

Chapitre 20

AFFECTIONS NEUROLOGIQUES

Introduction

Ce chapitre contient les critères permettant d'évaluer les affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité résultant des affections du système nerveux central et périphérique (cerveau, nerfs crâniens et nerfs périphériques).

Ce chapitre est divisé en trois sections. La première contient les critères permettant d'évaluer la déficience liée à la fonction cérébrale. La deuxième contient les critères permettant d'évaluer la déficience des nerfs crâniens et des nerfs périphériques. La troisième contient les critères permettant d'évaluer la déficience liée aux crises d'épilepsie, à la narcolepsie et à la cataplexie, aux maux de tête et à diverses affections neurologiques.

Aucune cote n'est attribuée dans ce chapitre pour les affections énumérées ci-dessous. Chaque puce indique le chapitre à utiliser.

- La déficience liée à la compression radiculaire des nerfs rachidien/sciatique est cotée au chapitre 17, Affections musculosquelettiques.
- La déficience liée aux lésions ou maladies de la moelle épinière portant atteinte aux membres supérieurs seulement ou aux membres inférieurs seulement (mais non aux deux) est cotée au chapitre 17, Affections musculosquelettiques.
- La déficience liée aux lésions ou maladies de la moelle épinière portant atteinte aux membres supérieurs et aux membres inférieurs est cotée au chapitre 19, Activités de la vie quotidienne.
- La déficience liée à la polyneuropathie qui affecte la fonction des membres supérieurs et des membres inférieurs est cotée au chapitre 19, Activités de la vie quotidienne.
- La déficience liée aux traumatismes crâniens ou maladies du cerveau affectant les membres supérieurs seulement ou les membres inférieurs seulement (mais non les deux) est cotée au chapitre 17, Affections musculosquelettiques.

- La déficience liée aux affections neurologiques qui ont des effets multiples ou globaux sur le système organique comme la sclérose en plaques et la sclérose latérale amyotrophique (SLA) est cotée au chapitre 19, Activités de la vie quotidienne.
- La déficience liée à l'apnée du sommeil est cotée au chapitre 12, Affections cardiorespiratoires.
- La déficience liée au déséquilibre est cotée au chapitre 9, Hypoacousie et affections de l'oreille.
- La déficience liée aux troubles psychiatriques est cotée au chapitre 21, Affections psychiatriques.
- La déficience liée aux traumatismes crâniens ou maladies du cerveau ayant **uniquement** des effets sur les membres supérieurs et inférieurs est cotée au chapitre 19, Activités de la vie quotidienne.

Note : Les traumatismes crâniens ou maladies du cerveau qui donnent lieu à des déficits multiples (p. ex. traumatisme crânien ou accident vasculaire cérébral entraînant des déficiences cognitives, psychiatriques et physiques) sont cotés en fonction du cas.

La déficience liée aux affections neurologiques malignes est cotée au chapitre 18, Affections malignes. Suivre les étapes indiquées dans ce chapitre.

Tableaux et graphiques de cotation

Ce chapitre contient cinq tableaux « Perte fonctionnelle » et huit tableaux « Autres déficiences » que l'on peut utiliser pour évaluer les affections neurologiques ouvrant droit à des indemnités d'invalidité. Il contient également deux graphiques de référence qui décrivent les effets d'une perte fonctionnelle d'un nerf crânien ou d'un nerf périphérique.

Tableaux et graphiques de ce chapitre :

Tableau 20.1	Perte fonctionnelle - Fonction cognitive	Ce tableau permet de coter la déficience de la fonction cognitive.
Tableau 20.2	Perte fonctionnelle - Parole et expression	Ce tableau permet de coter la déficience de la parole et/ou de l'expression.
Tableau 20.3	Perte fonctionnelle - Compréhension	Ce tableau permet de coter la déficience de la compréhension.
Tableau 20.4	Perte fonctionnelle - Nerfs crâniens	Ce tableau permet de coter la déficience de la fonction des nerfs crâniens.
Tableau 20.5	Perte fonctionnelle - Nerfs périphériques	Ce tableau permet de coter la déficience de la fonction des nerfs périphériques.
Tableau 20.6	Autres déficiences - Crises d'épilepsie	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux crises d'épilepsie - graves et bénignes.
Tableau 20.7	Autres déficiences - Narcolepsie et cataplexie	Ce tableau permet de coter la déficience liée à la narcolepsie et à la cataplexie.
Tableau 20.8	Autres déficiences - Maux de tête	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux maux de tête.
Tableau 20.9	Autres déficiences - Affections neurologiques diverses	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections neurologiques diverses.
Graphique 1	Graphique de la fonction des nerfs crâniens	Ce graphique de référence décrit l'effet d'une perte fonctionnelle totale d'un nerf crânien.
Graphique 2	Graphique de la fonction des nerfs périphériques	Ce graphique de référence décrit l'effet d'une perte fonctionnelle totale d'un nerf périphérique.

Section 1**Évaluer la déficience de la fonction cérébrale****Tableaux pouvant être utilisés pour coter la déficience liée aux affections cérébrales :**

Tableau 20.1	Perte fonctionnelle - Fonction cognitive	Ce tableau permet de coter la déficience de la fonction cognitive.
Tableau 20.2	Perte fonctionnelle - Parole et expression	Ce tableau permet de coter la déficience de la parole et/ou de l'expression.
Tableau 20.3	Perte fonctionnelle - Compréhension	Ce tableau permet de coter la déficience de la compréhension.

Cette section permet de coter la déficience liée à des affections comme les accidents vasculaires cérébraux, la démence et d'autres troubles cognitifs (p. ex. traumatisme crânien).

Fonction cognitive

La fonction cognitive a trait à des aspects de la connaissance comme l'acquisition (apprentissage), la rétention et le rappel (mémoire), et l'utilisation (raisonnement et résolution de problème). La cote établie à l'aide du **tableau 20.1** ne doit porter que sur les déficits cognitifs qui étaient présents avant le début de l'affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité.

Les déclarations volontaires de détérioration de la fonction mentale doivent être interprétées avec prudence. La démence est souvent associée à une absence de lucidité ou à une tendance à nier la perte de capacité. Les plaintes au sujet des pertes de mémoire sont plus souvent liées à des symptômes de dépression qu'à de véritables déficits de la mémoire. En cas de doute sur la nature ou l'ampleur du déficit, des examens neuropsychiatriques peuvent s'avérer nécessaires.

Lors de l'évaluation d'affections neurologiques qui influent sur la fonction cognitive, il faut utiliser le Tableau 20.1 – Perte fonctionnelle - Fonction cognitive. Il est également possible d'appliquer une cote de déficience en fonction du Tableau 20.2 – Perte fonctionnelle - Parole et expression ou du Tableau 20.3 – Perte fonctionnelle - Compréhension. Il faut additionner les cotes de déficience lorsqu'on utilise plus d'un tableau.

Remarque : Les blessures ou maladies cérébrales qui entraînent des déficits multiples (p. ex. traumatisme crânien ou accident vasculaire cérébral entraînant des déficiences cognitives, psychiatriques et physiques) sont cotées en fonction du cas.

Communication

La communication comporte deux éléments: expression et compréhension. L'expression est la capacité de transmettre le contenu de sa pensée. La compréhension est l'entendement de la parole et des gestes, la reconnaissance des images et des sons et l'orientation spatiale et temporelle.

L'expression et la compréhension doivent être cotées séparément à l'aide du **tableau 20.2** et du **tableau 20.3** respectivement. Les cotes de déficience établies à partir de ces tableaux doivent être additionnées lorsque les critères s'appliquent aux deux. Les cotes de déficience établies à partir de ces tableaux ne doivent pas tenir compte des déficits de communication qui étaient présents avant le début de l'affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité.

