les maladies pulmonaires chroniques avec dyspnée (voir 3.3.1).

3.3.7 CŒUR PULMONAIRE CONSÉCUTIF À UNE HYPERTENSION PULMONAIRE CHRONIQUE

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

- 1° Présenter le tableau clinique d'un cœur pulmonaire chronique (voir page 73) ;
- 2° Confirmer son diagnostic par au moins un des éléments suivants :
 - une pression artérielle pulmonaire moyenne supérieure à 40 mm Hg,
 - une hypoxémie artérielle. Elle doit être évaluée selon les critères d'évaluation énumérés au tableau 2 (page 66),
 - une insuffisance cardiaque chronique (voir chapitre II).

3.3.8 TROUBLES DE LA RESPIRATION ASSOCIÉS AU SOMMEIL (APNÉE DU SOMMEIL)

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

- 1° Présenter le tableau clinique et son évolution en dépit d'un traitement optimal ;
- 2° Confirmer la persistance d'anomalies par les résultats d'un examen fait en laboratoire d'étude du sommeil alors que le patient était sous traitement ;
- 3° Fournir, s'il y a lieu, des informations supplémentaires sur :
 - les éléments demandés pour le cœur pulmonaire consécutif à une hypertension pulmonaire chronique (voir 3.3.7, 2°),
 - les incapacités consécutives à une obésité morbide,
 - les troubles cognitifs (voir chapitre VI, page 127) avec évidence de désaturation nocturne.

BIBLIOGRAPHIE

American Medical Association. *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment*, chap. 5 (The Respiratory System), 4^e éd. 1993.

American Thoracic Society. « Guidelines for the Evaluation of Impairment/Disability in Patients with Asthma », *Am Rev Resp Dis*, n° 147, 1993, p. 1056-1061.

American Thoracic Society. « Lung Function Testing : Selection of Reference Values and Interpretative Strategies ». *Am Rev Resp Dis*, n° 144, 1991, p. 1202-1218.

Becklake, R. M. et al. *Scientific Issues in the Assessment of Respiratory Impairment*, NHLBI Workshop Summary, Bethesda, sept. 1986, p. 1505-1510.

Blanc, P. D. et al. « Asthma, Employment Status and Disability among Adults Treated by Pulmonary and Allergy Specialists », *Chest*, vol. 109 (mars 1996), p. 1371-1377.

Blanc, P. D. et al. « Work Disability among Adults with Asthma », *Chest*, vol. 104 (nov. 1993), p. 1371-1377.

Cockcroft, D. W. et al. « Bronchial Reactivity to Inhaled Histamine : a Method and Clinical Survey », *Clin Allergy*, n° 7, 1977, p. 235-243.

Ernst, P. et al. « Consensus sur le bilan et le traitement de l'asthme », *Le Clinicien*, mai 1996, p. 122-138.

Fishman, A. P. et J. F. Ledlie. « Dyspnea », *Bulletin européen de physiopathologie respiratoire*, n° 15, 1979, p. 789-804.

Gaensler, E.A. et G. W. Wright. « Evaluation of Respiratory Impairment », *Arch Environm Health*, n° 12 (1966), p. 146-189.

Hung, J. et al. « Association of Sleep Apnoea with Myocardial Infarction, in Men », *Lancet*, n° 336, 1990, p. 261-264.

Jones N. L. et al. « Normal Standards for an Incremental Progressive Cycle Ergometer Test », *Am Rev Resp Dis*, n° 131, 1985, p. 700-708.

Morris, A. H. et al. *Clinical Pulmonary Function Testing*. Intermountain Thoracic Society, 2^e éd., 1984.

National Institutes of Health. *International Consensus on Diagnosis and Treatment of Asthma*, Bethesda, Publication n° 92-3091, juin 1992.

Oren, A. et al. « The Role of Exercise Testing in Impairment Evaluation », *Am Rev Resp Dis*, n° 135, 1987, p. 230-235.

Pattemore, Ph. et al. « The Interrelationship among Bronchial Hyperresponsiveness, the Diagnosis of Asthma, and Asthma Symptoms », *Am Rev Resp Dis*, n° 142, 1990, p. 549-554.

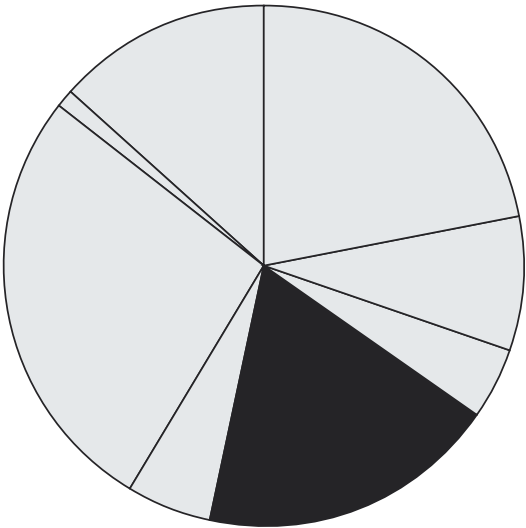
Quanjer, P. H. éd. « Standardization of Lung Function Tests », Standardized Lung Function Testing. Report Working Party, European Community for Coal and Steel, *Bull europ physiopatho resp*, 1983, vol. 19, suppl. 5.

Renzatti, A. D. et al. « Evaluation of Impairment/Disability Secondary to Respiratory Disorders », The Ad Hoc Committee on Impairment/Disability Evaluation, American Thoracic Society, *Am Rev Resp Dis*, n° 133, 1986, p. 1205-1209.

U.S. Department of Health and Human Services. *Disability Evaluation under Social Security*, Social Security Administration, publication n° 64-039, janv. 1995.

CHAPITRE IV

LES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX



18,6 %

4.1 CONSTITUTION DE LA PREUVE MÉDICALE	86
4.2 SITUATION CLINIQUE PARTICULIÈRE	90
4.3 ÉVALUATION DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX	91
4.3.1 ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL	91
4.3.2 ÉPILEPSIE	92
4.3.3 TUMEURS CÉRÉBRALES	92
4.3.4 SYNDROME PARKINSONNIEN	93
4.3.5 DÉMENCE	94
4.3.6 MALADIES DÉGÉNÉRATIVES	94
4.3.7 TRAUMATISME CÉRÉBRAL	95
4.3.8 SCLÉROSE EN PLAQUES	95
4.3.9 SCLÉROSE LATÉRALE AMYOTROPHIQUE	96
4.3.10 LÉSIONS DE LA MOELLE ÉPINIÈRE OU DES RACINES NERVEUSES	96
4.3.11 SYRINGOMYÉLIE	97
4.3.12 POLIOMYÉLITE ANCIENNE	97
4.3.13 TABÈS DORSALIS	98
4.3.14 DÉGÉNÉRESCENCE COMBINÉE SUBAIGUË DE LA MOELLE	98
4.3.15 NEUROPATHIE PÉRIPHÉRIQUE	98
4.3.16 MYASTHÉNIE GRAVE	99
4.3.17 DYSTROPHIE MUSCULAIRE	99

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

changement dans la qualité d'une fonction (dystonie, dysesthésie, syndrome douloureux).

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

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

4.1 CONSTITUTION DE LA PREUVE MÉDICALE

a) 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 où cet examen a été pratiqué.

Les principaux aspects à considérer sont les suivants :

1° Fonctions cognitives et neuro-comportementales

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

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

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

2° Fonction de communication

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

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

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

3° Nerfs crâniens

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

4° Motricité

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

- Tonus spasticité
 rigidité
 hypotonie
- Coordination épreuve doigt-nez
 épreuve talon-genou
 mouvements alternatifs
 mouvements répétitifs

- Mouvements anormaux tremblement : rythme et amplitude de repos, d'attitude, d'action
dystonie focale
akynésie, dyskinésie
myoclonies, tics, spasmes, chorée, athétose, hémiballisme, etc.

- Démarche amplitude et vitesse des pas
polygone de sustentation
boiterie, circumduction, steppage
position du tronc
balancement des membres supérieurs
changements de direction
funambule (tandem)
utilisation de canne, orthèse

- Examen moteur atrophie, hypertrophie
fasciculations
myotonie
phénomène myasthénique
paralysie périodique
force musculaire évaluée de 0 à 5* :
proximale, distale,
déficit latéralisé, focalisé
membres supérieurs et inférieurs
atteinte radiculaire
atteinte nerveuse périphérique
atteinte centrale (neurone moteur supérieur, neurone moteur inférieur).

*** ÉCHELLE D'ÉVALUATION DE LA FORCE MUSCULAIRE**

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

5° Sensibilité

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

6° Réflexes

- Ostéo-tendineux 0-4
 - 0 absent
 - + diminué
 - ++ normal
 - +++ vif
 - ++++ clonique
- Cutané plantaire
- Réflexes archaïques
 - préhension
 - moue
 - succion
 - palmo-mentonnier

7° Système nerveux autonome (SNA)

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

b) Bilan paraclinique

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

Les examens les plus courants sont les suivants :

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

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

4.2 SITUATION CLINIQUE PARTICULIÈRE

Épilepsie

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

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

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

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

4.3 ÉVALUATION DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

4.3.1 ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

- 1° Présenter le tableau clinique et démontrer la persistance de déficits fonctionnels importants plus de six mois après l'épisode aigu dont :
 - un problème d'aphasie d'expression (Broca) ou de compréhension (Wernicke),
 - un problème moteur touchant un hémicorps (hémiparésie) ou les quatre membres (quadriparésie) et entraînant des perturbations de la motricité globale et de la motricité fine, de la démarche et de la posture,
 - un problème sensitif touchant un hémicorps et affectant les modalités de la sensibilité primitive (douleur, température) ou corticale (asomatognosie),

- une atteinte résiduelle dans le territoire vertébro-basilaire avec hémianopsie, diplopie, ataxie, dysarthrie, dysphagie, quadriparésie, etc.,
 - un syndrome pseudobulbaire ou bulbaire ;
- 2° Confirmer la présence de la lésion et ses observations cliniques par les examens complémentaires appropriés ;
- 3° Fournir des renseignements supplémentaires sur les séquelles de maladies associées, les résultats de la réadaptation fonctionnelle et la nécessité d'une assistance humaine ou d'une aide technique.

4.3.2 ÉPILEPSIE

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

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

- 1° Présenter le tableau clinique détaillé des crises incluant les éléments énumérés précédemment (voir Situations cliniques particulières, page 90), la réponse au traitement, les effets secondaires du traitement et les répercussions de l'affection sur les activités du patient ;
- 2° Confirmer le diagnostic par les examens complémentaires appropriés (EEG, etc.) et le maintien du niveau thérapeutique de la médication prescrite par des dosages sériques périodiques. Joindre une copie des résultats.

4.3.3 TUMEURS CÉRÉBRALES

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

- 1° Présenter le tableau clinique, notamment en fonction d'une atteinte épileptique (voir 4.3.2), motrice (voir chapitre I, page 21) ou cognitive (voir 6.3.1, page 127), et préciser les séquelles fonctionnelles actuelles, le plan de traitement, la réponse aux traitements et le pronostic ;
- 2° Confirmer la présence de la lésion au moyen d'un compte rendu d'histopathologie, d'imagerie ou d'autres examens complémentaires appropriés, surtout en ce qui a trait aux tumeurs suivantes :

- les gliomes malins (astrocytome de grade III et IV, glioblastome multiforme), médulloblastome, épendymoblastome ou sarcome primaire dont le pronostic est très réservé (chapitre V, page 101).

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 informations 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.

4.3.4 SYNDROME PARKINSONNIEN

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

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

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

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

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

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

- 1° Présenter le tableau clinique des limitations fonctionnelles et psychiques en fonction des éléments du chapitre VI (page 119) ;
- 2° Confirmer ses observations par des examens complémentaires appropriés (imagerie, examen *Mini-Mental State* de Folstein, etc.) ;
- 3° Fournir des informations supplémentaires sur les séquelles de maladies associées, les évaluations neurologiques et neuropsychologiques ainsi que sur la nécessité d'une assistance personnelle ou d'une aide technique.

4.3.6. MALADIES DÉGÉNÉRATIVES (telles la chorée de Huntington, l'ataxie de Friedreich et l'héredo-ataxie cérébelleuse)

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

- 1° Présenter le tableau clinique et faire la démonstration d'un déficit progressif important et permanent :
 - de la fonction sensitive,
 - de la fonction motrice,
 - de la coordination et de la démarche,
 - de la fonction cognitive (voir 6.3.1, page 127) ;
- 2° Confirmer le diagnostic par les examens complémentaires appropriés ;
- 3° Fournir des informations supplémentaires sur l'état psychique (chapitre VI, page 119) ou sur les séquelles d'autres affections et la nécessité d'une assistance personnelle ou d'une aide technique.

