

**CHAPITRE 13**  
**AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES**

**13.01 - Affections cardio-vasculaires - Directives générales**

1. En évaluant une invalidité, il est tout d'abord important de poser un diagnostic précis de la cause des symptômes et des signes imputables à une affection cardio-vasculaire, puis de faire la distinction entre les causes de ces symptômes qui pourraient ouvrir droit à une pension et celles qui ne le pourraient pas.
2. Le titulaire d'une pension à l'égard d'une bronchite chronique avec emphysème peut souffrir de défaillance cardiaque due entièrement à l'affection de la poitrine qui lui ouvre droit à une pension et l'invalidité qui en résulte peut être évaluée en conséquence si le titulaire ne souffre pas d'une affection cardio-vasculaire qui n'ouvre pas droit à une pension.
3. Le titulaire d'une pension à l'égard d'une cardiopathie ischémique peut souffrir de dyspnée causée par une affection de la poitrine entre autres, tout comme de l'affection qui lui ouvre droit à une pension; si possible, on doit établir la distinction entre les facteurs qui ouvrent droit à une pension et ceux qui n'y ouvrent pas droit.
4. Lorsque le droit à une pension est reconnu à l'égard d'une affection bien définie, tel que le coeur irritable (asthénie neuro-circulatoire), une cardiopathie vasculaire ou une myocardite, on doit accepter une évaluation stabilisée, mais il n'y a aucune raison de reconnaître le droit à une pension à l'égard d'une invalidité résultant d'autres causes.
5. L'invalidité résultant de conséquences directes de l'hypertension peut être évaluée sous ce diagnostic.
6. Lorsqu'un titulaire d'une pension à l'égard de l'hypertension est atteint d'une cardiopathie ischémique qui, de l'avis des médecins, n'est pas entièrement causée par l'hypertension, le lien qui existe entre ces deux affections doit être étudié sur demande.
7. Dans les cas susmentionnés et dans des situations analogues, il incombe au personnel de l'Anciens Combattants Canada d'informer le pensionné ou son avocat, ou les deux, de la distinction entre une invalidité ouvrant droit à une pension et une invalidité qui n'ouvre pas droit à une pension et du droit de présenter une demande à l'égard de toute affection n'ouvrant pas droit à une pension.

**CHAPITRE 13**  
**AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES**

8. Lors de chaque examen visant à évaluer l'invalidité résultant d'une affection cardio-vasculaire aux fins de l'obtention d'une pension, le spécialiste devrait être prié de mentionner la cote de classification fonctionnelle et thérapeutique. Si ce dernier ne peut se prononcer, le médecin examinateur des pensions devra donner son avis, afin d'établir le fondement de l'évaluation de l'invalidité. Les symptômes, les diagnostics, la réaction au traitement, l'état postopératoire et les autres facteurs doivent être consignés au dossier et pris en considération.

**13.02 Évaluation de l'invalidité résultant d'affections cardio-vasculaires**

Les tableaux annexés à l'article 13.02 fondés sur la classification fonctionnelle et thérapeutique, sont utilisés pour toutes les affections cardio-vasculaires. Toutefois, l'évaluation peut être modifiée à la lumière du pronostic, de la réaction au traitement et des autres facteurs de l'affection, dans chaque cas.

**TABLEAU 1 ANNEXE A L'ARTICLE 13.02**

**TABLEAU DE LA CAPACITÉ FONCTIONNELLE (CLASSIFICATION DES MALADES)**

<b><u>Catégorie</u></b> <b>1</b>	Malades avec une affection cardiaque, mais dont l'activité physique n'est pas limitée pour autant. L'activité physique normale n'entraîne ni fatigue, ni palpitation, ni dyspnée, ni douleur angineuse indue.
<b><u>Catégorie</u></b> <b>2</b>	Malades avec une affection cardiaque dont l'activité physique est légèrement limitée. L'activité physique normale entraîne la fatigue, les palpitations, la dyspnée, les douleurs angineuses.
<b><u>Catégorie</u></b> <b>3</b>	Malades avec une affection cardiaque dont l'activité physique est très limitée. Le moindre effort entraîne la fatigue, les palpitations, la dyspnée, les douleurs angineuses.
<b><u>Catégorie</u></b> <b>4</b>	Malades avec une affection cardiaque qui sont tout à fait incapables du moindre effort ou de la moindre activité sans - ressentir des malaises. Les symptômes d'insuffisance cardiaque ou le syndrome angineux peuvent être présents même si le malade est au repos. Toute activité physique à ce moment, exacerbe les malaises.