Les **tableaux 20.2** et **20.3** doivent être utilisés pour coter la déficience liée aux affections neurologiques ou neuromusculaires ainsi que les lésions locales impliquant les mécanismes de production de la parole.

Ce chapitre ne sert pas à évaluer la communication limitée par la perte de la vision, la perte de l'audition ou la perte de la fonction de la main.

Perte fonctionnelle - Fonction cognitive

Le **tableau 20.1** permet de coter la déficience liée aux affections cérébrales qui influent sur la fonction cognitive. Le tableau contient trois colonnes (catégories) qui sont cotées indépendamment. Les cotes sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

S'il faut coter plusieurs affections à l'aide du **tableau 20.1**, elles sont regroupées aux fins de l'évaluation.

Si les affections cognitives ouvrant droit à des prestations d'invalidité entraînent une déficience permanente d'autres systèmes de l'organisme, il faut rendre une décision relative à une affection consécutive. Si celle-ci est favorable, la déficience de ce système organique sera cotée à l'aide des tableaux pertinents sur les systèmes et appareils de l'organisme.

Si des affections n'ouvrant pas droit à des indemnités d'invalidité ou des affections cotées dans un autre chapitre/tableau de la Table des invalidités contribuent à la déficience globale, il faut alors utiliser le Tableau des contributions partielles pour établir la cote correspondant à l'affection ou aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Perte fonctionnelle - Parole et expression

Le **tableau 20.2** permet de coter la déficience liée aux affections cérébrales qui influent sur la parole et/ou la capacité d'écrire. Le tableau contient trois colonnes (catégories) qui sont cotées indépendamment. Les cotes sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

S'il faut coter plusieurs affections à l'aide du **tableau 20.2**, elles sont regroupées aux fins de l'évaluation.

Si les affections de la parole et de l'expression ouvrant droit à des indemnités d'invalidité entraînent une déficience permanente d'autres systèmes de l'organisme, il faut rendre une décision relative à une affection consécutive. Si celle-ci est favorable, la déficience de ce système organique sera cotée à l'aide des tableaux pertinents sur les systèmes et appareils de l'organisme.

Si des affections n'ouvrant pas droit à des indemnités d'invalidité ou des affections cotées dans un autre chapitre/tableau de la Table des invalidités contribuent à la déficience globale, il faut alors utiliser le Tableau des contributions partielles pour établir la cote correspondant à l'affection ou aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce chapitre.

Perte fonctionnelle - Compréhension

Le **tableau 20.3** permet de coter la déficience liée aux affections cérébrales qui influent sur la compréhension du langage oral ou écrit ou les deux. On ne peut choisir qu'une cote. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

S'il faut coter plusieurs affections à l'aide du **tableau 20.3**, elles sont regroupées aux fins de l'évaluation.

Si les affections de la compréhension ouvrant droit à des indemnités d'invalidité entraînent une déficience permanente d'autres systèmes de l'organisme, il faut rendre une décision relative à une affection consécutive. Si celle-ci est favorable, la déficience de ce système organique sera cotée à l'aide des tableaux pertinents sur les systèmes et appareils de l'organisme.

Si des affections n'ouvrant pas droit à des indemnités d'invalidité ou des affections cotées dans un autre chapitre/tableau de la Table des invalidités contribuent à la déficience globale, il faut alors utiliser le Tableau des contributions partielles pour établir la cote correspondant à l'affection ou aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Tableau 20.1 - Perte fonctionnelle - Fonction cognitive

On ne peut attribuer qu'une cote à l'aide du **tableau 20.1**. Chaque colonne du **tableau 20.1** est cotée indépendamment. Si plus d'une cote s'applique dans une colonne, la plus élevée est retenue pour cette colonne. Les cotes de chaque colonne sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Chaque puce (•) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **tableau 20.1**, un seul critère doit être respecté à un niveau de déficience pour que cette cote soit choisie.

Tableau 20.1 - Perte fonctionnelle - Fonction cognitive

Cote	Fonction cognitive	Symptôme émotionnel et comportemental	Soins personnels
Zéro	<ul style="list-style-type: none"> Raisonnement et mémoire comparables à ceux des pairs. 	<ul style="list-style-type: none"> Pas de difficultés émotionnelles et/ou comportementales. 	<ul style="list-style-type: none"> Tout à fait capable d'assumer les soins personnels.
Neuf	<ul style="list-style-type: none"> Bonne utilisation du savoir accumulé et jugement raisonnable exercé dans les activités quotidiennes la plupart du temps. Des difficultés surviennent dans des circonstances nouvelles; ou Déficience de la mémoire: perd des objets et a de plus en plus de difficulté à se rappeler les noms et les rendez-vous. Peut apprendre, mais à un rythme plus lent qu'auparavant. La déficience a peu d'effet sur la vie quotidienne en raison de compensations: notes écrites, calendriers, listes de contrôle et conjoint. 	<ul style="list-style-type: none"> Peut avoir de légers symptômes d'anxiété et/ou de dépression à l'égard des difficultés cognitives; ou Peut avoir un seuil de tolérance à la frustration assez bas. 	

Cote	Fonction cognitive	Symptôme émotionnel et comportemental	Soins personnels
Treize	<ul style="list-style-type: none"> • Difficulté face à l'exécution de plusieurs tâches que les collègues peuvent remarquer et qui diminue le rendement; ou • Orienté sauf en ce qui concerne les relations temporelles. 	<ul style="list-style-type: none"> • Résiste aux soins prodigués ou est apathique. 	<ul style="list-style-type: none"> • Peut avoir à être encouragé à s'habiller, à faire sa toilette et à s'occuper de soi.
Vingt-trois	<ul style="list-style-type: none"> • Difficulté fréquente à se remémorer des détails d'expériences récentes; ne donne pas suite aux intentions ou obligations; tend à se perdre plus facilement dans des endroits non familiers; ou • Difficulté à résoudre des problèmes: désavantage important dans des situations nécessitant une prise de décision complexe ou lors d'activités non routinières. Réduction de la capacité à la réflexion abstraite (p. ex. pierre qui roule n'amasse pas mousse). 		
Trente-deux		<ul style="list-style-type: none"> • Peut exhiber un comportement soupçonneux et/ou des délires occasionnels; ou • Errance au moins une fois par semaine. Le jugement dans les relations sociales peut être déficient. 	<ul style="list-style-type: none"> • A besoin d'aide et/ou de supervision pour la plupart des soins personnels.

Cote	Fonction cognitive	Symptôme émotionnel et comportemental	Soins personnels
Quarante-neuf	<ul style="list-style-type: none"> • Ne peut pas agir de façon autonome dans des situations nouvelles ou complexes; ou • Grave déficit de la mémoire; difficulté extrême à s'occuper de ses finances, organiser des activités, avoir des relations sociales, etc.; ou • Désorienté sur le plan temporel et spatial mais reste orienté vers les gens. 	<ul style="list-style-type: none"> • Paranoïa (le conjoint empoisonne sa nourriture) et délire presque tous les jours; ou • Difficulté de comportement social s'exprimant par un comportement agressif envers le dispensateur de soins ou d'autres; ou • Exhibe un comportement sexuel inconvenant; ou • Errance constante le jour et la nuit. 	<ul style="list-style-type: none"> • Incapable de vivre de façon autonome et a besoin de supervision pour ne pas se blesser (incendie en oubliant d'éteindre une cigarette ou un appareil ménager); ou • Incontinence fréquente (plus d'une fois par semaine à l'état de veille).
Quatre-vingt-un	<ul style="list-style-type: none"> • Incapable de planifier l'activité la plus simple; ou • Incapable d'acquiescer ou de se rappeler une information nouvelle; ou • Grave perte de mémoire, il ne reste plus que des fragments; ou • Incapable de prendre une décision ou de résoudre un problème; ou • Complètement désorienté et inconscient de ce qui l'entoure. 	<ul style="list-style-type: none"> • Délire et hallucinations presque constamment dans la journée; ou • Trouble du comportement social s'exprimant par un comportement sexuel ou social nettement inconvenant; ou • Violent envers le dispensateur de soins ou d'autres; ou • Errance dérangeante jour et nuit. 	<ul style="list-style-type: none"> • Incapable de s'occuper de soi à aucun moment; ou • Incontinence complète.