4.3.7 TRAUMATISME CÉRÉBRAL

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

- 1° Présenter le tableau clinique, en particulier en fonction des déficits fonctionnels permanents tels :
 - troubles de la vigilance,
 - troubles cognitifs, trouble du comportement et autres troubles mentaux (chapitre VI, page 119),
 - troubles moteurs,
 - troubles d'incontinence,
 - troubles bulbaire, etc. ;
- 2° Confirmer la présence des lésions et ses observations par des examens complémentaires appropriés (TDM cérébral, RMN, EEG, etc.) et les évaluations neurologiques ou neurochirurgicales ;
- 3° Fournir les informations supplémentaires sur l'état psychique (voir chapitre VI, page 119) ou les séquelles d'autres affections, les résultats de la réadaptation et la nécessité d'une assistance personnelle ou d'une aide technique.

4.3.8 SCLÉROSE EN PLAQUES

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

- 1° Présenter le tableau clinique, notamment en fonction :
 - d'un déficit important de la fonction motrice, de la coordination des membres ou de l'équilibre axial,
 - d'un déficit bulbaire ou cérébelleux,
 - d'un déficit sensitif important (douleur, température, vibration, proprioception),
 - d'un déficit du contrôle des sphincters (vessie, intestins),
 - d'un déficit visuel important, tel que perte de vision, scotomes, diplopie, oscillopsie,
 - d'un déficit sur le plan cognitif ou affectif,
 - d'une fatigue importante liée à l'ensemble du tableau

clinique et à l'importance des déficits observés.
L'évaluation de l'ampleur de la fatigue doit tenir compte du niveau d'exercice et de l'intensité de la faiblesse musculaire ;

- 2° Confirmer le diagnostic par les examens complémentaires appropriés : RMN, TDM, potentiels évoqués (auditifs, visuels, somesthésiques), etc. ;
- 3° Fournir des informations supplémentaires sur la nécessité d'une assistance personnelle ou d'une aide technique.

4.3.9 SCLÉROSE LATÉRALE AMYOTROPHIQUE

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

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

4.3.10 LÉSIONS DE LA MOELLE ÉPINIÈRE OU DES RACINES NERVEUSES (myélopathie ou radiculopathie)

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

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

4.3.11 SYRINGOMYÉLIE

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

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

4.3.12 POLIOMYÉLITE ANCIENNE

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

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

4.3.13 TABÈS DORSALIS (syphilis)

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

- 1° Présenter le tableau clinique de crises tabétiques survenant plus d'une fois par mois avec démarche instable, ataxique ou talonnante causant une diminution importante de l'équilibre (la maladie doit être confirmée par des signes appropriés relatifs aux cordons postérieurs de la moelle épinière) ;
- 2° Confirmer le diagnostic par les examens complémentaires appropriés ;
- 3° Fournir des informations supplémentaires sur l'état psychique (voir chapitre VI, page 119) ou les séquelles d'autres affections et sur la nécessité d'une assistance personnelle ou d'une aide technique.

4.3.14 DÉGÉNÉRESCENCE COMBINÉE SUBAIGUË DE LA MOELLE (anémie pernicieuse ou carence en B-12)

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

- 1° Présenter le tableau clinique et préciser l'évolution et l'importance, en dépit du traitement approprié, du déficit sensitif, de l'atteinte pyramidale et des autres déficits neurologiques associés à une carence en vitamine B-12 ;
- 2° Confirmer le diagnostic par les examens complémentaires appropriés ;
- 3° Fournir des informations supplémentaires sur la nécessité d'une assistance personnelle ou d'une aide technique.

4.3.15 NEUROPATHIE PÉRIPHÉRIQUE

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

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

4.3.16 MYASTHÉNIE GRAVE

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

- 1° Présenter le tableau clinique et préciser l'apparition de séquelles permanentes telles :
 - la difficulté persistante à s'exprimer, à avaler ou à respirer en dépit de la thérapie prescrite,
 - la grande faiblesse motrice des muscles, des membres pendant des activités répétitives contre résistance en dépit de la thérapie prescrite ;
- 2° Confirmer le diagnostic par les examens complémentaires appropriés ;
- 3° Fournir des informations 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.

4.3.17 DYSTROPHIE MUSCULAIRE

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

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

BIBLIOGRAPHIE

Adams, R. D. et M. Victor. *Principles of Neurology*, McGraw-Hill, 5^e éd., 1993.

American Medical Association. *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment*, chap. 4 (The Nervous System), 4^e éd., 1993.

Bradley, W.G. et al. *Neurology in Clinical Practice*, 2^e éd., Butterworth-Heinemann, 1996.

Brazis, P. W. et al. *Localization in Clinical Neurology*, Little Brown and Company, 1985.

Folstein, M. F. et al. « Mini-Mental State : A Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician », *J Psychiat Re*, n° 12 , 1975, p. 189.

Joynt, R. J. *Clinical neurology*, Philadelphie, éd. rev., Lippincott-Raven, 1995.

Katz, S. «Assessing Self-Maintenance : Activities of Daily Living, Mobility and Instrumental Activities», *J Am Geriatr Soc*, n° 31, 1983, p. 721.

Mayo Clinic and Mayo Foundation. *Clinical Examinations in Neurology Mayo Clinic and Mayo Foundation*, 6^e éd., Mosby Year Book, 1991.

Medical Research Council. *Aids to the Examination of the Peripheral Nervous System*, Medical Research Council Memorandum n° 45, London, Her Majesty's Stationery Office, 1976.

Organisation mondiale de la santé. *Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages, un manuel de classification des conséquences des maladies*, Genève 1980.

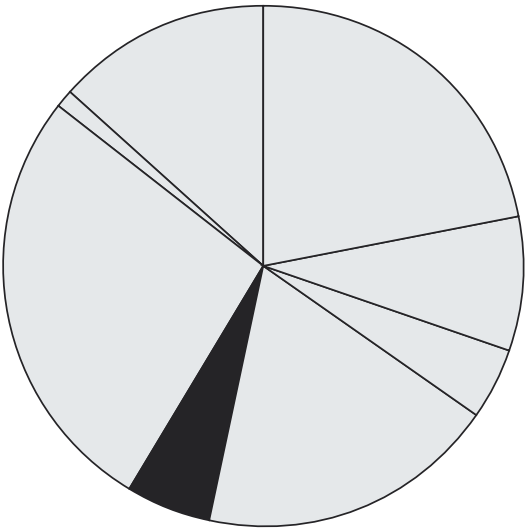
Rowland, L. P. *Merritt's Textbook of Neurology*, 9^e éd., Williams & Wilkins, 1995.

Russel, N. et DeJong. *The Neurologic Examination*, 4^e éd., Harper & Row, 1979.

U.S. Department of Health and Human Services. *Disability Evaluation under Social Security*, Social Security Administration, publication n° 64-039, janv. 1995.

CHAPITRE V

LES NÉOPLASIES MALIGNES



5,3 %

5.1 CONSTITUTION DE LA PREUVE MÉDICALE	103
5.2 SITUATIONS CLINIQUES PARTICULIÈRES	107
5.3 ÉVALUATION DES NÉOPLASIES MALIGNES	110
5.3.1 CANCER DU CERVEAU ET DE LA MOELLE ÉPINIÈRE	111
5.3.2 CANCER DE LA TÊTE ET DU COU	111
5.3.3 CANCER DU SEIN	112
5.3.4 CANCER DU POUMON ET DU THORAX, DE LA PLÈVRE ET DU MÉDIASIN	112
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	113
5.3.6 CANCER DE L'APPAREIL GÉNITO-URINAIRE ET DU BASSIN	114
5.3.7 CANCER DES EXTRÉMITÉS	114
5.3.8 CANCER DE LA PEAU	115
5.3.9 CANCER DES GANGLIONS MÉTASTATIQUES D'ORIGINE INDÉTERMINÉE	115
5.3.10 AUTRES CANCERS : LEUCÉMIE, LYMPHOME HODGKINIEN ET NON HODGKINIEN, ETC.	116

5.1 CONSTITUTION DE LA PREUVE MÉDICALE

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

a) Facteurs à considérer :

- le site de la lésion,
- l'étendue de la maladie : locale, régionale et à distance (stade précis selon les classifications officielles (exemples : FIGO et TNM),
- l'histopathologie de la lésion initiale (taille, grade, et autres critères histopathologiques),

- le but curatif ou palliatif et la réponse aux traitements : chirurgie, radiothérapie, hormonothérapie, chimiothérapie etc.,
- l'importance des séquelles de la maladie et des traitements,
- l'importance des symptômes non spécifiques, tels que la fatigue, l'anxiété, la douleur, la perte de poids, etc.,
- l'état actuel du patient,
- le pronostic présumé pour un stade donné et la réponse aux traitements dans chaque cas.

b) Début de l'incapacité de travail

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

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

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

c) Dossier clinique

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

- 1° L'anamnèse recueillie lors de la consultation initiale et le rapport de l'examen clinique du patient, y compris son état (classification TNM) au moment du diagnostic.
- 2° L'anamnèse et l'examen clinique **le plus récent** : évolution de la maladie, réponse aux traitements, rapports de consultation et pronostic.

3° Un compte rendu des examens de laboratoire tels que :

- formule sanguine permettant de vérifier s'il y a une anémie qui persiste (la chronicité et la gravité de l'anémie doivent être démontrées),
- bilan hépatique enzymatique confirmant l'atteinte de la fonction hépatique (ALT, AST, Gamma-Gt),
- phosphatase alcaline élevée pouvant signaler des métastases osseuses ou une atteinte hépatique,
- marqueurs tumoraux spécifiques :
 - le PSA (*prostate-specific antigen*) qui ne revient pas à un niveau normal après le traitement hormonal, chirurgical ou radiothérapeutique est un indice d'évolution néoplasique,
 - le CEA qui demeure élevé ou s'élève après le traitement du cancer du rectum ou du côlon est un indice d'évolution néoplasique,
 - l'alpha-foeto-protéine et le Béta-HCG qui demeurent élevés ou s'élèvent après le traitement de certains cancers des cellules germinales sont un indice d'évolution néoplasique,
 - le CA-125 qui demeure élevé ou s'élève après le traitement du cancer ovarien est un indice d'évolution néoplasique.

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

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

4° Un compte rendu des examens radiologiques suivants :

- Poumon

La radiographie du poumon et la tomодensitométrie (TDM) du thorax sont nécessaires au diagnostic et au suivi des métastases pulmonaires. Elles sont aussi indispensables à la classification clinique (TNM) des néoplasies pulmonaires primaires.

- Abdomen

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

- Squelette

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

- Système nerveux

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

5° Les comptes rendus opératoires : constatations, biopsie per-opératoire, résection, maladie résiduelle.

6° L'histopathologie

La confirmation par un compte rendu d'examen histopathologique demeure le critère objectif le plus important de cette évaluation.

7° L'évaluation globale des capacités restantes

Le médecin peut utiliser une échelle d'évaluation reconnue pour décrire les capacités restantes de son patient.

8° L'évaluation spécifique si nécessaire

- de l'appareil locomoteur (voir chapitre I, page 21) ;
- des capacités cognitives (voir 6.3.1, page 127) ;

- de la fonction respiratoire (voir chapitre III, page 61) ;
- du système nerveux central et périphérique (voir chapitre IV, page 83) ;
- d'une atteinte psychique (voir chapitre VI, page 119).

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.

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

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

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

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

- b) Quant à la **chimiothérapie**, il est important d'en préciser :
- la durée totale prévue,
 - la séquence,

- les effets secondaires systémiques très incapacitants (même s'ils sont à court terme), tels nausées, vomissements, mucosite et fatigue,
 - les effets secondaires prévus sur la moelle osseuse ou sur les organes, comme le foie, le cœur ou le rein.
- c) Pour la **radiothérapie**, les effets secondaires immédiats surgissent pendant les traitements, qui durent rarement plus de sept semaines. Environ deux mois plus tard, la majorité des patients ont repris leurs activités régulières, sauf dans les cas de tumeurs cérébrales, où la fatigue peut durer jusqu'à six mois après le traitement.

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

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

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

- d) Termes employés pour décrire les néoplasies malignes
- **Maladie locale** s'applique à une néoplasie maligne à son site initial (sa taille, son extension, l'atteinte des organes avoisinants, l'atteinte fonctionnelle de l'organe touché).
 - **Maladie régionale** s'emploie pour désigner l'atteinte des sites ganglionnaires dans le territoire de drainage lymphatique.