**TABLEAU 2 ANNEXE A L'ARTICLE 13.02**

**TABLEAU DE LA CLASSIFICATION THÉRAPEUTIQUE (CLASSIFICATION DES MALADES)**

<b><u>Catégorie</u></b> <b>A</b>	Malades avec une affection cardiaque pour lesquels il n'y a pas lieu de restreindre l'activité physique.
<b><u>Catégorie</u></b> <b>B</b>	Malades avec une affection cardiaque pour lesquels il n'y a pas lieu de restreindre l'activité physique normale, mais qui devraient être mis en garde contre les efforts physiques, violents ou compétitifs.
<b><u>Catégorie</u></b> <b>C</b>	Malades avec une affection cardiaque pour lesquels il y aurait lieu de restreindre un peu l'activité physique normale et de formellement déconseiller tout effort violent.
<b><u>Catégorie</u></b> <b>D</b>	Malades avec une affection cardiaque pour lesquels il y aurait lieu de restreindre de façon marquée l'activité physique normale.
<b><u>Catégorie</u></b> <b>E</b>	Malades avec une affection cardiaque pour lesquels le repos complet est conseillé, soit au lit ou dans un fauteuil.

**TABLEAU 3 ANNEXE A L'ARTICLE 13.02**

<b>COTE DE CLASSIFICATION FONCTIONNELLE-THERAPEUTIQUE</b>		
Catégorie 1	A ou B	0 à 20%
Catégorie 2	B ou C	25 à 50%
Catégorie 3	C	50 à 70%
Catégorie 4	D	70 à 85%
Catégorie 5	E	85 to 100%

**CHAPITRE 13**  
**AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES**

**13.03 - Évaluation de l'invalidité à la suite du traitement d'une défaillance cardiaque globale**

A la suite du traitement d'une défaillance cardiaque globale ou d'un infarctus du myocarde, l'invalidité est estimée à 100 p. 100; cette évaluation doit faire l'objet d'une révision obligatoire six mois après la sortie de l'hôpital. Elle est portée à 75 p. 100 au moins pour les six mois subséquents, aux termes desquels, une révision obligatoire sera effectuée. Par la suite, l'invalidité sera estimée d'après la note de classification fonctionnelle-thérapeutique.

**13.04 - Hypertension et maladie hypertensive**

1. L'hypertension sans complication peut entraîner une invalidité en raison de la surveillance, des soins et d'autres facteurs dont il faut tenir compte. Une invalidité pouvant aller jusqu'à 10 p. 100 peut être établie lorsque la pression diastolique est généralement inférieure à 110, et même à 20 p. 100, si la pression diastolique est supérieure à cette lecture. L'évaluation en sera faite d'après la cote de classification fonctionnelle-thérapeutique, si cela est favorable.
2. Les complications découlant de l'hypertension appartiennent à deux catégories:
  - (a) Complications directes - hypertrophie ventriculaire gauche (HYG), insuffisance cardiaque, etc.
  - (b) Complications indirectes - aggravation des symptômes artérioscléreux qui se manifestent dans l'organisme, occasionnant une thrombose artérielle, une embolie ou une hémorragie.
3. Les complications directes peuvent faire l'objet d'une évaluation plus élevée, sans qu'il soit nécessaire de procéder à d'autres démarches. Par contre, les complications indirectes doivent faire l'objet d'un examen supplémentaire, en ce qui regarde l'artériosclérose, quels que soient les symptômes éprouvés. Auparavant, on accordait parfois une compensation plus élevée à l'égard des complications indirectes (affections artérioscléreuses) de l'hypertension, sans examen additionnel. Ces dernières étaient alors facilement identifiables, étant assimilées aux évaluations à l'égard de l'hypertension atteignant 30 p. 100 ou plus. Advenant des complications additionnelles, d'autres démarches devront alors être entreprises dans le but d'obtenir une compensation plus élevée.

**CHAPITRE 13**  
**AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES**

(suite)

**13.05 - Chirurgie cardiaque**

L'évaluation de l'invalidité qui résulte d'une cure chirurgicale est de 100 p. 100 et doit faire l'objet d'une révision obligatoire après six mois.

Par la suite, l'évaluation ne peut être inférieure à 50 p. 100 pour les six mois subséquents.

**13.06 - Cardiopathie rhumatismale**

L'invalidité résultant d'une cardiopathie rhumatismale à la suite du traitement d'une cardite active sera évaluée à 100 p. 100 et fera l'objet d'une révision obligatoire après six mois.