Tableau 20.2 - Perte fonctionnelle - Parole et expression

On ne peut attribuer qu'une cote à l'aide du **tableau 20.2**. Chaque colonne du **tableau 20.2** est cotée indépendamment. Si plus d'une cote s'applique dans une colonne, on choisit la **plus élevée** pour la colonne. Les cotes de chaque colonne sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Chaque puce (•) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **tableau 20.2**, tous les critères désignés à ce niveau de cote doivent être respectés.

Tableau 20.2 - Perte fonctionnelle - Parole et expression

Cote	Critères		
	Parole	Conversation	Aptitude à l'écriture
Zéro	<ul style="list-style-type: none"> • Parole normale. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacité conversationnelle normale. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de difficulté à écrire.
Quatre	<ul style="list-style-type: none"> • L'intensité de la parole et la qualité vocale sont suffisantes pour la plupart des besoins quotidiens, p.ex. : <ul style="list-style-type: none"> – parole normale, mais incapable de crier; ou – doit parfois répéter plusieurs fois; ou – incapable de produire certaines phonèmes; ou – peut parler pendant plus de 10 minutes, mais avec de la difficulté: hésite et cherche ses mots; ou – est enroué en permanence. 	<ul style="list-style-type: none"> • Difficulté à entamer la conversation, hésite et cherche parfois ses mots. 	
Neuf	<ul style="list-style-type: none"> • L'intensité de la parole et la qualité vocale sont suffisantes pour bon nombre des besoins quotidiens, p. ex.: <ul style="list-style-type: none"> – est entendu dans un milieu peu bruyant, mais difficilement dans les véhicules ou les lieux publics; ou – fait souvent des erreurs, mais est facilement compris par des étrangers; ou – parle lentement ou de façon décousue donnant nettement l'impression d'avoir de la difficulté. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilise des phrases simples pour parler de sujets familiers et a du mal à expliquer des idées longues et complexes. 	

Cote	Critères		
	Parole	Conversation	Aptitude à l'écriture
Dix-huit	<ul style="list-style-type: none"> • L'intensité de la parole et la qualité vocale sont suffisantes pour une partie des besoins quotidiens, p. ex.: <ul style="list-style-type: none"> – est entendu dans des endroits calmes, mais très difficilement dans un milieu le moins bruyant; la voix s'éteint rapidement; ou – est compris de la famille et des amis, mais difficilement des étrangers; ou – a besoin de répéter souvent; ou – ne peut parler que pendant de brefs instants; se fatigue rapidement. 	<ul style="list-style-type: none"> • Est incapable d'engager la conversation. Mais avec un effort considérable, peut répondre avec des phrases simples. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dysgraphie* modérée. Incapable d'écrire plus que de courtes phrases qui contiennent de nombreuses fautes d'orthographe, p. ex. difficulté à remplir les formulaires de banque.
Vingt-six	<ul style="list-style-type: none"> • L'intensité de la parole et la qualité vocale sont suffisantes pour seulement quelques-uns des besoins quotidiens, p. ex. : <ul style="list-style-type: none"> – ne peut produire qu'un chuchotement, inaudible au téléphone; ou – ne peut produire que quelques phonèmes évoquant des mots, mais ceux-ci sont inintelligibles hors contexte; ou – ne peut énoncer que de courtes phrases ou des mots isolés à un débit inconstant ou trop lent pour être fonctionnel. 	<ul style="list-style-type: none"> • Est limité à des mots isolés ou à des phrases sociales familières ou stéréotypées nécessitant un grand effort de la part de l'auditeur. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dysgraphie* marquée. Ne peut écrire que quelques mots usuels, p. ex. articles d'une liste d'épicerie ou noms des proches.
Trente-quatre	<ul style="list-style-type: none"> • Ne peut pas parler, mais peut s'exprimer au moyen du langage non verbal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Incapable de participer à une conversation. 	<ul style="list-style-type: none"> • Agraphie. Absence d'écriture fonctionnelle, mais peut copier ou écrire des enchaînements de mots bien connus comme son nom.

*La dysgraphie est l'incapacité d'écrire convenablement en raison de problèmes d'expression dus à une affection neurologique acquise.

Tableau 20.3 - Perte fonctionnelle - Compréhension

On ne peut attribuer qu'une cote à l'aide du **tableau 20.3**. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Chaque puce (•) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **tableau 20.3**, un seul critère désigné à ce niveau de cote doit être respecté.

Tableau 20.3 - Perte fonctionnelle - Compréhension

Cote	Critères
Zéro	<ul style="list-style-type: none"> • Compréhension normale.
Quatre	<ul style="list-style-type: none"> • Comprend les films, les émissions de radio ou les discussions de groupe avec une certaine difficulté. La compréhension est bonne la plupart du temps, mais difficile dans des groupes importants ou en cas de fatigue ou de contrariété. Difficulté à suivre lorsque les sujets changent trop rapidement.
Neuf	<ul style="list-style-type: none"> • Comprend une conversation face à face, mais la confusion ou la fatigue s'installe rapidement en groupe. Incapable de suivre lorsque les sujets changent trop rapidement ou sont trop complexes (p. ex. peut comprendre le sens d'histoires simples, de séries télévisées simples, mais ne peut pas comprendre le sens d'idées plus complexes, par exemple, « un point à temps en vaut cent »); ou • Alexie* légère (p. ex. peut comprendre le sens d'articles simples dans les journaux ou les magazines, mais a de la difficulté à comprendre les détails comme l'intrigue d'un livre).
Vingt et un	<ul style="list-style-type: none"> • Comprend des phrases simples seulement. Peut comprendre et suivre une conversation simple lorsque certains points sont répétés; ou • Alexie* modérée. La compréhension à la lecture se limite aux phrases et paragraphes courts (p. ex. peut suivre un mode d'emploi de deux ou trois lignes et des listes d'épicerie et autres listes courtes, mais rien de plus compliqué).
Trente-quatre	<ul style="list-style-type: none"> • Comprend seulement des mots isolés. Certaine compréhension de phrases simples dites lentement d'après le contexte et les gestes, mais il faut répéter souvent; ou • Alexie* grave (p. ex. peut lire des mots isolés, faire correspondre des mots à des images et lire des étiquettes et des panneaux, mais ne peut pas lire un mode d'emploi).
Soixante-dix	<ul style="list-style-type: none"> • Incapable de lire des mots isolés, des étiquettes et des panneaux.
Quatre-vingt-un	<ul style="list-style-type: none"> • Incapable de comprendre un mode d'emploi simple, même des questions qui demandent une réponse par oui/non, même avec des gestes.

*L'alexie est une forme d'aphasie réceptive qui se manifeste par une incapacité de comprendre le langage écrit.