- **Maladie résiduelle** est utilisé lorsqu'il a été impossible de faire une résection complète de la néoplasie lors de la chirurgie initiale. Il faut alors décrire l'étendue de la maladie résiduelle soit microscopique, à l'examen en bordure de résection, soit macroscopique avec une lésion qui peut être mesurée lors de l'examen physique ou au moyen d'imagerie. Il faut indiquer, le cas échéant, quels traitements autres que chirurgicaux sont envisagés ou ont été administrés et quelle en est la réponse.
- **Récidive locale** s'emploie lorsqu'une nouvelle maladie locale apparaît après l'exérèse complète de la néoplasie ou sa disparition à la suite d'un traitement (radiothérapie ou chimiothérapie). S'il y a eu récurrence, préciser :
 - la taille de la néoplasie,
 - la rapidité de l'apparition de la récurrence,
 - le résultat de la biopsie, s'il y a lieu,
 - le grade histopathologique (a-t-il changé depuis la maladie initiale ?),
 - la chirurgie et le résultat, s'il y a lieu,
 - l'envahissement des organes avoisinants,
 - si la récurrence a été opérable, l'exérèse a-t-elle été complète ou partielle ?,
 - si la récurrence a été inopérable, décrire pourquoi,
 - les traitements envisagés ou terminés et les résultats obtenus.
- **Maladie métastatique à distance**, fait référence à l'essaimage de la lésion d'origine vers des organes comme le foie, les poumons, les os, le cerveau, etc. En général, le pronostic s'en trouve assombri.

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

 - Le cancer folliculaire de la thyroïde avec des métastases osseuses répondant à l'iode 131 est un exemple.
 - Certains sarcomes osseux, tel l'ostéosarcome avec métastases pulmonaires, peuvent parfois avoir un meilleur pronostic après exérèse des métastases.

- Dans certains cancers germinaux non séminomateux du testicule avec métastases pulmonaires, on peut assez souvent avoir des survies prolongées avec la chimiothérapie.
- Avec les greffes de moelle autologue, il y a aussi de plus en plus de guérison dans les cas de lymphomes avancés, de grade élevé ou en rechute.
- **Pronostic favorable.** En général, lorsque la tumeur originale et les métastases ont apparemment disparu et demeurent sans manifestations évidentes après trois ans ou plus, le pronostic est considéré comme favorable selon le type de la tumeur.

5.3 ÉVALUATION DES NÉOPLASIES MALIGNES

Les maladies néoplasiques portent en elles un caractère de gravité.

Dans tous les cas, il est essentiel que le médecin précise les éléments énumérés au tableau 1 ci-dessous et qu'il fournisse des documents à l'appui.

TABLEAU 1

ÉLÉMENTS À PRÉCISER POUR TOUTES LES CATÉGORIES DE NÉOPLASIES
• le stade TNM au moment du diagnostic
• si le cancer est opérable ou partiellement enlevé
• si le cancer n'est pas contrôlé par les traitements
• si le cancer récidive après la fin du traitement (rapidité de la récidive, localisation, étendue, symptômes)
• s'il y a des métastases à distance (site, nombre et atteinte des organes vitaux)
• s'il y a évolution rapide en dépit du traitement

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

5.3.1 CANCER DU CERVEAU ET DE LA MOELLE ÉPINIÈRE

Dans son rapport, le médecin traitant doit, outre les éléments du tableau 1 ci-contre :

- 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 5.1, page 103) ;
- 3° Fournir, s'il y a lieu, des informations supplémentaires sur :
 - les fonctions neurologiques atteintes (chapitre IV, page 83),
 - les troubles cognitifs, affectifs ou comportementaux (chapitre VI, page 119),
 - les séquelles de la chirurgie,
 - les séquelles de la radiothérapie.

5.3.2 CANCER DE LA TÊTE ET DU COU (y compris l'œsophage, les glandes salivaires, le massif facial, la fosse temporale)

Dans son rapport, le médecin traitant doit, outre les éléments du tableau 1, page 110 :

- 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 5.1, page 103) ;
- 3° Fournir, s'il y a lieu, des informations supplémentaires sur :
 - les problèmes de déglutition, d'élocution, de salivation, de nutrition, etc.,
 - les problèmes avec la trachéostomie,
 - l'envahissement du crâne ou de structures nerveuses de la base du crâne, de la fosse temporale, des méninges, de l'orbite ou des sinus,

- les problèmes causés par les métastases osseuses ou pulmonaires d'un cancer folliculaire de la thyroïde (dont le pronostic peut être bon),
- les problèmes esthétiques.

5.3.3 CANCER DU SEIN

Dans son rapport, le médecin traitant doit, outre les éléments du tableau 1, page 110 :

- 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 5.1, page 103) ;
- 3° Fournir, s'il y a lieu, des informations supplémentaires sur :
 - la nature du cancer ou de sa récurrence,
 - le lymphoedème 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 POU MON ET DU THORAX, DE LA PLÈVRE ET DU MÉDIASTIN

Dans son rapport, le médecin traitant doit, outre les éléments du tableau 1, page 110 :

- 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 5.1, page 103) ;

3° Fournir, s'il y a lieu, des informations supplémentaires sur :

- l'atteinte de la fonction respiratoire occasionnée par la tumeur elle-même, la chirurgie ou le traitement administré, par exemple fibrose consécutive à la radiothérapie (voir chapitre III, page 61) ;
- les symptômes systémiques, y compris la fatigue et la perte de poids, chez les patients pour qui le pronostic est mauvais ;
- le type histologique, la présence d'une tumeur résiduelle (dans la plèvre, la paroi thoracique, etc.), la découverte de métastases après la chirurgie.

5.3.5 CANCER DE L'ABDOMEN, DU PÉRITOINE, DE L'ESTOMAC, DE L'INTESTIN GRÊLE, DU CÔLON, DU FOIE, DE LA VÉSICULE BILIAIRE ET DU PANCRÉAS

Dans son rapport, le médecin traitant doit, outre les éléments du tableau 1, page 110 :

- 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 5.1, page 103) ;
- 3° Fournir, s'il y a lieu, des informations supplémentaires sur :
 - l'état nutritionnel et métabolique,
 - les symptômes systémiques, y compris la fatigue et la perte de poids chez les patients dont le pronostic est mauvais,
 - les problèmes aigus ou subaigus (obstruction intestinale) causés par la tumeur, consécutifs à la chirurgie ou à la radiothérapie (diarrhée),
 - l'ascite avec cellules malignes décelées et la carcinomatose péritonéale,
 - le sarcome rétropéritonéal inopérable ou non contrôlé par le traitement prescrit.

5.3.6 CANCER DE L'APPAREIL GÉNITO-URINAIRE ET DU BASSIN

Dans son rapport, le médecin traitant doit, outre les éléments du tableau 1, page 110 :

- 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 5.1, page 103) ;
- 3° Fournir, s'il y a lieu, des informations supplémentaires sur :
 - les problèmes d'incontinence urinaire ou fécale,
 - la diarrhée persistante après la radiothérapie,
 - la douleur résultant de métastases osseuses, spécialement dans les cancers de la prostate,
 - la douleur attribuable à la compression d'un nerf par une tumeur non contrôlée,
 - les troubles fonctionnels ou métaboliques reliés à la nature ou à la localisation de la tumeur ou de ses métastases, ou encore consécutifs aux traitements administrés,
 - les séquelles d'une exentération pelvienne radicale ou non.

5.3.7 CANCER DES EXTRÉMITÉS

Dans son rapport, le médecin traitant doit, outre les éléments du tableau 1, page 110 :

- 1° Présenter le tableau clinique, préciser le début et l'évolution de la maladie, ainsi que le traitement et la réponse au traitement, décrire les séquelles fonctionnelles actuelles et établir un pronostic (voir chapitre I, page 21) ;
- 2° Confirmer ses observations par les documents appropriés (voir 5.1, page 103) ;

- 3° Fournir, s'il y a lieu, des informations supplémentaires sur :
- l'atteinte fonctionnelle consécutive à l'amputation ou à la perte de tissus (voir 1.3.3 et 1.3.4, pages 30 et 31),
 - le contrôle de la douleur,
 - la fibrose des tissus mous et l'ankylose des articulations par suite de la chirurgie ou de la radiothérapie,
 - l'œdème des extrémités,
 - l'atteinte de l'état général, y compris l'insuffisance rénale, dans le cas de myélome multiple qui ne répond pas ou répond partiellement aux traitements avec persistance de douleurs.

5.3.8 CANCER DE LA PEAU

Dans son rapport, le médecin traitant doit, outre les éléments du tableau 1, page 110 :

- 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 5.1, page 103) ;
- 3° Fournir, s'il y a lieu, des informations 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 étant utile dans certains cas).

5.3.9 CANCER DES GANGLIONS MÉTASTATIQUES D'ORIGINE INDÉTERMINÉE

Dans son rapport, le médecin traitant doit, outre les éléments du tableau 1, page 110 :

- 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 5.1, page 103) ;
- 3° Fournir, s'il y a lieu, des informations supplémentaires sur :
 - la présence d'un envahissement cutané (ulcération, saignement),
 - l'œdème d'un membre,
 - la progression de la lésion ou l'absence de réponse aux traitements,
 - les séquelles particulières ou les complications qui en résultent.

5.3.10 AUTRES CANCERS : LEUCÉMIE, LYMPHOME HODGKINIEN ET NON HODGKINIEN, ETC.

Dans son rapport, le médecin traitant doit, outre les éléments du tableau 1, page 110 :

- 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 5.1, page 103) ;
- 3° Fournir, s'il y a lieu, des informations supplémentaires sur :
 - l'importance des symptômes systémiques non spécifiques : fatigue, sudation, perte de poids, etc.,
 - l'incapacité fonctionnelle consécutive à la chimiothérapie à doses élevées, y compris après une greffe de moelle osseuse,
 - la récurrence de l'affection, le degré de contrôle par la chimiothérapie ou la radiothérapie et l'impossibilité de faire une greffe de moelle.

BIBLIOGRAPHIE

American Cancer Society. *Textbook of Clinical Oncology*, Holleb-Fink-Murphy, 1991.

American Joint Committee for Cancer. *Handbook for Staging of Cancer*, 4^e éd., J.B. Lippincott Co., 1993.

De Vita, V. T. et al. *Cancer Principles and Practice of Oncology*, 4^e éd., J.B. Lippincott Co., 1993.

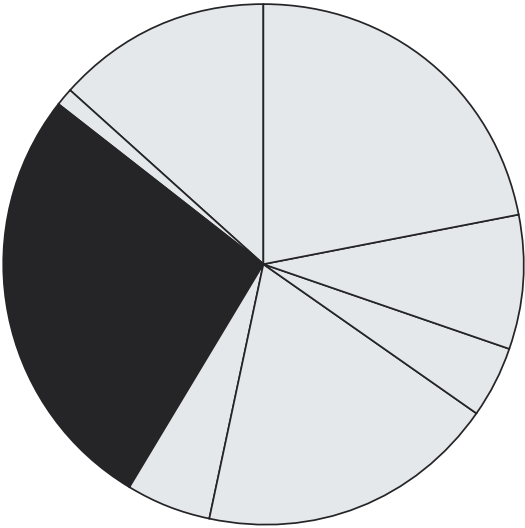
Rubin, P. *Clinical Oncology : A Multidisciplinary Approach for Physicians and Students*, 7^e éd., Saunders, 1993.

U.S. Department of Health and Human Services. *Disability Evaluation under Social Security*, Social Security Administration, publication n° 64-039, janv. 1995.

CHAPITRE VI

LES TROUBLES MENTAUX

26,9 %



6.1 CONSTITUTION DE LA PREUVE MÉDICALE	121
6.2 SITUATIONS CLINIQUES PARTICULIÈRES	126
6.3 ÉVALUATION DES TROUBLES MENTAUX.	127
6.3.1 TROUBLES COGNITIFS (DÉMENCE DE TYPE ALZHEIMER, TRAUMATISME CÉRÉBRAL, ETC.)	127
6.3.2 TROUBLES PSYCHOTIQUES.	128
6.3.3 TROUBLES DE L'HUMEUR.	130
6.3.4 TROUBLES ANXIEUX	131
6.3.5 TROUBLES SOMATOFORMES.	133
6.3.6 TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ	135
6.3.7 TROUBLES DE DÉPENDANCE PHARMACOLOGIQUE	137
6.3.8 DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET AUTISME	137

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-IV,
- 2° ceux qui se rapportent aux limitations fonctionnelles permanentes,
- 3° ceux qui se rapportent à l'historique des décompensations, y compris la réponse aux traitements et le pronostic.

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

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-IV-TR : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4^e édition (DSM-IV) et, s'il y a lieu, par les résultats d'examens complémentaires ou de tests psychologiques.

a) Dossier clinique

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

- 1° fournir la preuve d'une ou de plusieurs atteintes reconnaissables du point de vue médical,
- 2° décrire le degré de la limitation de la capacité de travail du patient,
- 3° indiquer si ces limitations risquent de durer longtemps, voire définitivement,
- 4° faire l'historique des décompensations et indiquer quelle est la réponse aux traitements.

b) Signes et symptômes

Les **signes cliniques** sont des anomalies spécifiques du comportement, de l'affect, de la pensée, de la perception, de la mémoire, de l'orientation ou du contact avec la réalité que le médecin peut observer. La présence de ces signes est habituellement établie par un médecin spécialiste en psychiatrie.