**13.07 - Affection cardio-vasculaire syphilitique**

L'invalidité résultant d'une affection cardio-vasculaire syphilitique est évaluée à la lumière du paragraphe 22(3) de la Loi sur les pensions et de la cote de classification fonctionnelle-thérapeutique qui figure au tableau 3 annexé à l'article 13.02 de la Table des invalidités.

**13.08 - Maladie vasculaire périphérique - renseignements généraux**

1. La maladie vasculaire périphérique a trait à une affection des vaisseaux des membres et peut même atteindre l'aorte et la veine cave.
2. Une invalidité permanente par suite d'une maladie vasculaire périphérique peut résulter:
  - a) de la réduction du débit sanguin, imputable à une affection artérielle, ou
  - b) d'une altération du retour veineux.
3. Le droit à pension à l'égard d'une affection du système veineux peut être limité aux veines superficielles sous le diagnostic de varices. Le droit à pension à l'égard de la thrombose d'une veine profonde comprendra les varices superficielles qui peuvent survenir par suite de l'oblitération d'une veine profonde.

**CHAPITRE 13**  
**AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES**

4. Le droit à pension est reconnu distinctement à l'égard d'une maladie artérielle ou veineuse à l'exception de la thromboangéite oblitérante lorsque les modifications pathologiques atteignent à la fois le système artériel et le système veineux.
5. Lorsque le droit à pension ne fait pas mention du système, veineux ou artériel, le terme maladie vasculaire périphérique, selon l'usage, se rapporte uniquement à une affection des artères.

**13.09 - Évaluation de la maladie vasculaire périphérique**

Les tableaux annexés à l'article 13.09 relativement à la maladie vasculaire périphérique comprennent le tableau 1 pour les troubles artériels périphériques et le tableau 2 pour les troubles veineux périphériques.

**TABLEAU 1 ANNEXE A L'ARTICLE 13.09****TROUBLES ARTÉRIELS PÉRIPHÉRIQUES**

1.	Aucune claudication intermittente ou douleur de décubitus. Diagnostic fondé sur la perte de pouls ou une calcification des artères décelée par l'examen radiologique, ou les deux à la fois, une rougeur déclive probable	Aucune
2.	Claudication intermittente après avoir marché sur une distance de 400 mètres au pas normal, soulagée par le repos. Intolérance minimale au froid. Rougeur déclive	0'à 10%
3.	Claudication intermittente après avoir marché sur une distance de 100 mètres au pas normal et douleur intermittente possible au repos. Modifications atrophiques avec preuve d'une ulcération imminente	10 à 20%
4.	Claudication intermittente après avoir marché sur une distance de moins de 25 mètres au pas normal et récidivante au repos. Ulcération ou gangrène imminente	20 à 40%
5.	Les amputations par suite de troubles artériels seront évaluées selon le bien-fondé du cas conformément aux évaluations relatives aux amputations.	
6.	Les amputations des membres supérieurs par suite de troubles artériels sont rares et seront évaluées selon le bien-fondé du cas.	



TABLEAU 2 ANNEXE A L'ARTICLE 13.09 - ÉVALUATION DE VARICES ET DE THROMBOPHLÉBITES PROFONDES						
ÉVALUATION	SYMPTOMES	DISTRIBUTION ANATOMIQUE	OEDEME	PEAU	BAS ELASTIQUES	HYPERTROPHIE
0% à 5%	Discrets	Bilatérale, au-dessous des genoux	Aucun à minime	Aucune modification	Aucun	Aucune
	Discrets	Unilatérale, au-dessus et au-dessous du genou	Aucun à minime	Aucune modification	Aucun	Aucune
5% à 10%	Discrets	Bilatérale, au-dessus et au-dessous des genoux	Minime	Aucune modification ni desquamation sèche	Aucun	Aucune
	Discrets	Unilatérale, au-dessus et au-dessous du genou	Discret	Aucune modification ni desquamation sèche	Possible	Aucune
10% à 20%	Modérés	Atteinte bilatérale importante	Discret	Bronzage probable	Peut ou ne peut pas en porter	Possible
	Modérés	Atteinte unilatérale grave	Discret	Bronzage et atrophie cutané précoce	Peut ou ne peut pas en porter	Possible
20% à 30%	Prononcés	Atteinte bilatérale ou unilatérale grave	Modéré	Bronzage, desquamation, ulcère guéri possible ou ulcération chronique discrète	Probable	Probable

Les cas dont l'invalidité est plus grave seront évalués selon le degré d'invalidité. Les affectations des veines des membres supérieures sont rares et seront évaluées selon le degré d'invalidité observé, dans chaque cas.