Étapes à suivre pour évaluer la a fonction cognitive/ parole et expression/compréhension

- Étape 1 :** Déterminer une cote à partir de **chaque colonne** du **tableau 20.1** (Perte fonctionnelle - Fonction cognitive) (s'il y a lieu). **Comparer** et retenir la cote la plus **élevée** des colonnes comme cote du **tableau 20.1**
- Étape 2 :** Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si oui, appliquer à la cote de l'étape 1.
- Étape 3 :** Déterminer une cote à partir de **chaque colonne** du **tableau 20.2** (Perte fonctionnelle - Parole et expression) (s'il y a lieu). **Comparer** et retenir la cote la plus **élevée** des colonnes comme cote du **tableau 20.2**.
- Étape 4 :** Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 3.
- Étape 5 :** Déterminer une cote à partir du **tableau 20.3** (Perte fonctionnelle - Compréhension) (s'il y a lieu).
- Étape 6 :** Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si oui, appliquer à la cote de l'étape 5.
- Étape 7 :** Additionner les cotes des étape 2, étape 4, et étape 6.
- Étape 8 :** Déterminer la cote de la qualité de vie.
- Étape 9 :** Additionner les cotes des étape 7 et étape 8.
- Étape 10 :** S'il existe un droit partiel à des prestations d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 9.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Section 2**Évaluer la déficience liée aux affections des nerfs crâniens et nerfs périphériques****Tableaux pouvant être utilisés pour coter la déficience liée aux affections des nerfs crâniens et nerfs périphériques :**

Tableau 20.4	Perte fonctionnelle - Nerfs crâniens	Ce tableau permet de coter la déficience de la fonction des nerfs crâniens.
Tableau 20.5	Perte fonctionnelle - Nerfs périphériques	Ce tableau permet de coter la déficience de la fonction des nerfs périphériques.
Graphique 1	Graphique de la fonction des nerfs crâniens	Ce graphique de référence décrit l'effet de la perte fonctionnelle totale d'un nerf crânien.
Graphique 2	Graphique de la fonction des nerfs périphériques	Ce graphique de référence décrit l'effet de la perte fonctionnelle totale d'un nerf périphérique.

Perte fonctionnelle - Nerfs crâniens

Les douze paires de nerfs crâniens partent de la base du cerveau pour contrôler les fonctions sensorielles, motrices et autonomes. Certains nerfs comportent un mélange de fibres sensorielles, motrices et/ou autonomes, alors que d'autres sont purement de nature sensorielle ou motrice.

Le **tableau 20.4** - Perte fonctionnelle - Nerfs crâniens, permet de coter la déficience liée aux affections des nerfs crâniens. Le tableau contient des instructions pour les cas où il faut une cote pour une affection des nerfs crâniens à partir d'un autre tableau du présent chapitre ou d'un autre.

Si une affection des nerfs crâniens ouvrant droit à des indemnités d'invalidité entraîne une déficience permanente d'autres systèmes de l'organisme, il faut rendre une décision relative à une affection consécutive. Si celle-ci est favorable, la déficience de ce système organique sera cotée à l'aide des tableaux pertinents sur les systèmes et appareils de l'organisme.

Si des affections n'ouvrant pas droit à des indemnités d'invalidité ou des affections cotées dans un autre chapitre/tableau de la Table des invalidités contribuent à la déficience globale, il faut alors utiliser le Tableau des contributions partielles pour établir la cote correspondant à l'affection ou aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Perte fonctionnelle - Nerfs périphériques

Les nerfs périphériques transmettent des impulsions en direction et en provenance du système nerveux central (cerveau et moelle épinière) pour contrôler les fonctions sensorielles, motrices et autonomes. Le membre, l'ancien combattant ou le client peut avoir des troubles de l'une ou de la totalité de ces fonctions. Le trouble peut être partiel, total, unilatéral ou bilatéral, affecter un nerf ou plusieurs. Le déficit de la conduction nerveuse peut donner lieu à une déficience fonctionnelle.

Le **tableau 20.5** - Perte fonctionnelle - Nerfs périphériques, permet de coter la déficience liée à certains nerfs périphériques. La première colonne (catégorie) permet de coter la perte totale de la fonction nerveuse à sa source, notamment la paralysie et la perte de sensation connexe. On se sert de la deuxième colonne (catégorie) uniquement en cas de perte totale de sensation. On ne peut pas choisir une cote dans les deux colonnes pour la même affection des nerfs périphériques.

Pour les affections des nerfs périphériques qui ne sont pas mentionnées au **tableau 20.5** (p. ex. perte fonctionnelle partielle d'un nerf périphérique ou perte partielle de sensation comme l'anesthésie en gant et l'anesthésie en chaussette), on peut utiliser une cote du **tableau 17.1** - Perte fonctionnelle - Membres supérieurs ou du **tableau 17.9** - Perte fonctionnelle - Membres inférieurs.

Lorsque le même membre est affecté par une perte totale de la fonction d'un nerf à sa source et par une affection cotée à partir du **tableau 17.1** - Perte fonctionnelle - Membres supérieurs ou du **tableau 17.9** - Perte fonctionnelle - Membres inférieurs, les affections sont regroupées aux fins de l'évaluation. La cote du **tableau 20.5** est **comparée** à celle du **tableau 17.1** ou du **tableau 17.9**, et la **plus élevée** est retenue. Par exemple, on doit attribuer une cote à une section complète du nerf cubital gauche ouvrant droit à des indemnités d'invalidité et au syndrome complexe de la douleur locale ouvrant droit à des indemnités d'invalidité. On choisit une cote pour la section complète du nerf cubital gauche dans le **tableau 20.5** et une autre cote dans le **tableau 17.1** pour le syndrome complexe de la douleur locale de la main gauche. Les cotes sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue. Les affections sont regroupées aux fins de l'évaluation.

Lorsque le même membre est affecté par au moins deux pertes totales de fonction nerveuse, on choisit une cote pour chaque nerf. Les cotes sont **additionnées**, et les affections sont regroupées aux fins de l'évaluation.

Pour les affections des nerfs périphériques que l'on ne peut pas coter à l'aide des **tableau 20.5**, **17.1** ou **17.9**, on établit la cote en fonction de chaque cas.

NOTE : On ne peut obtenir qu'une cote pour chaque membre supérieur ou pour les membres inférieurs en tant qu'unité fonctionnelle dans les **tableaux 17.1 et 17.9** respectivement, quel que soit le nombre d'affections musculosquelettiques ou neurologiques ouvrant droit à des indemnités d'invalidité cotées dans ces tableaux. Si plusieurs affections musculosquelettiques ou neurologiques sont cotées à l'aide de ces tableaux, elles sont regroupées aux fins de l'évaluation.

En cas de polyneuropathie périphérique moteur, sensorielle ou mixte qui affecte la fonction des membres inférieurs et supérieurs, on ne doit pas choisir de cote dans le présent chapitre ni dans le chapitre 17, Affections musculosquelettiques. La déficience est cotée à partir du chapitre 19, Activités de la vie quotidienne.

Si le membre, l'ancien combattant ou le client souffre d'une déficience d'une fonction autonome associée à une neuropathie périphérique (p. ex. dysfonctionnement mictionnel) ou d'une complication permanente due à une neuropathie périphérique (p. ex. articulation de Charcot), il faut rendre une décision relative à une affection consécutive. Si celle-ci est favorable, la déficience de ce système organique sera cotée à l'aide des tableaux pertinents sur les systèmes et appareils de l'organisme.

Si l'affection des nerfs périphériques ouvrant droit à des indemnités d'invalidité entraîne une déficience permanente d'autres systèmes de l'organisme, il faut rendre une décision relative à une affection consécutive. Si celle-ci est favorable, la déficience de ce système organique sera cotée à l'aide des tableaux pertinents sur les systèmes et appareils de l'organisme.

Si des affections n'ouvrant pas droit à des indemnités d'invalidité ou des affections cotées dans un autre chapitre/tableau de la Table des invalidités contribuent à la déficience globale, il faut alors utiliser le Tableau des contributions partielles pour établir la cote correspondant à l'affection ou aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Tableau 20.4 - Perte fonctionnelle - Nerfs crâniens

On peut attribuer plus d'une cote à chaque affection unilatérale ou bilatérale des nerfs crâniens ouvrant droit à des indemnités d'invalidité **à l'aide du tableau 20.4**. Si plusieurs s'appliquent à une affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité, elles sont **additionnées**.