Les **symptômes** correspondent aux plaintes formulées par le patient. Les symptômes et les signes doivent être considérés ensemble lorsqu'on évalue la sévérité du trouble mental diagnostiqué dont ils sont la manifestation.

Le médecin doit s'assurer que les symptômes et les signes observés sont concordants. Dans son rapport, il ne doit pas se limiter à rapporter les symptômes dont se plaint le patient, mais il doit décrire ce qu'il a constaté lors de l'examen.

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

Une description sommaire des entités cliniques retenues dans ce guide est donnée plus loin à titre indicatif (voir page 127, Évaluation des troubles mentaux). Le médecin ne doit pas se limiter aux définitions du DSM-IV, mais rapporter en détail ses observations de façon à bien rendre compte de l'état de son patient.

c) Sources de renseignements

Pour déterminer la gravité de l'atteinte et établir le pronostic, il est très important d'obtenir des renseignements de sources fiables sur une période suffisamment longue avant le moment de l'évaluation. Le médecin traitant peut, le cas échéant, présenter des notes sur l'évolution en cours de traitement ou de réadaptation, des résumés d'hospitalisation ou les résultats de l'évaluation de la capacité de travail.

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

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

d) Évaluation du degré d'incapacité

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

Une limitation est sévère ou grave si le patient ne peut fonctionner de façon autonome, appropriée et efficace la plupart du temps et dans la majorité de ses activités.

Les critères pour l'évaluation des limitations fonctionnelles sont résumés au tableau 1 (pages 140 et 141).

Quatre aspects doivent être considérés

1° Activités de la vie quotidienne et domestique

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

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

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

(Voir tableau 1, pages 140 et 141.)

2° Fonctionnement social

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

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

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

Sur le plan du fonctionnement social, une atteinte grave signifie que le patient est généralement incapable d'entretenir des relations interpersonnelles. La fréquence des ruptures est attribuable à des facteurs comme le retrait, des conflits, de l'agressivité ou des attitudes inappropriées.

(Voir tableau 1, pages 140 et 141.)

3° Concentration, persévérance et performance

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

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

On considère que la capacité de travail est gravement atteinte lorsque le patient est la plupart du temps incapable de s'acquitter de sa tâche sans assistance ou sans instructions et qu'il lui arrive fréquemment de ne pouvoir terminer des tâches simples.

(Voir tableau 1, pages 140 et 141.)

4° Détérioration ou décompensation au travail ou en milieu analogue

Cette détérioration est la conséquence de l'échec répété des efforts que le patient fait pour s'adapter à des situations de stress. Cette situation, qui conduit à la décompensation, c'est-à-dire au retrait ou à une exacerbation des signes et symptômes, entraîne de plus une difficulté à maintenir les activités quotidiennes, les relations sociales ou, encore, à soutenir la concentration, la persévérance dans l'activité, la performance et la capacité d'adaptation. Les facteurs de stress courants en milieu de travail comprennent la prise de décisions, l'assiduité au travail, le respect des horaires, la persévérance dans l'exécution des tâches, les interactions avec les supérieurs et avec les pairs, etc.

En ce qui concerne les épisodes de décompensation, on peut considérer que l'atteinte est grave si, en dépit du traitement approprié, le patient a eu trois rechutes ou plus dans une année (une tous les deux ou quatre mois) et que cette situation risque de durer indéfiniment avec un pronostic d'amélioration clairement médiocre.

(Voir tableau 1, pages 140 et 141.)

6.2 SITUATIONS CLINIQUES PARTICULIÈRES

a) Évaluation des troubles mentaux chroniques

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

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

b) Effet de l'encadrement structuré

Dans les cas de troubles mentaux chroniques, les manifestations peuvent être contrôlées ou atténuées par l'admission dans un hôpital, le placement en famille d'accueil ou dans un autre environnement structuré qui fournit un soutien analogue.

Parallèlement, la personne peut demeurer incapable de fonctionner dans un environnement moins structuré. L'évaluation doit en tenir compte dans le cadre du traitement psychiatrique, particulièrement dans le cas des troubles psychotiques (voir 6.3.2, page 128).

c) Effet de la médication et du traitement médical

Le médecin doit porter une attention particulière aux effets de la médication sur les manifestations cliniques et la capacité de fonctionner de son patient.

Dans tous les cas, il doit s'assurer de la persistance de l'incapacité fonctionnelle attribuable soit à la maladie, soit à la médication.

6.3 ÉVALUATION DES TROUBLES MENTAUX

6.3.1 TROUBLES COGNITIFS (démence de type Alzheimer, traumatisme cérébral, etc.)

Désordres psychiques ou comportementaux associés à une dysfonction cérébrale. L'histoire, l'examen clinique et les examens paracliniques démontrent la présence d'une cause organique expliquant l'état mental anormal et la perte de capacité fonctionnelle. Dans tous les cas, le médecin doit se référer aux définitions du DSM-IV.

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

- 1° Présenter le tableau clinique et préciser l'importance, la constance et la durée médicalement constatées de la perte de capacités cognitives spécifiques ou des changements affectifs importants accompagnés d'un ou de plusieurs des éléments suivants :
 - atteinte du niveau de la vigilance,
 - désorientation dans le temps, dans l'espace ou à l'égard des personnes,
 - défaillance de la mémoire à court terme (ne retient pas de nouvelles informations) ou à moyen ou long terme (ne se rappelle pas les informations déjà mémorisées),
 - perturbations de la perception ou de la pensée (hallucinations, appauvrissement du discours, etc.),
 - modification de la personnalité, désinhibition, etc.,
 - trouble de l'humeur,
 - labilité émotionnelle (explosions de colère, crises de larmes, etc.) et atteinte du contrôle des impulsions,
 - détérioration intellectuelle (compréhension, jugement, etc.),
 - trouble de l'attention et de la concentration ;
- 2° Faire la démonstration de la persistance sur une période prolongée et continue, sans possibilité d'amélioration dans un avenir prévisible par un traitement adéquat, d'une ou de plusieurs des conséquences suivantes :

- limitation importante des activités de la vie quotidienne (AVQ) et domestique (AVD),
- difficultés importantes à maintenir un fonctionnement social adéquat (activités de la vie socio-professionnelle ou AVSP),
- diminution importante de la capacité de concentration, de la persévérance ou de la performance entraînant des échecs fréquents dans l'accomplissement de tâches dans le délai fixé (en milieu de travail ou l'équivalent),
- épisodes répétés de détérioration ou de décompensation en milieu de travail ou en milieu analogue qui forcent le patient à se retirer de ce milieu ou qui entraînent une exacerbation des signes et symptômes, incluant une détérioration de sa capacité d'adaptation ;

(Voir tableau 1, pages 140 et 141.)

3° Fournir les résultats d'examen suivants s'ils ont été administrés :

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

6.3.2 TROUBLES PSYCHOTIQUES

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

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

- 1° Présenter le tableau clinique et préciser l'importance, la constance et la durée médicalement constatées de deux ou plus des éléments suivants :
- idées délirantes,
 - hallucinations,
 - discours désorganisé,

- comportement désorganisé ou catatonie,
 - symptômes négatifs (affect émoussé, plat ou inapproprié), etc. ;
- 2° Faire la démonstration de la persistance sur une période prolongée et continue, sans possibilité d'amélioration dans un avenir prévisible par un traitement adéquat, d'une ou de plusieurs des conséquences suivantes :
- limitation importante des activités de la vie quotidienne (AVQ) et domestique (AVD),
 - difficultés importantes à maintenir un fonctionnement social adéquat (activités de la vie socio-professionnelle ou AVSP),
 - diminution importante de la capacité de concentration, de la persévérance ou de la performance entraînant des échecs fréquents dans l'accomplissement de tâches dans le délai fixé (en milieu de travail ou l'équivalent),
 - épisodes répétés de détérioration ou de décompensation en milieu de travail ou en milieu analogue qui forcent le patient à se retirer de ce milieu ou qui entraînent une exacerbation des signes et symptômes, incluant une détérioration de sa capacité d'adaptation ;

(Voir tableau 1, pages 140 et 141.)

- 3° Si l'affection est en rémission totale ou partielle, fournir une histoire médicale antérieure comprenant au moins un épisode aigu avec symptômes, signes et limitations fonctionnelles qui, à l'époque, correspondaient aux éléments 1° et 2° qui précèdent, bien que ces symptômes et signes soient actuellement atténués grâce à la médication ou aux mesures de soutien psychosocial, et confirmer avec documents à l'appui au moins un des éléments suivants :
- épisodes répétés de détérioration ou de décompensation dans des situations qui forcent le patient à se retirer ou qui entraînent une exacerbation des signes et symptômes, incluant une détérioration de sa capacité d'adaptation,

- incapacité de fonctionner en dehors d'un cadre hautement structuré qui dure depuis au moins deux ans.

6.3.3 TROUBLES DE L'HUMEUR

Désordre caractérisé par un sentiment important de tristesse ou d'euphorie accompagné ou non de symptômes psychotiques. Dans tous les cas, le médecin doit se référer aux définitions du DSM-IV.

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

- 1° Présenter le tableau clinique et préciser l'importance, la constance et la durée médicalement constatées et non pas simplement alléguées de l'un des syndromes suivants :
 - **Syndrome dépressif d'intensité grave** caractérisé par au moins cinq des éléments suivants, dont obligatoirement les deux premiers :
 - humeur dépressive,
 - 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,
 - sentiments de dévalorisation et de culpabilité,
 - agitation psychomotrice,
 - diminution de la capacité de penser et de se concentrer,
 - idée récurrente de mort,
 - **Syndrome maniaque d'intensité grave** caractérisé par une humeur expansive ou irritable, une augmentation de l'énergie et au moins trois des autres manifestations de manie énumérées au DSM-IV,
 - **Syndrome bipolaire d'intensité grave** avec une histoire d'épisodes se manifestant par un tableau symptomatique complet tantôt maniaque, tantôt dépressif et, au moment de l'examen, caractérisé par

l'un ou l'autre ou par une partie de l'un et de l'autre (voir les caractéristiques énumérées au DSM-IV) ;

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

- limitation importante des activités de la vie quotidienne (AVQ) et domestique (AVD),
- difficultés importantes à maintenir un fonctionnement social adéquat (activités de la vie socio-professionnelle ou AVSP),
- diminution importante de la capacité de concentration, de la persévérance ou de la performance entraînant des échecs fréquents dans l'accomplissement de tâches dans le délai fixé (en milieu de travail ou l'équivalent),
- épisodes répétés de détérioration ou de décompensation en milieu de travail ou en milieu analogue qui forcent le patient à se retirer de ce milieu ou qui entraînent une exacerbation des signes et symptômes, incluant une détérioration de sa capacité d'adaptation.

(Voir tableau 1, pages 140 et 141.)

6.3.4 TROUBLES ANXIEUX

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

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

- 1° Présenter le tableau clinique et préciser l'importance, la constance et la durée médicalement constatées d'**au moins une** des manifestations suivantes :
- Anxiété généralisée d'intensité grave et caractérisée par l'ensemble des signes ou symptômes suivants :
 - Angoisse et appréhension difficilement contrôlables ;

- **Au moins trois** des symptômes suivants :
 - agitation,
 - fatigabilité,
 - troubles de concentration,
 - irritabilité,
 - tension musculaire,
 - troubles du sommeil,
 - hypervigilance ;
 - Symptômes physiques causés par une surstimulation du système nerveux autonome ;
 - Trouble phobique d'intensité grave, 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 répété et d'intensité grave se manifestant par l'installation abrupte de crises d'angoisse avec activation du système nerveux autonome et autres symptômes physiques associés ou non à de l'agoraphobie ;
 - Trouble obsessionnel-compulsif d'intensité grave caractérisé par des pensées ou des rituels répétitifs et intentionnels qui entraînent une détresse importante et nuisent considérablement au fonctionnement général du patient ;
 - Névrose traumatique d'intensité grave se manifestant par des symptômes importants d'anxiété accompagnés de la reviviscence envahissante, répétée et tenace d'un événement traumatique qui est la source d'une détresse intense ;
- 2° Faire la démonstration de la persistance sur une période prolongée et continue, sans possibilité d'amélioration dans un avenir prévisible par un traitement adéquat, d'une ou de plusieurs des conséquences suivantes :

- limitation importante des activités de la vie quotidienne (AVQ) et domestique (AVD),
- difficultés importantes à maintenir un fonctionnement social adéquat (activités de la vie socio-professionnelle ou AVSP),
- diminution importante de la capacité de concentration, de la persévérance ou de la performance entraînant des échecs fréquents dans l'accomplissement de tâches dans le délai fixé (en milieu de travail ou l'équivalent),
- épisodes répétés de détérioration ou de décompensation en milieu de travail ou en milieu analogue qui forcent le patient à se retirer de ce milieu ou qui entraînent une exacerbation des signes et symptômes, incluant une détérioration de sa capacité d'adaptation.