Note : Le cas échéant, **le tableau 20.4** indique le chapitre ou le tableau qu'il faut utiliser pour coter les affections des nerfs crâniens.

Dans les cas de pertes partielles, les cotes doivent être réduites proportionnellement.

Tableau 20.4 - Perte fonctionnelle - Nerfs crâniens

Nerf crânien	Fonction	Utiliser	Cote pour une perte unilatérale totale	Cote pour une perte bilatérale totale
I (olfactif)	Odorat		ZÉRO	4
II (optique)	Vue	Chapitre 8		
III, IV, VI (moteur oculaire commun, trochléaire, moteur oculaire externe)	Mouvements des yeux	Chapitre 8		
V (trijumeau)	Division ophtalmique (sensorielle)		4	9
	Division maxillaire (sensorielle)		4	9
	Division mandibulaire (sensorielle)		4	9
	Mastication	Chapitre 14		
	Parole	Tableau 20.2		
VII (facial)	Goût		ZÉRO	4
	Expression faciale		9	18
	Mastication	Chapitre 14		
	Parole	Tableau 20.2		
VIII (vestibulo-cochléaire)	Ouïe	Chapitre 9		
	Équilibre	Chapitre 9		
IX, X, XI, XII (glosso-pharyngien, vague, spinal, hypoglosse)	Déglutition	Tableau 20.9		
	Parole	Tableau 20.2		
XI (spinal)	Élévation de l'épaule/rotation de la tête		4	9

Voir le graphique 1 pour une description des effets d'une perte fonctionnelle totale d'un nerf crânien.

Étapes à suivre pour évaluer le nerf crânien

- Étape 1 :** Déterminer la cote à l'aide du **tableau 20.4** (Perte fonctionnelle - Nerfs crâniens).
- Étape 2 :** Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote à l'étape 1.
- Étape 3 :** Déterminer la cote de la qualité de vie.
- Étape 4 :** Additionner les cotes des étapes 2 et 3.
- Étape 5 :** S'il existe un droit partiel à des prestations d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Tableau 20.5 - Perte fonctionnelle - Nerfs périphériques

On ne peut attribuer qu'une seule cote pour chaque affection unilatérale de nerfs périphériques ouvrant droit à des indemnités d'invalidité, à l'aide du **tableau 20.5**.

Lorsque le même membre est affecté par au moins deux pertes totales de la fonction nerveuse, on choisit une cote pour chaque nerf. Les cotes sont **additionnées**, et les affections sont regroupées aux fins de l'évaluation.

Note : On ne peut pas prendre une cote dans les deux colonnes pour la même affection de nerf périphérique.

Tableau 20.5 - Perte fonctionnelle - Nerfs périphériques

Nerf périphérique	Cote	
	Perte fonctionnelle unilatérale totale (motrice et sensorielle)	Perte fonctionnelle unilatérale totale (sensation seulement)
Grand auriculaire	S/O	1
Plexus brachial : Tronc supérieur (C5 et C6)	34	S/O
Plexus brachial : Tronc moyen (C7)	34	S/O
Plexus brachial : Tronc inférieur (C8, T1)	34	S/O
Plexus brachial complet (C5, C6, C7, C8, et T1)	65	S/O
Radial	43	2
Médian	34	13
Cubital	26	4
Nerf musculo-cutané du bras	13	2

Nerf périphérique	Cote	
	Perte fonctionnelle unilatérale totale (motrice et sensorielle)	Perte fonctionnelle unilatérale totale (sensation seulement)
Axillaire	18	2
Thoracique long	4	S/O
Sciatique	51	9
Fémoral	18	4
Obturateur	4	0
Péronier commun	18	4
Péronier superficiel	9	3
Péronier profond	13	0
Tibial	18	4
Fémoral cutané postérieur	S/O	4
Cutané latéral de la cuisse	S/O	4
Ilio-inguinal	0	4

Voir le graphique 2 pour une description des effets d'une perte fonctionnelle totale d'un nerf périphérique.

Pour les affections des nerfs périphériques que l'on ne peut pas coter à l'aide des tableaux 20.5, 17.1 ou 17.9, une cote sera établie en fonction du cas.

Étapes à suivre pour évaluer les nerfs périphériques

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 20.5** (Perte fonctionnelle - Nerfs périphériques).

Note : On **ne peut pas** prendre une cote dans les **deux** colonnes du **tableau 20.5** pour la même affection de nerf périphérique.

Lorsque le **même** membre est affecté par au moins deux pertes totales de la fonction d'un nerf périphérique, on choisit une cote pour chaque nerf. Les cotes sont **additionnées**, et les affections sont regroupées.

Étape 2 : Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote à l'étape 1.

Étape 3 : Déterminer la cote de la qualité de vie.

Étape 4 : Additionner les cotes des étapes 2 et 3.

Étape 5 : S'il existe un droit partiel à des prestations d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Note : Si des affections bilatérales des nerfs périphériques ouvrant droit à des indemnités d'invalidité doivent être évaluées, il faut répéter les étapes.

Graphique 1 - Graphique des fonctions des nerfs crâniens

Le graphique 1 décrit les fonctions touchées par une perte totale de la fonction d'un nerf crânien à son origine, à moins d'indication contraire.

Le graphique 1 peut servir de référence pour coter une perte fonctionnelle de nerf crânien.

Graphique 1 - Graphique des fonctions des nerfs crâniens

Nerf crânien	Fonctions affectées
I Olfactif	<p>Motrice - Aucune</p> <p>Sensorielle - Perte de l'odorat</p>
II Optique	<p>Motrice - Aucune</p> <p>Sensorielle - Perte de la vue</p>
III Moteur oculaire commun	<p>Motrice - Mouvements des yeux - paralysie du muscle droit interne, muscle droit supérieur, muscle droit inférieur et muscle oblique inférieur</p> <p>Sensorielle - Aucune</p> <p>Présentation clinique - Strabisme divergent, diplopie, ptosis (de la paupière) - Pupille dilatée, perte du réflexe photomoteur et d'accommodation - Globe oculaire dévié vers l'extérieur et légèrement vers le bas</p>
IV Trochléaire	<p>Motrice - Paralysie du muscle oblique supérieur</p> <p>Sensorielle - Aucune</p> <p>Présentation clinique - Léger strabisme convergent - Ne peut pas regarder vers le bas ou l'extérieur - Peut tenir la tête inclinée - Difficulté à descendre les escaliers</p>

Nerf crânien	Fonctions affectées
V Trijumeau	<p>Motrice (par la branche mandibulaire)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Paralysie des muscles de la mastication - Paralysie du muscle tenseur du tympan pouvant entraîner une déficience auditive <p>Sensorielle</p> <ul style="list-style-type: none"> - Visage, sinus, cavité buccale, langue, partie de l'oreille et de l'oeil - Anesthésie cornéenne pouvant se manifester rapidement <p><i>1^{re} division (ophtalmique)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensorielle: front, paupière supérieure, conjonctive et côté du nez <p><i>2^e division (maxillaire)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensorielle: partie postérieure du nez, paupière inférieure, joue, lèvre supérieure et partie externe de l'ouverture orbitale dont les dents de la mâchoire supérieure et le palais <p><i>3^e division (mandibulaire)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensorielle: lèvre inférieure et bas du visage, régions temporales et partie du pavillon de l'oreille - Muscles de la mastication - Tenseur du tympan de l'oreille moyenne <p>Présentation clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> - La mâchoire dévie vers le côté touché - Déficience auditive - Perte du réflexe cornéen
VI Moteur oculaire externe	<p>Motrice</p> <ul style="list-style-type: none"> - Paralysie du muscle droit externe <p>Sensorielle</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aucune <p>Présentation clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Strabisme convergent et diplopie - Globe oculaire dévié vers l'intérieur

Nerf crânien	Fonctions affectées
VII Facial	<p>Motrice (maladie de Bell)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Paralysie des muscles superficiels du visage et du cuir chevelu - Perturbation de la sécrétion des glandes lacrymales et parotides <p>Sensorielle</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perte du goût sur les deux tiers antérieurs de la langue <p>Présentation clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asymétrie faciale au sourire - Affaissement des muscles du visage et des paupières - Inclinaison de la bouche - Incapable de fermer les yeux ou de froncer - Réduction de la salivation
VIII Vestibulo-cochléaire (Stato-acoustique) (Auditif)	<p>Motrice</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aucune <p>Sensorielle</p> <ul style="list-style-type: none"> - Portion cochléaire: surdité - Portion vestibulaire: troubles de l'équilibre <p>Présentation clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Portion cochléaire: surdité, acouphènes - Portion vestibulaire: vertige, nystagmus
IX Glosso-pharyngien	<p>Motrice</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dysphagie <p>Sensorielle</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perte sur le pharynx supérieur <p>Présentation clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perte du réflexe nauséeux - étourdissement orthostatique
X Vague	<p>Motrice</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enrouement, dysphagie <p>Sensorielle</p> <ul style="list-style-type: none"> - Douleur ou paresthésie du larynx, pharynx <p>Présentation clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dysfonctionnement des glandes salivaires - Dysfonctionnement autonome des systèmes cardiopulmonaire et gastrointestinale

Nerf crânien	Fonctions affectées
XI Spinal	Motrice <ul style="list-style-type: none">- Absence de rotation cervicale- Absence d'élévation de l'épaule Sensorielle <ul style="list-style-type: none">- Aucune Présentation clinique <ul style="list-style-type: none">- Ne peut pas tourner la tête vers le côté sain ou hausser l'épaule touchée- Peut souffrir d'un peu de dysphagie
XII Hypoglosse	Motrice <ul style="list-style-type: none">- Paralysie de la langue Sensorielle <ul style="list-style-type: none">- Aucune Présentation clinique <ul style="list-style-type: none">- La langue dévie vers le côté affecté avec protrusion

Graphique 2 - Graphique des fonctions des nerfs périphériques

Le **graphique 2** décrit les fonctions affectées à la suite d'une perte **totale** de la fonction d'un nerf périphérique à son origine, à moins d'indication contraire.

Le **graphique 2** peut servir de référence pour coter la perte fonctionnelle de nerfs périphériques.

Graphique 2 - Graphique des fonctions des nerfs périphériques

Nerf périphérique	Fonctions affectées
Plexus brachial : Tronc supérieur (C5 et C6) (paralysie de Duchenne-Erb)	Motrice Épaule - perte d'abduction, de rotation interne et de rotation externe Coude - perte de flexion Sensorielle Perte partielle sur la face latérale du bras et de l'avant-bras Présentation clinique Le membre pend sur le côté, tordu vers l'intérieur.
Plexus brachial : Tronc moyen (C7)	Motrice Rarement constatée seule Paralysie du triceps Coude - perte d'extension Poignet - faible extension Mains - faible extension Sensorielle Perte sur la face radiale de l'avant-bras et de la main
Plexus brachial : Tronc inférieur (C8 et T1) (paralysie de Klumpke)	Motrice Paralysie de tous les petits muscles de la main Peut causer le syndrome de Horner (T1). Sensorielle Face radiale de l'avant-bras, de la main et des deux derniers doigts Présentation clinique Main en griffe Hyperextension des articulations MCP et flexion de l'articulation IP

Nerf périphérique	Fonctions affectées
<p>Radial (C6, C7, C8 et T1)</p> <p>(musculospiral)</p>	<p>Motrice À l'aisselle - paralysie Coude - perte d'extension Poignet - perte d'extension Doigts - perte d'extension Incapable de saisir fermement</p> <p>Au coude Extension maintenue Perte d'extension du poignet et des doigts</p> <p>Sensorielle Face postérieure du bras et de l'avant-bras Face dorsale latérale de la main</p> <p>Présentation clinique Pouce tourné vers la paume</p>
<p>Médian (C6, C7, C8 et T1)</p>	<p>Au coude</p> <p>Motrice Poignet - faible flexion Pouce - perte de flexion Index et majeur - perte de flexion</p> <p>Sensorielle Perte sur la face radiale (latérale) de la paume Perte sur la face palmaire de 3 2 doigts radiaux Perte totale sur le bout de l'index et du majeur</p> <p>Présentation clinique La main paraît aplatie ou « simienne ». Atrophie de la face externe de l'avant-bras et de l'éminence thénar Pouce sur le côté de la paume</p> <p>Au poignet</p> <p>Motrice Pouce - ne peut pas être opposé. Doigts - capacité décroissante à l'abduction</p> <p>Sensorielle Au coude</p> <p>Présentation clinique Atrophie de l'éminence thénar</p>

Nerf périphérique	Fonctions affectées
Cubital (C8, T1)	<p>Au-dessus du coude</p> <p>Motrice Poignet - faible flexion avec déviation de la main vers le côté radial (latéral) Doigts - perte de flexion des articulations IPP; perte d'adduction; perte d'abduction Pouce - perte d'adduction</p> <p>Sensorielle Perte sur la partie cubitale (interne) de la main et de l'annulaire; tout l'auriculaire</p> <p>Présentation clinique Main en griffe Hyperextension de l'annulaire et de l'auriculaire au MCP et flexion de ces doigts aux articulations IPP Atrophie de la face interne de l'avant-bras et de l'éminence hypothénar</p> <p>Au-dessous du coude</p> <p>Motrice Poignet - flexion maintenue Doigt et pouces comme ci-dessus</p>
Nerf musculo-cutané du bras (C5 et C6)	<p>Motrice Au coude Faiblesse de flexion et de supination</p> <p>Sensorielle Perte sur la partie latérale de l'avant-bras</p>
Axillaire (circonflexe)	<p>Motrice Épaule - faiblesse de flexion, d'extension et d'initiation d'abduction Difficulté à soulever à la position horizontale</p> <p>Sensorielle Perte de sensation sur la moitié inférieure du deltoïde</p> <p>Présentation clinique Atrophie à l'épaule</p>
Thoracique long (C5, C6, C7)	<p>Motrice Épaule - faiblesse de l'élévation au-delà du plan horizontal. Ne peut pas soulever le bras au-dessus de la tête.</p> <p>Sensorielle Aucune</p> <p>Présentation clinique Scapula alata</p>

Nerf périphérique	Fonctions affectées
<p>Sciatique (L4, L5, S1, S2, S3)</p>	<p>Motrice Au genou Perte ou faiblesse de la flexion</p> <p>Aux chevilles, pieds et orteils Paralyse complète</p> <p>Sensorielle Douleur souvent présente Perte sur les faces postérieure et latérale de la jambe et du pied</p> <p>Présentation clinique Pied tombant Marche avec steppage: lève le pied haut Incapable de rester debout sur le talon ou la pointe du pied</p>
<p>Fémoral (L2, L3, L4)</p> <p>(crural antérieur)</p>	<p>Motrice Hanche - perte de flexion Genou- perte de flexion</p> <p>Sensorielle Douleur possible Perte sur le côté interne de la cuisse, de la jambe et du pied</p> <p>Présentation clinique Peut stabiliser la cuisse à l'aide de la main pour marcher</p>
<p>Obturbateur (L2, L3, L4)</p>	<p>Motrice Hanche - faiblesse de la rotation et de l'adduction externes</p> <p>Sensorielle Généralement négligeable Perte minime sur la face interne de la cuisse</p>
<p>Péronier commun (L4, L5, S1, S2)</p> <p>(Sciatique poplitée externe) (Sciatique poplitée interne)</p>	<p>Motrice Cheville et orteils - perte de dorsiflexion</p> <p>Sensorielle Perte sur la face externe de la jambe, du pied et des orteils</p> <p>Présentation clinique Pied tombant et steppage Flexion et inversion plantaires (pied bot varus équin)</p>
<p>Péronier superficiel (L5, S1)</p> <p>(Musculo-cutané de la jambe)</p>	<p>Motrice Pied - faiblesse ou perte d'éversion</p> <p>Sensorielle Surface dorsale et externe de la jambe</p>