(Voir tableau 1, pages 140 et 141.)

6.3.5 TROUBLES SOMATOFORMES

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

Les facteurs psychologiques peuvent dans ce cas avoir une relation causale avec le syndrome, et il importe de les décrire soigneusement. De plus, on observe une très grande fréquence de troubles anxieux et de troubles dépressifs dans les syndromes douloureux chroniques. Il importe de les détecter et de les traiter adéquatement avant de songer à une incapacité de travail permanente. Dans tous les cas, le médecin doit se référer aux définitions du DSM-IV.

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

- 1° Présenter le tableau clinique et préciser l'importance, la constance et la durée médicalement constatées en dépit d'un traitement adéquat **d'au moins une** des manifestations suivantes :

- Trouble de somatisation : symptômes physiques multiples observés depuis plusieurs années, qui ont débuté avant l'âge de 30 ans et ont amené le patient à consulter un médecin à maintes reprises, à prendre des médicaments fréquemment et à modifier considérablement ses habitudes de vie ;
 - Trouble de conversion : perturbation des fonctions motrices ou sensorielles impossible à expliquer par une condition médicale et avec contribution de facteurs psychologiques ;
 - Trouble hypochondriaque : peur ou impression morbide non fondée de souffrir d'une maladie grave ;
 - Trouble somatoforme douloureux : douleur chronique d'une durée d'au moins six mois, impossible à expliquer entièrement et de façon satisfaisante par une lésion anatomique et associée à des facteurs psychologiques ;
 - Trouble somatoforme indifférencié : symptômes d'allure physique depuis plus de six mois sans lésion démontrée entraînant des incapacités démesurées et associées de façon temporaire à un élément stressant ;
 - Dysmorphophobie : impression persistante non délirante, chez une personne, d'avoir un défaut physique qui nuit à son apparence ;
- 2° Faire la démonstration de la persistance sur une période prolongée et continue, sans possibilité d'amélioration dans un avenir prévisible par un traitement adéquat, d'une ou de plusieurs des conséquences suivantes :
- limitation importante des activités de la vie quotidienne (AVQ) et domestique (AVD),
 - difficultés importantes à maintenir un fonctionnement social adéquat (activités de la vie socio-professionnelle ou AVSP),
 - diminution importante de la capacité de concentration, de la persévérance ou de la performance entraînant des échecs fréquents dans l'accomplissement de tâches dans le délai fixé (en milieu de travail ou l'équivalent),

- épisodes répétés de détérioration ou de décompensation en milieu de travail ou en milieu analogue qui forcent le patient à se retirer de ce milieu ou qui entraînent une exacerbation des signes et symptômes, incluant une détérioration de sa capacité d'adaptation.

(Voir tableau 1, pages 140 et 141.)

6.3.6 TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

Désordre caractérisé par un modèle persistant de perception de soi et d'autrui et de comportement qui diffère sensiblement des normes culturelles et peut entraîner une altération importante du fonctionnement dans la société ou au travail. Ces traits sont typiques du fonctionnement habituel et à long terme du patient. Ils ne sont pas limités à des épisodes isolés.

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

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

- 1° Présenter le tableau clinique et préciser l'importance, la constance et la durée médicalement constatées des comportements mésadaptés et profondément enracinés, et qu'on associe habituellement à l'un ou l'autre des éléments suivants :
 - personnalité paranoïde : tendance à interpréter les gestes des autres comme étant mal intentionnés et menaçants,
 - personnalité schizoïde : grand isolement social et appauvrissement important du vécu émotionnel et de son expression,
 - personnalité schizo-typique : difficultés dans les relations interpersonnelles et une certaine bizarrerie de l'idéation, de l'apparence et du comportement,
 - personnalité antisociale : incapacité de tenir compte des droits d'autrui,

- personnalité *borderline* : instabilité de l'humeur, des relations interpersonnelles, de l'identité,
- personnalité histrionique : tendance à la dramatisation, à la recherche d'attention, à la séduction,
- personnalité narcissique : égocentrisme, affectation, manque d'empathie, hypersensibilité à la critique,
- personnalité obsessionnelle-compulsive : perfectionnisme et rigidité,
- personnalité évitante : grande timidité et crainte d'être jugé,
- personnalité dépendante : comportement de soumission et de dépendance,
- personnalité passive-agressive : résistance passive, manque de collaboration (retiré du DSM-IV) ;

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

- limitation importante des activités de la vie quotidienne (AVQ) et domestique (AVD),
- difficultés importantes à maintenir un fonctionnement social adéquat (activités de la vie socio-professionnelle ou AVSP),
- diminution importante de la capacité de concentration, de la persévérance ou de la performance entraînant des échecs fréquents dans l'accomplissement de tâches dans le délai fixé (en milieu de travail ou l'équivalent),
- épisodes répétés de détérioration ou de décompensation en milieu de travail ou en milieu analogue qui forcent le patient à se retirer de ce milieu ou qui entraînent une exacerbation des signes et symptômes, incluant une détérioration de sa capacité d'adaptation.

(Voir tableau 1, pages 140 et 141.)

6.3.7 TROUBLES DE DÉPENDANCE PHARMACOLOGIQUE

Désordre caractérisé par des modifications de l'état physique ou psychique par suite de la consommation régulière de substances qui affectent le système nerveux central (alcoolisme, toxicomanies, dépendance médicamenteuse).

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

- 1° Présenter le tableau clinique de l'un ou l'autre des troubles suivants :
 - troubles cognitifs (voir 6.3.1, page 127),
 - troubles de l'humeur (voir 6.3.3, page 130),
 - troubles anxieux (voir 6.3.4, page 131),
 - troubles de personnalité (voir 6.3.6, page 135),
 - convulsions et neuropathies périphériques (voir chapitre IV, page 83),
 - dommage hépatique, gastrite, pancréatite, etc.
Décrire les conséquences sur la fonction hépatique, digestive, pancréatique,
 - toute autre séquelle permanente pouvant rendre le patient inapte au travail ;
- 2° Faire la démonstration que ces troubles sont la conséquence directe et irrémédiable à court terme de l'abus de substances toxiques sur l'état physique ou mental du patient.

6.3.8 DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET AUTISME

- A) La **déficiência intellectuelle** est un terme désignant un fonctionnement intellectuel très en dessous de la moyenne (déficit) avec des capacités d'adaptation réduites qu'on a observées initialement au cours de la période de développement.

Note : Les chiffres mentionnés ci-dessous ont été obtenus à partir du WAIS et sont utilisés uniquement pour référence. Les résultats obtenus à l'aide d'autres tests standardisés et administrés de façon individuelle sont acceptables, mais les valeurs numériques obtenues doivent indiquer un niveau équivalent de fonctionnement intellectuel.

B) L'**autisme** est un trouble envahissant (profond) du développement qui se manifeste en bas âge et se caractérise par la présence simultanée de perturbation

- du comportement (répétitif et restreint),
- de la communication, et
- des interactions sociales.

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

- 1° Présenter le tableau clinique et préciser la présence de l'un ou l'autre des éléments suivants :
 - une incapacité mentale démontrée par une dépendance à autrui pour les besoins personnels (faire sa toilette, manger, s'habiller, ou prendre son bain, etc.) et une incapacité de suivre des instructions au point où l'utilisation de mesures standardisées de l'intelligence (Q.I.) est impossible,
 - un résultat de Q.I. de 59 ou moins sur le plan verbal, non verbal ou combiné lors d'un test valide,
 - un résultat de Q.I. de 60 à 70, sur le plan verbal, non verbal ou combiné lors d'un test valide, accompagné d'une atteinte physique ou mentale autre qui impose une limitation de fonction additionnelle et importante liée à la capacité de travail,
 - un résultat de Q.I. de 60 à 70 sur le plan verbal, non verbal ou combiné lors d'un test valide ou, dans le cas de l'autisme, des déficiences flagrantes dans les habiletés sociales et la communication ;

- 2° Faire la démonstration, dans l'une ou l'autre situation, de 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 entraînant des échecs fréquents dans l'accomplissement de tâches dans le délai fixé (en milieu de travail ou autre),
 - épisodes répétés de détérioration ou de décompensation en milieu de travail ou en milieu analogue qui forcent le patient à se retirer de ce milieu ou qui entraînent une exacerbation des signes et symptômes, incluant une détérioration de sa capacité d'adaptation.

(Voir tableau 1, pages 140 et 141.)

GRILLE POUR L'ÉVALUATION DES DIFFÉRENTES CATÉGORIES DE TROUBLES MENTAUX

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

La catégorie (une des huit) de trouble mental à propos de 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 fonctionnel.

TABLEAU 1

ÉVALUATION DU DEGRÉ D'INCAPACITÉ RÉSULTANT DES TROUBLES MENTAUX

Degré de limitation fonctionnelle				
	Critères	Normal	Minime ou léger	Modéré
1.	Limitation des activités de la vie quotidienne	Aucune	Incapacité occasionnelle ≤ 25 % des activités ou du temps	Incapacité fréquente 25 à 50 % des activités ou du temps
2.	Difficultés à maintenir un bon fonctionnement social	Aucune	Interactions habituellement normales avec des épisodes de difficultés tels que conflits, retrait, comportement inapproprié ou agressivité	Interactions limitées ou diminuées avec épisodes de ruptures sérieuses à cause de conflits, retrait (isolement), comportement inapproprié ou agressivité
3.	Difficultés à accomplir les tâches (en milieu de travail ou l'équivalent)	Aucune	Difficultés occasionnelles dans les tâches compliquées, mais pas dans les tâches simples	Incapacité habituelle de s'acquitter de tâches complexes sans assistance ou instruction et incapacité occasionnelle d'accomplir des tâches simples
4.	Épisodes de détérioration ou de décompensation grave (en milieu de travail ou en milieu analogue)	Aucune	Un	Un ou deux

NOTE : Les critères 3 et 4 représentent plus qu'une mesure de la fréquence. Dans son rapport, le médecin doit indiquer comment la durée et les effets des troubles mentaux diminuent l'aptitude à accomplir des tâches (critère 3) et provoquent les épisodes de décompensation (critère 4).

TABLEAU 1 (SUITE)**ÉVALUATION DU DEGRÉ D'INCAPACITÉ
RÉSULTANT DES TROUBLES MENTAUX**

Degré de limitation fonctionnelle		
Sévère	Extrême	Non applicable
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
Incapacité habituelle d'entretenir des relations sociales : ruptures fréquentes et sérieuses à cause de conflits, retrait (isolement), comportement inapproprié ou agressivité	Aucune relation sociale soutenue avec ruptures sérieuses et prolongées à cause de conflits, retrait (isolement), comportement inapproprié ou agressivité	Preuve ou démonstration insuffisantes
La plupart du temps, incapacité de s'acquitter de tâches complexes sans assistance ou instruction et souvent incapacité d'accomplir des tâches simples	Incapacité totale d'accomplir les tâches complexes et la plupart du temps incapacité d'accomplir les tâches simples	Preuve ou démonstration insuffisantes
Répétés (trois et plus en un an)	Continuels	Preuve ou démonstration insuffisantes

BIBLIOGRAPHIE

American Medical Association. *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment*, chap. 14 (Mental and Behavioral Disorders), 4^e éd., 1993.

American Psychiatric Association. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM IV), 4^e éd., Masson, 1994.

American Psychiatric Association. *Mini DSM-1V Critères diagnostiques*, traduit par J. D. Guelfi et al., Masson, Paris, 1996, 384 p.

Folstein, M. F. et al. « Mini-Mental State : A Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician », *J Psychiat Re*, n° 12 (1975), p. 189.

Kaplan, H. I. et B. J. Sadock, *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, éd. Williams et Wilkins, 1967.

Katz, S. « Assessing Self-Maintenance: Activities of Daily Living, Mobility and Instrumental Activities », *J Am Geriatr Soc*, n° 31, 1983, p. 721.

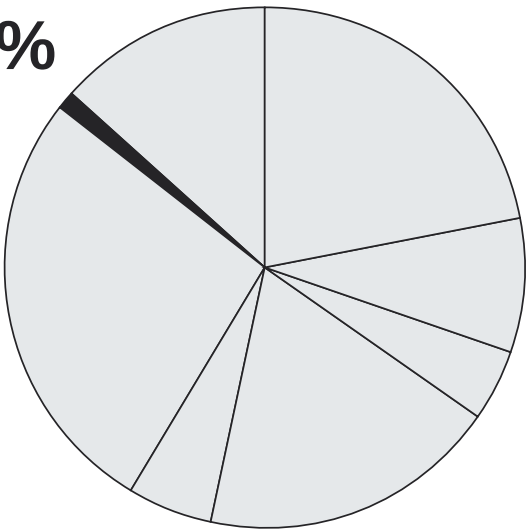
Journal of Psychosomatic Research : Medico-legal Issues, vol. 39, n° 6 (août 1995), p. 659-789.