Nerf périphérique	Fonctions affectées
<p>Péronier profond (Tibial antérieur)</p>	<p>Motrice Cheville et orteils - perte de dorsiflexion</p> <p>Sensorielle Perte sur le 1^{er} espace interdigital du pied</p>
<p>Tibial (L4, L5, S1, S2, S3) (Tibial postérieur poplité interne)</p>	<p>Motrice Pied - perte de flexion, d'adduction et d'inversion plantaires</p> <p>Sensorielle Causalgie fréquente Perte sur la plante du pied</p> <p>Présentation clinique Orteils séparés Cheville en flexion dorsale</p>
<p>Fémoral cutané postérieur (S1, S2, S3) (Petit nerf sciatique)</p>	<p>Sensorielle Perte dans la région périnéale et sur la surface postérieure de la cuisse et de la jambe</p>
<p>Cutané latéral de la cuisse (L2, L3)</p>	<p>Sensorielle (méralgie paresthésique) Perte sur le quadrant inférieur latéral de la fesse Perte sur la face latérale de la cuisse et du genou</p>
<p>Ilio-inguinal (L1)</p>	<p>Sensorielle Perte dans la région périnéale et sur la cuisse supérieure interne</p>

Section 3**Évaluer la déficience liée aux crises d'épilepsie, à la narcolepsie et la cataplexie, aux maux de tête et aux affections neurologiques diverses****Tableaux servant à coter la déficience liée aux crises d'épilepsie, à la narcolepsie et la cataplexie, aux maux de tête et aux affections neurologiques diverses:**

Tableau 20.6	Autres déficiences - Crises d'épilepsie	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux crises d'épilepsie - majeures et mineures.
Tableau 20.7	Autres déficiences - Narcolepsie et cataplexie	Ce tableau permet de coter la déficience liée à la narcolepsie et à la cataplexie.
Tableau 20.8	Autres déficiences - Maux de tête	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux maux de tête.
Tableau 20.9	Autres déficiences - Affections neurologiques diverses	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections neurologiques diverses.

Autres déficiences - Crises d'épilepsie

Le **tableau 20.6** permet de coter la déficience liée aux crises d'épilepsie. On ne peut choisir qu'une cote. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Si plus d'un type de crise d'épilepsie doit être coté à l'aide du **tableau 20.6**, les affections sont regroupées aux fins de l'évaluation.

Si les crises d'épilepsie ouvrant droit à des indemnités d'invalidité entraînent une déficience permanente d'autres systèmes de l'organisme, il faut rendre une décision relative à une affection consécutive. Si celle-ci est favorable, la déficience de ce système organique sera cotée à l'aide des tableaux pertinents sur les systèmes et appareils de l'organisme.

Si des affections n'ouvrant pas droit à des indemnités d'invalidité ou des affections cotées dans un autre chapitre/tableau de la Table des invalidités contribuent à la déficience globale, il faut alors utiliser le Tableau des contributions partielles pour établir la cote correspondant à l'affection ou aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Autres déficiences - Narcolepsie et cataplexie

Le **tableau 20.7** permet de coter la déficience liée à la narcolepsie et la cataplexie. On ne peut choisir qu'une cote. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Si les troubles de narcolepsie et de cataplexie ouvrant droit à des indemnités d'invalidité entraînent une déficience permanente d'autres systèmes de l'organisme, il faut rendre une décision relative à une affection consécutive. Si celle-ci est favorable, la déficience de ce système organique sera cotée à l'aide des tableaux pertinents sur les systèmes et appareils de l'organisme.

Si des affections n'ouvrant pas droit à des indemnités d'invalidité ou des affections cotées dans un autre chapitre/tableau de la Table des invalidités contribuent à la déficience globale, il faut alors utiliser le Tableau des contributions partielles pour établir la cote correspondant à l'affection ou aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Autres déficiences - Maux de tête

Le **tableau 20.8** permet de coter la déficience liée aux maux de tête. On ne peut choisir qu'une cote. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Si plus d'un type de mal de tête doit être coté à l'aide du **tableau 20.8**, les affections sont regroupées aux fins de l'évaluation.

Pour coter les migraines, les auras communes comme les scotomes et les lumières clignotantes sont considérées comme étant incluses dans la cote du **tableau 20.8**. Les migraines associées à des déficits neurologiques transitoires comprenant entre autres l'hémiplégie, la dysarthrie et la faiblesse du muscle oculaire sont cotées en fonction du cas.

Si les maux de tête ouvrant droit à des indemnités d'invalidité entraînent une déficience permanente d'autres systèmes de l'organisme, il faut rendre une décision relative à une affection consécutive. Si celle-ci est favorable, la déficience de ce système organique sera cotée à l'aide des tableaux pertinents sur les systèmes et appareils de l'organisme.

Si des affections n'ouvrant pas droit à des indemnités d'invalidité ou des affections cotées dans un autre chapitre/tableau de la Table des invalidités contribuent à la déficience globale, il faut alors utiliser le Tableau des contributions partielles pour établir la cote correspondant à l'affection ou aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Autres déficiences - Affections neurologiques diverses

Le **tableau 20.9** permet de coter la déficience liée aux affections neurologiques diverses. On peut choisir une cote pour chaque affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité. Si plusieurs s'appliquent à une affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Si les affections neurologiques diverses ouvrant droit à des indemnités d'invalidité entraînent une déficience permanente d'autres systèmes de l'organisme, il faut rendre une décision relative à une affection consécutive. Si celle-ci est favorable, la déficience de ce système organique sera cotée à l'aide des tableaux pertinents sur les systèmes et appareils de l'organisme.

Si des affections n'ouvrant pas droit à des indemnités d'invalidité ou des affections cotées dans un autre chapitre/tableau de la Table des invalidités contribuent à la déficience globale, il faut alors utiliser le Tableau des contributions partielles pour établir la cote correspondant à l'affection ou aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Tableau 20.6 - Autres déficiences - Crises d'épilepsie

On ne peut attribuer qu'une cote à l'aide du **tableau 20.6**. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Chaque puce (•) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **tableau 20.6**, suivre les « **et** » et les « **ou** ».

Tableau 20.6 - Perte fonctionnelle - Crises d'épilepsie

Cote	Critères
Zéro	<ul style="list-style-type: none"> • Antécédents lointains de crises d'épilepsie mais aucune dans les 5 dernières années; et • Aucun anti-convulsivant nécessaire; et • Aucun équipement protecteur nécessaire; et • Supervision inutile.