U.S. Department of Health and Human Services. *Disability Evaluation under Social Security*, Social Security Administration, publication n° 64-039, janv. 1995.

CHAPITRE VII

L'INFECTION À VIH ET LE SIDA

0,9 %



7.1 CONSTITUTION DE LA PREUVE MÉDICALE.....	145
7.2 SITUATION CLINIQUE PARTICULIÈRE.....	146
7.3 ÉVALUATION DE L'INFECTION À VIH ET DU SIDA.....	146

L'infection par le virus de l'immuno-déficience humaine (VIH) ou, plutôt, sa conséquence, le syndrome d'immuno-déficience acquise (SIDA), peut entraîner une limitation marquée et durable de la capacité de travail.

Multiples, les signes et les symptômes des déficits sont généralement associés à la cachexie, aux troubles neuro-psychiatriques, aux infections graves et aux néoplasies.

Toutes les affections qui suivent peuvent contribuer à l'incapacité (voir 7.3, page 146).

7.1 CONSTITUTION DE LA PREUVE MÉDICALE

L'infection à VIH doit être démontrée, tout comme les infections et les néoplasies opportunistes, et la preuve diagnostique doit reposer sur les données de la science et les normes courantes de pratique. Un diagnostic clinique bien étayé peut être suffisant si un patient refuse obstinément de se soumettre à un examen.

L'évolution doit alors être décrite, et la phase atteinte indiquée. Il est utile de préciser le nombre de lymphocytes T4 et T8 en circulation, de même que la mesure de la charge virale et la description de la réponse au traitement. Les effets secondaires de la médication peuvent aussi contribuer au déficit fonctionnel.

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

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

7.2 SITUATION CLINIQUE PARTICULIÈRE

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

Les situations sociales dans lesquelles se trouvent les personnes infectées par le VIH sont de nature à influencer leur état mental. L'infection touche souvent de jeunes adultes que la maladie précipite parfois dans la pauvreté. Certains homosexuels, usagers de drogue intraveineuse ou prostitués, qui vivent déjà en marge de la société, se trouvent encore plus isolés par la maladie. L'intolérance et la peur de l'ensemble de la société à l'égard du SIDA font que la plupart des personnes atteintes vivent dans un climat de crainte, de rejet ou de honte. Plusieurs sont victimes de comportements franchement discriminatoires sur le plan de l'emploi.

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

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

- Diagnostic, selon les critères du DSM-IV ;
- Limitations fonctionnelles durables ou permanentes empêchant le patient de s'occuper de lui-même, de mener une vie sociale convenable ou d'occuper un emploi (voir chapitre VI, page 119, et tableau 1, pages 140 et 141) ;
- L'historique des décompensations est un élément essentiel pour l'évaluation de la gravité de l'incapacité causée par des troubles mentaux.

7.3 ÉVALUATION DE L'INFECTION À VIH ET DU SIDA

Pour présenter une demande de rente d'invalidité, le patient doit être infecté par le VIH et porteur symptomatique, avec déficit fonctionnel important et de durée indéfinie d'une ou de plusieurs des infections ou affections opportunistes suivantes :

a) Infections bactériennes

- mycobactériose (par 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 equi*, etc.,
- neuro-syphilis,
- bactériémie récurrente ou toute autre infection bactérienne persistante ou récurrente telle que la maladie inflammatoire pelvienne ;

b) Infections fongiques

- aspergillose,
- candidose disséminée,
- coccidioïdomycose disséminée,
- cryptococcose extra-pulmonaire,
- histoplasmoses extra-pulmonaire,
- mucormycose ;

c) Infections virales

- infection chronique et symptomatique au cytomégalovirus (CMV), incluant la chorioretinite,
- herpès simplex disséminé,
- hépatites aiguës ou chroniques actives,
- leucoencéphalopathie multifocale progressive ;

d) Infections parasitaires

- cryptosporidiose, isosporidiose ou microsporidiose avec diarrhée d'une durée de plus d'un mois,
- infection à *Pneumocystis Carinii*,
- strongyloïdose (anguillulose) extra-intestinale,
- toxoplasmoses hors du système réticulo-endothélial,
- autre parasitose persistante ou récurrente malgré un traitement adéquat ;

e) Néoplasies malignes

- cancer envahissant du col de l'utérus (grade II et plus),
- cancer à cellules squameuses de l'anus,
- sarcome de Kaposi,
- lymphomes ;

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

- anémie (< 10 gm Hb),
- agranulocytose,
- thrombocytopénie (< 100 000 plaquettes) ;

g) Anomalies neurologiques

- encéphalopathie à VIH (troubles moteurs, cognitifs et du comportement),
- neuropathies périphériques ;

h) Cachexie incluant à la fois :

- perte de poids involontaire de plus de 10 % (ou autre perte jugée significative),
- diarrhée chronique (1-2 selles molles par jour pendant plus d'un mois),
- fièvre > 38 d'une durée de plus d'un mois,
- asthénie chronique ;

i) Diarrhée chronique, isolée et grave, résistant au traitement et nécessitant hydratation i.v. ou hyperalimentation ;

j) Cardiomyopathie (résultats d'examens à l'appui) ;

k) Néphropathie (résultats d'examens à l'appui) ;

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

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

Dans son rapport, le médecin traitant doit :

- 1° Présenter le tableau clinique, préciser le début et l'évolution de la maladie, les infections et autres affections opportunistes ainsi que le traitement et la réponse au traitement, décrire les séquelles actuelles et établir un pronostic. Ces informations doivent être fournies, car la classification clinique du SIDA ne suffit pas ;
- 2° Confirmer ses observations cliniques par les examens complémentaires appropriés, particulièrement le décompte lymphocytaire (CD4) et la charge virale ;
- 3° Fournir, s'il y a lieu, des informations 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.

BIBLIOGRAPHIE

College of Medicine University of South Florida. *Early Initiation of Antiretroviral Therapy for Infection with Human Immunodeficiency Virus: Considerations in 1996*, Tampa, Florida.

Gallant, J. F. et al. « Prophylaxis for Opportunistic Infections in Patients with HIV Infection », *Annals of Internal Medicine*, n° 120, 1994, p. 932-944.

Kapland, J. E. et al. « USPHS/IDSA Guidelines for the Prevention of Opportunistic Infections in Persons Infected with Human Immunodeficiency Virus: an Overview », *Clin Infect Dis*, n° 21 (suppl. 1), 1995, p.12-31.

Kapland, J. E. et al. « USPGHS/IDSA Guidelines for the Prevention of Opportunistic Infections in Persons Infected with Human Immunodeficiency Virus: Disease Specific Recommendations », *Clin Infect Dis*, n° 21 (suppl. 1), 1995, p. 32-43.

Lane, H. C. « Recent Advances in the Management of AIDS-related Opportunistic Infections », *Annals of Internal Medicine*, n° 120, 1994, p. 945-953.

MMWR Center for Disease Control (CDC). *Revised Classification System for HIV Infection and Expanded Surveillance Case Definition for AIDS. Among Adolescents and Adults*, 41(RR-17), 18 déc. 1992.

Olivier, C. et al. « Le Sida », *Le Médecin du Québec*, vol. 31, n°6 (juin 1996).

Olivier, C. et al. *Le Sida*, 3^e éd. rev., corr. et augm., Association des médecins de langue française du Canada, 1995.

Richard, M. et al. « Trends in Infections Diseases and Cancers among Persons Dying of HIV Infection in the United States from 1987 to 1992 », *Annals of Internal Medicine*, vol. 123, n° 12, p. 933.

Simpson, D. M. et M. Tagliatt. « Neurologic Manifestations of HIV Infection », *Annals of Internal Medicine*, vol. 121, 1994, p. 769-788.

U.S. Department of Health and Human Services. *Disability Evaluation under Social Security*, Social Security Administration, publication n° 64-039, janv. 1995.

ANNEXE A

Demande de prestations d'invalidité

Renseignements concernant la demande

Les prestations d'invalidité

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

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

La Régie des rentes du Québec peut vous déclarer invalide si votre incapacité est grave et qu'elle doit durer indéfiniment. Vous devez être incapable, en raison de votre état de santé, d'exercer de façon régulière un emploi véritablement rémunérateur.

Cependant, si vous avez de 60 à 65 ans et que votre état de santé ne vous permet plus de faire le travail habituel que vous avez quitté en raison de votre invalidité, vous pourriez avoir droit à la rente d'invalidité.

La rente d'invalidité

La rente d'invalidité est :

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

La rente d'enfant de personne invalide

Si la rente d'invalidité vous est accordée, vos enfants ou ceux dont vous avez la charge pourraient avoir droit à une rente d'enfant de personne invalide jusqu'à l'âge de 18 ans à condition d'en faire la demande. Sont admissibles à cette rente¹ :

- vos enfants, qu'ils habitent ou non avec vous;
- vos belles-filles ou vos beaux-fils s'ils habitent avec vous;
- d'autres enfants qui habitent avec vous ou dont vous assurez la subsistance.

¹ Les enfants qui reçoivent déjà une rente d'orphelin ou d'enfant de personne invalide du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada ne peuvent cependant en recevoir une deuxième.

La rente d'enfant de personne invalide est versée mensuellement à la **personne qui a la charge des enfants** et son montant est fixe. Cette personne doit aviser la Régie dès qu'elle cesse d'avoir la charge des enfants. Notez que, peu importe à qui cette rente d'enfant est versée, celle-ci ne peut pas faire diminuer votre rente d'invalidité.

Prestations d'autres organismes

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

Si vous recevez ou devez recevoir des prestations d'autres organismes, publics ou privés, ou une autre rente de la Régie, vérifiez auprès d'eux, ou de la Régie selon le cas, si le fait de recevoir une rente d'invalidité en vertu du Régime de rentes du Québec peut entraîner une réduction de ces prestations.

Notez que vous ne pouvez pas recevoir la rente d'invalidité du Régime de rentes du Québec si vous recevez déjà la rente d'invalidité du Régime de pensions du Canada.

Comment faire votre demande

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

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

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 rente du Régime de rentes du Québec n'est pas réduite si vous recevez une pension d'un autre pays.

Suite au verso

Marche à suivre – Demande de prestations d'invalidité

1. Répondez à toutes les questions de la *Demande de prestations d'invalidité*, sauf s'il est indiqué de passer à une autre question.
2. Si l'espace est insuffisant, continuez à la section 13 « Autres renseignements ».
3. Signez à la section 12 « Déclaration et signature ».
4. Remplissez et signez le *Consentement à communiquer des renseignements médicaux et psychosociaux*.
5. Joignez une copie de tout document médical ou résultat d'analyse en votre possession concernant votre invalidité. **(Ne pas envoyer de radiographies.)**
6. Placez le tout dans l'enveloppe-réponse et postez votre demande le plus tôt possible à :
Régie des rentes du Québec
Case postale 5200
Québec (Québec) G1K 7S9
7. Vérifiez le tarif postal, surtout si des documents sont joints.

À noter que la Régie peut, au besoin, exiger une preuve de naissance.

Marche à suivre – Rapport médical

1. Remplissez vous-même la section 1 du *Rapport médical*, « Renseignements sur l'identité du requérant ».
2. Faites remplir les autres sections du *Rapport médical* par votre médecin, qui nous fera parvenir lui-même ce rapport.

Accès aux documents des organismes publics et protection des renseignements personnels

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

Délai de réponse

Dans notre *Déclaration de services aux citoyens*, nous nous engageons à répondre à une demande de rente d'invalidité dans un délai maximal de 150 jours si l'information reçue initialement suffit pour prendre une décision. Cependant, 3 fois sur 4, vous n'aurez pas à attendre plus de 90 jours. Le délai débute au moment où nous avons en main votre demande et le rapport de votre médecin.

Principales étapes du traitement de votre demande

Lors de l'étude de votre demande de prestations d'invalidité, la Régie effectue les étapes de traitement suivantes :

- réception et analyse de votre demande. Vérification des critères administratifs pour établir votre admissibilité à la rente selon le Régime de rentes du Québec (votre nombre d'années de cotisation au régime, votre date d'arrêt de travail, etc.) et obtention des renseignements manquants au besoin.

Si vous êtes admissible sur le plan administratif, d'autres étapes suivront alors :

- envoi de votre dossier à l'équipe médicale de la Régie;
- vérification des renseignements médicaux contenus dans votre demande ainsi que dans le rapport médical. Obtention, au besoin, de renseignements médicaux complémentaires auprès de votre médecin traitant, de médecins spécialistes, d'hôpitaux, de compagnies d'assurance ou d'organismes gouvernementaux avec lesquels vous avez été en contact, pour compléter votre dossier médical;
- analyse du dossier médical par un médecin de la Régie pour déterminer si vous pouvez être reconnu invalide selon la *Loi sur le régime de rentes du Québec*. Dans certaines situations, une expertise médicale peut être demandée par la Régie;
- décision rendue par la Régie concernant votre demande.

Pour obtenir plus de renseignements



Par Internet
www.rmq.gouv.qc.ca



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



Par téléscripteur
Personnes sourdes ou malentendantes
Sans frais : 1 800 603-3540



Vous devez obligatoirement inscrire votre numéro d'assurance sociale aux endroits indiqués pour éviter de retarder le traitement de votre demande.

Détachez le long du pointillé

0100002 LE



Demande de prestations d'invalidité

Écrire en lettres détachées

Inscrire 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 la naissance (nom de jeune fille)		Prénom de votre mère	
Nom de famille de votre père		Prénom de votre père	
Langue de correspondance ☐ Français ☐ Anglais			
Votre adresse (numéro, rue, appartement)			
Ville	Province	Pays	Code postal
Téléphone 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. Renseignements sur les enfants

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

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

2.1 Avez-vous eu ou pris en charge des enfants nés après le 31 décembre 1958?

☐ Oui ☐ Non. Passez à la **section 3**.2.2 Avez-vous reçu à **votre nom** des prestations familiales pour un enfant né après le 31 décembre 1958 ou si vous n'en avez pas reçu, était-ce en raison d'un revenu familial trop élevé? (Ces prestations sont habituellement versées à la mère.)☐ Oui. Remplissez le tableau ci-dessous. ☐ Non. Passez à la **section 3**.

Renseignements sur les enfants nés après le 31 décembre 1958

1 ^{er}	Nom de famille à la naissance	Prénom	Date de naissance année mois jour
	Lieu de naissance (province, pays)	Date d'adoption ou de prise en charge (s'il y a lieu) année mois	Date de décès (si l'enfant est décédé avant l'âge de 7 ans) année mois
	Si l'enfant est né hors du Canada	Date d'entrée au Canada année mois	Province de résidence lors de l'entrée au Canada

Suite au verso

Inscrire votre numéro d'assurance sociale ➤

--	--	--

2. Renseignements sur les enfants (suite)

Renseignements sur les enfants nés après le 31 décembre 1958 (suite)					
2 ^e Nom de famille à la naissance		Prénom		Date de naissance année mois jour	
Lieu de naissance (province, pays)		Date d'adoption ou de prise en charge (s'il y a lieu) année mois		Date de décès (si l'enfant est décédé avant l'âge de 7 ans) année mois	
Si l'enfant est né hors du Canada	Date d'entrée au Canada année mois	Province de résidence lors de l'entrée au Canada			
3 ^e Nom de famille à la naissance		Prénom		Date de naissance année mois jour	
Lieu de naissance (province, pays)		Date d'adoption ou de prise en charge (s'il y a lieu) année mois		Date de décès (si l'enfant est décédé avant l'âge de 7 ans) année mois	
Si l'enfant est né hors du Canada	Date d'entrée au Canada année mois	Province de résidence lors de l'entrée au Canada			
S'il y a plus de trois enfants, continuez à la section 13.					

- 2.3 De la naissance de chaque enfant jusqu'à son 7^e anniversaire, y a-t-il eu des périodes où vous n'avez pas reçu de prestations familiales **à votre nom**? ☐ Oui ☐ Non
- 2.4 Depuis sa naissance ou son arrivée au Canada jusqu'à son 7^e anniversaire, chaque enfant a-t-il **toujours résidé avec vous au Canada**? ☐ Oui ☐ Non

3. Prestations d'autres organismes

- 3.1 Avez-vous déjà fait une demande d'indemnité à la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) à la suite d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle (concernant ou non votre invalidité actuelle)?
☐ Non
☐ Oui. En quelle année? [] Numéro de dossier []
- Pour quel motif? _____
- Indiquez la situation actuelle de votre dossier à la CSST en cochant la case appropriée.
- ☐ Je n'ai pas encore reçu de réponse de la CSST.
☐ Je reçois une indemnité de la CSST **actuellement**.
☐ Je recevais une indemnité de la CSST, mais je n'en reçois plus maintenant.
☐ La CSST a refusé ma demande.
- La CSST a-t-elle demandé une expertise médicale? ☐ Oui ☐ Non
- 3.2 Recevez-vous présentement ou avez-vous reçu dans les 12 derniers mois une indemnité de la Société de l'assurance automobile du Québec?
☐ Non
☐ Oui. En quelle année l'accident s'est-il produit? [] Numéro de dossier []
- Votre demande à la SAAQ fait-elle l'objet d'une révision présentement? ☐ Oui ☐ Non
- La SAAQ a-t-elle demandé une expertise médicale? ☐ Oui ☐ Non
- 3.3 Avez-vous déjà fait une demande de prestations à une compagnie d'assurance concernant votre invalidité?
☐ Non
☐ Oui. Indiquez son nom _____ Numéro de dossier _____
- La compagnie d'assurance a-t-elle demandé une expertise médicale? ☐ Oui ☐ Non

Ne pas détacher

Inscrire votre numéro d'assurance sociale ►

--	--	--

4. Participation à d'autres régimes

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

☐ Non ☐ Oui, dans le ou les pays suivants : _____

Numéros de sécurité sociale à l'étranger : _____

5. Renseignements sur votre situation de travail

5.1 Date du début de votre emploi actuel ou du dernier emploi occupé _____

année	mois	jour
-------	------	------

5.2 Avez-vous cessé complètement de travailler?

☐ Oui. Date de votre **dernière journée de présence** au travail _____

année	mois	jour
-------	------	------

☐ Non. Combien d'heures par semaine travaillez-vous? _____ heures Quel est votre salaire brut par semaine? _____ \$

5.3 Pour quelles raisons avez-vous cessé partiellement ou complètement de travailler? _____

5.4 Quel est ou quel était le titre de votre emploi? _____

Décrivez brièvement votre travail : _____

5.5 Nom du dernier employeur : _____

Téléphone _____ ind. rég. Poste _____

5.6 Occupez-vous un 2^e emploi? ☐ Non ☐ Oui
 5.7 Actuellement : ■ travaillez-vous à votre compte? ☐ Non ☐ Oui
 ■ possédez-vous une entreprise? ☐ Non ☐ Oui. Indiquez le nom de l'entreprise : _____
5.8 Avez-vous déjà travaillé à votre compte **ou** possédé une entreprise?
☐ Non ☐ Oui. Si l'entreprise a été vendue, dissoute ou fermée, inscrivez à quelle date. _____

année	mois	jour
-------	------	------

6. Renseignements sur les emplois précédents

Énumérez les derniers emplois occupés avant celui qui est mentionné à la section 5.

Nom de l'employeur	Titre de l'emploi	Durée				Raison du départ
		De		À		
		année	mois	année	mois	
		année	mois	année	mois	
		année	mois	année	mois	

Si l'espace est insuffisant, continuez à la section 13.

Inscrire votre numéro d'assurance sociale ▶

--	--	--

7. Renseignements sur votre état de santé

7.1 Depuis quelle date votre état de santé vous rend-il incapable de travailler régulièrement?

_____	_____	_____
année	mois	jour

7.2 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.

7.3 Énumérez tous les médicaments que vous prenez actuellement.

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

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

Traitement	Nom de l'établissement

7.5 Précisez, si possible, les examens spéciaux (radiographie, tapis roulant, 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

7.6 Pouvez-vous vous déplacer sans aide?

☐ Oui	☐ Non. Je me déplace à l'aide	☐ d'une canne	☐ de béquilles
		☐ d'un fauteuil roulant	☐ autre : _____

Inscrire votre numéro d'assurance sociale ▶

--	--	--

8. Renseignements sur vos médecins

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

D ^r _____	☐ Hôpital ☐ CLSC ☐ Clinique
☐ Médecin de famille	Nom de l'établissement : _____
☐ Spécialiste (précisez) : _____	_____
ind. rég. _____	_____
Téléphone _____	Date de votre dernière visite _____
_____	_____
D ^r _____	☐ Hôpital ☐ CLSC ☐ Clinique
☐ Médecin de famille	Nom de l'établissement : _____
☐ Spécialiste (précisez) : _____	_____
ind. rég. _____	_____
Téléphone _____	Date de votre dernière visite _____
_____	_____
D ^r _____	☐ Hôpital ☐ CLSC ☐ Clinique
☐ Médecin de famille	Nom de l'établissement : _____
☐ Spécialiste (précisez) : _____	_____
ind. rég. _____	_____
Téléphone _____	Date de votre dernière visite _____
_____	_____
D ^r _____	☐ Hôpital ☐ CLSC ☐ Clinique
☐ Médecin de famille	Nom de l'établissement : _____
☐ Spécialiste (précisez) : _____	_____
ind. rég. _____	_____
Téléphone _____	Date de votre dernière visite _____
_____	_____

Si l'espace est insuffisant, continuez à la section 13.

9. Renseignements sur vos hospitalisations

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

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

5

Inscrire votre numéro d'assurance sociale ▶

--	--	--

10. Demande de rente d'enfant de personne invalide

10.1 Remplissez le tableau ci-dessous pour chacun des enfants pour lesquels vous voulez demander une rente d'enfant de personne invalide. (Pour connaître les conditions d'admissibilité, consultez les renseignements à ce sujet au début du formulaire.)

1 ^{er}	Sexe ☐ F ☐ M	Nom de famille de l'enfant à la naissance	Prénom	Numéro d'assurance sociale
	Date de naissance année mois jour	Lieu de naissance (ville, province, pays)		Si l'enfant est né à l'extérieur du Québec, veuillez fournir une preuve de naissance délivrée par les autorités civiles.
		Nom de famille de sa mère à la naissance (nom de jeune fille)		Prénom de sa mère
		Nom de famille de son père		Prénom de son père
Adresse de l'enfant ☐ Même adresse que la personne invalide ☐ Autre. Indiquez son adresse :				
S'il ne s'agit pas de votre enfant, indiquez depuis quand il habite avec vous. année mois jour				
2 ^e	Sexe ☐ F ☐ M	Nom de famille de l'enfant à la naissance	Prénom	Numéro d'assurance sociale
	Date de naissance année mois jour	Lieu de naissance (ville, province, pays)		Si l'enfant est né à l'extérieur du Québec, veuillez fournir une preuve de naissance délivrée par les autorités civiles.
		Nom de famille de sa mère à la naissance (nom de jeune fille)		Prénom de sa mère
		Nom de famille de son père		Prénom de son père
Adresse de l'enfant ☐ Même adresse que la personne invalide ☐ Autre. Indiquez son adresse :				
S'il ne s'agit pas de votre enfant, indiquez depuis quand il habite avec vous. année mois jour				
3 ^e	Sexe ☐ F ☐ M	Nom de famille de l'enfant à la naissance	Prénom	Numéro d'assurance sociale
	Date de naissance année mois jour	Lieu de naissance (ville, province, pays)		Si l'enfant est né à l'extérieur du Québec, veuillez fournir une preuve de naissance délivrée par les autorités civiles.
		Nom de famille de sa mère à la naissance (nom de jeune fille)		Prénom de sa mère
		Nom de famille de son père		Prénom de son père
Adresse de l'enfant ☐ Même adresse que la personne invalide ☐ Autre. Indiquez son adresse :				
S'il ne s'agit pas de votre enfant, indiquez depuis quand il habite avec vous. année mois jour				

Si l'espace est insuffisant, continuez à la section 13.

10.2 Si ces enfants n'habitent pas avec vous, **indiquez les sommes que vous déboursez par mois** pour subvenir à leurs besoins, par exemple, les sommes versées en argent (pension alimentaire, frais de scolarité, frais médicaux, etc.) ainsi que toutes les contributions en nature (vêtements, effets scolaires, etc.).

					\$ par mois
--	--	--	--	--	-------------

Inscrire votre numéro d'assurance sociale ➤

--	--	--

11. Demande d'inscription au dépôt direct

Nous vous suggérons de vous inscrire au dépôt direct si vous souhaitez que le paiement de votre rente soit déposé dans un établissement financier canadien. C'est simple et sécuritaire.

Si vous recevez déjà une rente de la Régie par dépôt direct, vos prestations seront versées dans le même compte bancaire. Ne remplissez pas cette section et passez à la **section 12**.

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

Le compte indiqué doit être à votre nom, ou au nom du bénéficiaire si vous faites la demande à sa place. **Joignez un chèque non rempli et inscrivez-y le mot ANNULÉ.** Inscrivez également votre nom et votre numéro d'assurance sociale au dos du chèque.

Avant de signer, assurez-vous d'avoir bien rempli toutes les sections et inscrit votre numéro d'assurance sociale aux endroits indiqués pour éviter de retarder le traitement de votre demande.

12. Déclaration et signature

Je déclare que les renseignements fournis sont complets et exacts.

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

Signature _____ Date _____

année mois jour

Si ce formulaire n'est pas signé par la personne qui demande la rente, veuillez fournir les renseignements demandés ci-après.