Cote	Critères
Quatre	<ul style="list-style-type: none"> • Antécédents lointains de crises d'épilepsie mais aucune dans les 5 dernières années; et • Prise régulière d'anti-convulsivants nécessaire.
Neuf	<ul style="list-style-type: none"> • Moyenne de moins d'une crise d'épilepsie grave* par an dans les 5 dernières années; ou • Moyenne de moins d'une crise d'épilepsie mineure** par semaine dans les 12 derniers mois; et • Prise régulière d'anti-convulsivants nécessaire.
Dix-huit	<ul style="list-style-type: none"> • Une crise d'épilepsie grave *dans les 12 derniers mois; ou • Une crise d'épilepsie mineure** par semaine dans les 12 derniers mois; et • Prise régulière d'anti-convulsivants nécessaire.
Trente-cinq	<ul style="list-style-type: none"> • Plus d'une crise d'épilepsie grave* dans les 12 derniers mois mais en moyenne moins d'une crise d'épilepsie grave* par mois; ou • Deux à cinq crises d'épilepsie mineures**par semaine dans les 12 derniers mois; ou • A besoin de supervision pour certaines activités (p. ex. natation); et • Prise régulière d'anti-convulsivants nécessaire.
Cinquante	<ul style="list-style-type: none"> • Moyenne d'une crise d'épilepsie grave* par mois dans les 12 derniers mois; ou • Cinq à dix crises d'épilepsie mineures**par semaine dans les 12 derniers mois; ou • A besoin d'équipement protecteur pour des raisons de sécurité la plupart du temps (p. ex. casque); et • Prise régulière d'anti-convulsivants nécessaire.
Quatre-vingt-cinq	<ul style="list-style-type: none"> • Moyenne de plus d'une crise d'épilepsie grave* par mois dans les 12 derniers mois; ou • Plus de 10 crises d'épilepsie mineures**par semaine dans les 12 derniers mois; ou • A besoin de supervision constante; et • Prise régulière d'anti-convulsivants nécessaire.

*Une crise d'épilepsie **grave** se caractérise par des convulsions généralisées toniques-cloniques avec perte de conscience.

Une crise d'épilepsie **mineure se caractérise par une brève perte de conscience ou du contrôle conscient accompagnée de fixité du regard, de clignement des yeux rythmé ou de hochement de la tête ou de mouvements brusques soudains des membres et/ou de la tête ou de perte soudaine du contrôle de la posture.

Étapes à suivre pour évaluer les crises d'épilepsie

- Étape 1 :** Déterminer la cote à l'aide du **tableau 20.6** (Autres déficiences - Crises d'épilepsie).
- Étape 2 :** Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote à l'étape 1.
- Étape 3 :** Déterminer la cote de la qualité de vie.
- Étape 4 :** Additionner les cotes des étapes 2 et 3.
- Étape 5 :** S'il existe un droit partiel à des prestations d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Tableau 20.7 - Autres déficiences - Narcolepsie et cataplexie

On ne peut attribuer qu'une cote à l'aide du **tableau 20.7**. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Chaque puce (•) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **tableau 20.7**, suivre les « **et** » et les « **ou** ».

Tableau 20.7 - Autres déficiences - Narcolepsie et cataplexie

Cote	Critères
Quatre	<ul style="list-style-type: none"> • Attaques narcoleptiques ne nécessitant pas de médication ou un recours intermittent à la médication; ou • Attaques cataplectiques ne nécessitant pas de médication ou un recours intermittent à la médication.
Neuf	<ul style="list-style-type: none"> • Attaques narcoleptiques nécessitant une médication continue; ou • Attaques cataplectiques nécessitant une médication continue.
Treize	<ul style="list-style-type: none"> • Attaques narcoleptiques nécessitant une médication continue; et • Attaques cataplectiques nécessitant une médication continue.
Dix-huit	<ul style="list-style-type: none"> • Attaques narcoleptiques et/ou cataplectiques nécessitant une médication continue; et • Attaques narcoleptiques et/ou cataplectiques qui ont une incidence sur la sécurité de soi et des autres, malgré une médication continue.

Étapes à suivre pour évaluer la narcolepsie/cataplexie

- Étape 1 :** Déterminer la cote à l'aide du **tableau 20.7** (Autres déficiences - Narcolepsie et cataplexie).
- Étape 2 :** Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote à l'étape 1.
- Étape 3 :** Déterminer la cote de la qualité de vie.
- Étape 4 :** Additionner les cotes des étapes 2 et 3.
- Étape 5 :** S'il existe un droit partiel à des prestations d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Tableau 20.8 - Perte fonctionnelle - Maux de tête

On ne peut attribuer qu'une cote à l'aide du **tableau 20.8**. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Chaque puce (•) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **tableau 20.8**, suivre les « **et** » et les « **ou** ».

Tableau 20.8 - Perte fonctionnelle - Maux de tête

Cote	Critères
Deux	<ul style="list-style-type: none"> • Mal de tête moins de 30 jours par an. Alitement inutile sauf occasionnellement.
Quatre	<ul style="list-style-type: none"> • Mal de tête moins de 30 jours par an. Alitement nécessaire pendant la majorité des épisodes; ou • Mal de tête de 30 à 100 jours par an. Alitement inutile sauf occasionnellement.
Neuf	<ul style="list-style-type: none"> • Mal de tête de 30 à 100 jours par an ou mal de tête chaque semaine. Alitement nécessaire pendant la majorité des épisodes; ou • Mal de tête plus de 100 jours par an ou qui dure au moins deux jours consécutifs chaque semaine ou mal de tête constant. Alitement inutile sauf occasionnellement.
Treize	<ul style="list-style-type: none"> • Mal de tête plus de 100 jours par an ou qui dure au moins deux jours consécutifs chaque semaine ou mal de tête constant. Alitement nécessaire pendant la majorité des épisodes.

Les migraines associées à des déficits neurologiques transitoires comprenant entre autre l'hémiplégie, la dysarthrie et la faiblesse du muscle oculaire sont cotées au cas par cas.

Étapes à suivre pour évaluer les maux de tête

- Étape 1 :** Déterminer la cote à l'aide du **tableau 20.8** (Autres déficiences - Maux de tête).
- Étape 2 :** Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote à l'étape 1.
- Étape 3 :** Déterminer la cote de la qualité de vie.
- Étape 4 :** Additionner les cotes des étapes 2 et 3.
- Étape 5 :** S'il existe un droit partiel à des prestations d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Tableau 20.9 - Autres déficiences - Affections neurologiques diverses

On ne peut attribuer qu'une seule cote pour chaque affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité à l'aide du **tableau 20.9**. Si plusieurs s'appliquent à une affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Chaque puce (•) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **tableau 20.9**, un seul critère doit être respecté à un niveau de déficience pour que cette cote soit choisie.

Tableau 20.9 - Autres déficiences - Affections neurologiques diverses

Cote	Critères
Quatre	<ul style="list-style-type: none"> • Maladie cérébrovasculaire documentée, p. ex. attaques ischémiques transitoires récurrentes; ou • Anévrisme cérébral non réparé par une opération chirurgicale; ou • Tics faciaux (spasme hémifacial); ou • Névralgie faciale intermittente* (tic douloureux); ou • Dysphagie due à une affection neurologique qui oblige à éviter certains aliments.
Neuf	<ul style="list-style-type: none"> • Névralgie faciale * (tic douloureux) presque tous les jours.
Treize	<ul style="list-style-type: none"> • Dysphagie avec étouffements fréquents à l'absorption de liquides ou d'aliments semi-solides.
Trente-quatre	<ul style="list-style-type: none"> • Dysphagie accompagnée de régurgitations ou d'aspirations fréquentes.
Soixante et onze	<ul style="list-style-type: none"> • Dysphagie et incapacité d'évacuer les sécrétions orales sans s'étouffer et exigeant une aide et une aspiration.

***La névralgie faciale accompagnée d'une douleur rebelle (douleur grave, persistante, permanente qui ne répond pas aux modalités de traitement habituelles) est cotée en fonction du cas.**

Étapes à suivre pour évaluer les affections neurologiques diverses

- Étape 1 :** Déterminer la cote à l'aide du **tableau 20.9** (Autres déficiences -Affections neurologiques diverses).
- Étape 2 :** Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 1.
- Étape 3 :** Déterminer la cote de la qualité de vie.
- Étape 4 :** Additionner les cotes des étapes 2 et 3.
- Étape 5 :** S'il existe un droit partiel à des prestations d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

- Note :** Si plus d'une affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité nécessite une cote du **tableau 20.9**, il faut répéter les étapes.