Pourquoi la personne qui demande la rente n'a-t-elle pas signé le formulaire? _____

Avez-vous un lien de parenté avec elle? ☐ Non ☐ Oui (précisez) : _____

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

Sexe ☐ F ☐ M	Nom de famille	Prénom	Numéro d'assurance sociale	
	Adresse (numéro, rue, appartement)			
Ville	Province	Pays	Code postal	
Téléphone				
Au domicile		Autre		Poste

0100009 LA



Consentement à communiquer des renseignements médicaux et psychosociaux

Inscrire votre numéro d'assurance sociale ▶

Inscrire votre numéro d'assurance maladie ▶

Écrire en lettres détachées

1. Renseignements sur votre identité

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

2. Consentement et signature

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

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

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

Signature _____ Date

À l'usage du destinataire :

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

ANNEXE B

Rapport médical

Avis au requérant

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

Avis au médecin

Une rente 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 par la Régie des rentes du Québec.

Selon l'article 95 de la *Loi sur le régime de rentes du Québec* :

- Une personne n'est considérée comme invalide que si la Régie la déclare atteinte d'une invalidité physique ou mentale grave et prolongée.
- Une invalidité n'est grave que si elle rend la personne régulièrement incapable de détenir une occupation véritablement rémunératrice.
- En outre, dans le cas d'une personne âgée de 60 ans ou plus, une invalidité est grave si elle rend cette personne régulièrement incapable d'exercer l'occupation habituelle rémunérée qu'elle détient au moment où elle cesse de travailler en raison de son état de santé.
- Une invalidité n'est prolongée que si elle doit vraisemblablement entraîner le décès ou durer indéfiniment.

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

Facturation

L'examen médical nécessaire pour remplir ce rapport médical 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 sont à la charge du requérant.

Besoin d'aide?

Pour vous aider à rédiger le rapport médical, la Régie a publié un ouvrage intitulé ***L'invalidité dans le Régime de rentes – Guide du médecin traitant***. Ce guide précise les éléments nécessaires au médecin évaluateur pour étudier la demande de rente d'invalidité. Si vous ne l'avez pas reçu, consultez-le sur notre site au www.rrq.gouv.qc.ca ou téléphonez à la Régie au numéro 418 657-8709, poste 3252.

Si vous avez des questions, communiquez avec un médecin de la Régie à l'un des numéros suivants :

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 Web et peut être rempli à l'écran.

Veuillez remplir le formulaire et le retourner à :

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

Régie des rentes
Québec



0100050 LE



Rapport médical

Écrire en lettres détachées

Numéro d'assurance sociale du requérant

1. Renseignements sur l'identité du requérant

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		Numéro d'assurance maladie	
Adresse (numéro, rue, appartement)			
Ville	Province	Pays	Code postal
Téléphone Au domicile ind. rég. Autre ind. rég. Poste			

2. Antécédents médicaux et anamnèse

Depuis quand le requérant est-il votre patient?

Énumérez les antécédents médicaux pertinents.

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

Si l'espace est insuffisant, continuez à la section 9.

1

B-076 (09-07)

Numéro d'assurance sociale du requérant ▶

--	--	--

6. Diagnostic et pronostic

Diagnostic	Pronostic

7. Traitement

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

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

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

8. Capacité de travail

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

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

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

Sans tenir compte de son âge et de sa scolarité, peut-il ou pourra-t-il faire un autre travail? ☐ Oui ☐ Non. Pourquoi?

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

3

9. Observations ou commentaires

[illegible]

10. Autres considérations

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

À quel moment pourrait-il y avoir accès? _____

11. Déclaration du médecin

Nom de famille	Prénom	Numéro de permis
Adresse (numéro, rue, bureau)		
Ville	Province	Pays
		Code postal
Téléphone ind. rép. Télécopieur ind. rép.		
☐ Omnipraticien ☐ Spécialiste (précisez) : _____		
Je déclare que les renseignements fournis dans ce rapport sont complets et exacts et que l'état du patient est tel que je l'ai constaté au moment de mon examen clinique.		
Signature du médecin _____		Date année mois jour

Ne pas détacher

INDEX

A

Accident vasculaire cérébral	91
Algodystrophie	89
Alzheimer	86, 94, 127
Amplitudes articulaires	24
Amputation d'un membre inférieur	31
Anémie	42
Anémie pernicieuse	98
Anévrisme	48
Anévrismes de l'aorte	47
Angine atypique	41
Angine stable	42
Angine typique	41
Angiographie	45
Ankylose en position vicieuse	30
Anxiété généralisée	131
Aphasie	87, 91
Apnée du sommeil	73, 74, 79
Arachnoïdite	29
Arthrite septique	32
Arthrose	26
Arythmie	43, 45
Asomatognosie	91
Asthme	64, 66
Asthme bronchique	69, 77
Astrocytome	93
Ataxie	92
Ataxie de Friedreich	94
Autisme	138
Autres arthrites	26

B

Bradykinésie	93
Bronchiectasies	64, 78
Bronchite chronique	66

C

Cancer de l'abdomen, du péritoine, de l'estomac	113
Cancer de l'appareil génito-urinaire et du bassin	114
Cancer de la peau	115
Cancer de la tête et du cou	111
Cancer des extrémités	114
Cancer du cerveau et de la moelle épinière	111
Cancer du poumon	72
Cancer du poumon et du thorax, de la plèvre et du médiastin	112
Cancer du sein	112
Capacité de diffusion pulmonaire	68
Capacité restante	14
Carcinomatose péritonéale	113
Cardiomyopathie	47
Cardiomyopathie hypertrophique	42
Cardiopathie congénitale	46
Cardiopathie coronarienne	41
Cardiopathie hypertensive	40, 44
Cardiopathie valvulaire	47
Carence en B-12	98
Cathétérisme cardiaque	39
Causalgie	89
Chirurgie valvulaire	39
Chordome du clivus	93
Chorée de Huntington	94
Claudication intermittente	49
Cœur pulmonaire	44, 78
Cœur pulmonaire chronique	63
Collagénose	27
Colonne vertébrale	27
Congestion périphérique	40
Congestion pulmonaire	40
Coronaropathie	45
Critères diagnostiques	17

D

Déficience	12
Déficience intellectuelle	137
Déficit respiratoire	64, 66
Dégénérescence combinée subaiguë de la moelle	98
Délabrement de tissus mous	30
Démence	94

Dermite de stase	51
Désarticulation de la hanche	32
Désaturation nocturne	79
Diabète	32
Diagnostic	17
Diplopie	92
Documentation nécessaire	18
Douleur angineuse	42
Douleur chronique	25
Douleur ischémique	49
Douleur thoracique	42
Dysarthrie	87, 92
Dysesthésie	86
Dysfonction ventriculaire	40, 41, 44
Dyskinésie	85
Dysmorphophobie	134
Dysphagie	92
Dysphonie	87
Dyspnée	65, 74
Dystonie	86
Dystrophie musculaire	99

E

Échographie cardiaque	44
Éléphantiasis	52
Emphysème	66, 74
Épendymoblastome	93
Épendymome	93
Épilepsie	85
Épreuve	45
Épreuve d'effort	43, 44, 49, 55
Épreuve de fonction respiratoire	66
Évaluation de l'atteinte respiratoire	64, 69
Examen Mini-Mental de Folstein	94

F

Facteurs personnels, socio-économiques et professionnels	15
Fibrose kystique	77
Fibrose pulmonaire	74
Fonctions cognitives	86
Fondement médical de l'invalidité	14
Fracture par tassement des corps vertébraux	28
Frais de rédaction du rapport médical	19

G

Ganglions métastatiques	115
Gangrène	49
Gastrite	42
Gazométrie artérielle	66
Glioblastome multiforme	93
Gliome malin	93
Goutte	26

H

Handicap	12
Hémianopsie	92
Hémi-parésie	91
Hémi-pelvectomie	32
Hémiplégie	85
Hérédo-ataxie cérébelleuse	94
Hernie discale	29
Hernie hiatale	42
Hypercapnie	66
Hyperréactivité bronchique	69
Hypertension pulmonaire	42, 78
Hypertension pulmonaire chronique	73
Hyperventilation	42
Hypoxémie	66

I

Incapacité	12
Incapacités multiples ou associées	16
Index cheville-bras	49
Infarctus du myocarde	39, 41
Infection grave des tissus mous	30
Infections respiratoires	72, 78
Instabilité articulaire	30
Insuffisance artérielle	49, 50
Insuffisance artérielle des membres	48
Insuffisance cardiaque	40, 43, 78
Insuffisance respiratoire épisodique	64
Insuffisance veineuse	50, 51
Investigation	16
Ischémie cérébrale transitoire	85
Ischémie silencieuse	41

L

Lésions musculaires, tendineuses, nerveuses, vasculaires	30
Leucémie	116
Limitation fonctionnelle	13
Luxation	30
Lymphangite	52
Lymphoedème	52
Lymphome hodgkinien et non hodgkinien	116

M

Maladie du neurone moteur	85
Maladie pulmonaire chronique	74
Maladie pulmonaire obstructive chronique	66
Maladie vasculaire périphérique	31
Médulloblastome	93
Méningiome	93
Mesure des volumes pulmonaires	68
Moignon trop court	31
Mucoviscidose	64
Myasthénie	85
Myasthénie grave	99
Mycose	72
Mycosis fongoïde	115
Myélome multiple	29
Myélopathie	96

N

Neuropathie périphérique	98
Névralgie	89
Névrose traumatique	132

O

Obésité	74, 79
Obésité morbide	67
Œdème pulmonaire ou périphérique	40
Œsophagite	42
Oligodendrogliome	93
Organes-cibles	31
Ostéodensitométrie	28
Ostéomyélite	32
Ostéoporose	28

P

Pancréatite	42
Parkinson.	89
Perfusion myocardique	39, 56
Péricardite	42
Personnalité antisociale.	135
Personnalité borderline	136
Personnalité dépendante.	136
Personnalité évitante.	136
Personnalité histrionique	136
Personnalité narcissique	136
Personnalité obsessionnelle-compulsive	136
Personnalité paranoïde	135
Personnalité passive-agressive.	136
Personnalité schizo-typique.	135
Personnalité schizoïde	135
Phénomène de Raynaud.	52
Phlébographie	51
Pléthysmographie	51, 68
Pneumoconioses.	67, 77
Poliomyélite	97
Polyarthrite rhumatoïde	26
Prinzmetal	41
Prolapsus mitral.	42
Pronostic	17
Pseudarthrose	30
Pseudo-goutte	26
Psoriasis	27

Q

Quadriparésie	91
-------------------------	----

R

Radiculopathie.	96
Réadaptation	16
Rédaction du rapport.	18
Réponse à un bronchodilatateur	69
Restriction fonctionnelle	13
Résultats d'examen.	14
Revascularisation	39
Rôle de l'équipe médicale de la Régie	19
Rôle du médecin traitant	17

S

Sarcome	93
Sarcome de Kaposi	115
Sarcome rétropéritonéal	113
Scintigraphie au thallium	44
Sclérose en plaques	85, 95
Sclérose latérale amyotrophique	96
Séquelle de brûlure	30
Signe	14
Spasme œsophagien	42
Spirométrie	66
Spondylarthrite	67
Spondylarthropathies séronégatives	26
Sténose aortique sévère	42
Sténose spinale	29
Subluxation	30
Symptôme	14
Syncope	45
Syndrome bipolaire	130
Syndrome dépressif	130
Syndrome maniaque	130
Syndrome post-phlébitique	50
Syndrome post-polio	97
Syndrome pseudobulbaire	92
Syndrome spinothalamique	89
Syringomyélie	97
Système nerveux autonome	89

T

Tabès dorsalis (syphilis)	98
Traitement	16
Transplantation cardiaque	39, 47
Traumatisme cérébral	95, 127
Tremblement	93
Trouble de conversion	134
Trouble de somatisation	134
Trouble du comportement	95
Trouble hypochondriaque	134
Trouble obsessionnel-compulsif	132
Trouble panique	132
Trouble phobique	132
Troubles anxieux	131

Troubles cognitifs	79, 95
Troubles cognitifs (démence de type Alzheimer).	127
Troubles de dépendance pharmacologique	137
Troubles de l'humeur.	130
Troubles de la personnalité	135
Troubles mentaux chroniques	126
Trouble somatoforme douloureux	134
Trouble somatoforme indifférencié	134
Troubles psychotiques.	128
Troubles somatoformes.	133
Troubles trophiques.	30
Tuberculose	72, 78
Tumeur cérébrale	85, 92
Tumeurs de la colonne	29

U

Ulcère gastro-duodéal	42
---------------------------------	----

V

Varices.	51
Ventriculographie.	39
Ventriculographie radio-isotopique	56
Vigilance	95

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

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

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

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

www.rrq.gouv.qc.ca