TABLE DES INVALIDITÉS
Table des matières

#	TABLE – CHAPITRES
1	Introduction et directives (Modifié : avril 2019)
2	Qualité de vie (Modifié : avril 2019)
3	Contributions partielles
4	Organes pairs et membres pairs (Modifié : avril 2019)
5	Allocation pour soins (Modifié : février 2018)
6	Allocations pour vêtements (Modifié : avril 2019)
7	Allocation d'incapacité exceptionnelle (Modifié : avril 2019)
8	Affections visuelles
9	Hypoacousie et affections de l'oreille (Modifié : février 2019)
10	Affections du nez, de la gorge et des sinus
11	Affections dentaires et buccales
12	Affections cardiorespiratoires
13	Hypertension et affections vasculaires
14	Affections gastro-intestinales
15	Affections endocrines et métaboliques
16	Affections urinaires, sexuelles et génitales (Modifé: septembre 2023)
17	Affections musculosquelettiques (Modifié : janvier 2018)
18	Affections malignes
19	Dégradation des activités de la vie quotidienne (Modifié : octobre 2017)
20	Affections neurologiques (Modifié : octobre 2016)
21	Affections psychiatriques (Modifié : octobre 2017)
22	Affections dermatologiques
23	Affections hémopoïétiques
24	Tuberculose

Chapitre 1

INTRODUCTION ET DIRECTIVES

1.1 AUTORISATION ET APPLICATION

La Table des invalidités est l'instrument utilisé par Anciens Combattants Canada pour évaluer le degré de déficience médicale découlant d'une invalidité ouvrant droit à des prestations d'invalidité. Elle a été révisée selon le concept de la déficience médicale découlant d'une affection particulière. L'importance relative du système/appareil ou de la partie du système/appareil en cause a été prise en compte dans l'élaboration des critères d'évaluation de la déficience résultant d'une invalidité ouvrant droit à des prestations d'invalidité. L'évaluation de l'invalidité ouvrant droit à des prestations d'invalidité est établie en fonction de la cote de déficience médicale, conjointement avec les indicateurs de la qualité de vie qui permettent d'évaluer les effets de la déficience sur le mode de vie du pensionné.

(I) - Autorisation

La publication de ce document est autorisée par le ministre d'Anciens Combattants Canada conformément aux dispositions du paragraphe 35(2) de la *Loi sur les pensions* (L.R.C. 1985, ch. P-6) et du paragraphe 49(1) de la *Loi sur le bien-être des vétérans*, lesquels prévoient :

> « Les estimations du degré d'invalidité s'effectuent conformément aux instructions du ministre et sont basées sur la table des invalidités qu'il établit pour aider quiconque les effectue. »

Les dispositions de la Table des invalidités servent de lignes directrices au Ministère et au Tribunal des anciens combattants (révision et appel).

(II) - Titre et titre abrégé

1. Le titre complet de cette publication est le suivant : *Directives et Table des invalidités pour la gouverne des personnes chargées d'évaluer l'ampleur des invalidités*.

2. Pour des raisons de commodité, cette publication peut être désignée sous le titre abrégé de « Table des invalidités ».

(III) - Date d'entrée en vigueur et application

L'édition de 1995 de la Table des invalidités sera remplacée par la nouvelle édition de 2006 lorsque celle-ci sera mise en oeuvre. L'édition de 1995 de la Table des invalidités s'appliquera toujours dans certains cas où les démarches auraient été initiées avant la date de mise en oeuvre, à la date de mise en oeuvre ou après la date de mise en oeuvre de la nouvelle édition, conformément aux Protocoles de transition ministériels.

(IV) - Abrogation de l'ancienne Table des invalidités

L'édition de 1995 de la Table des invalidités sera remplacée par l'édition de 2006 de la Table des invalidités.

(V) - Disposition relative aux droits acquis

Mises à part les exceptions mentionnées dans cet article, conformément à la « disposition relative aux droits acquis » de la Table des invalidités, les évaluations visant des affections individuelles ou regroupées ouvrant droit à des prestations d'invalidité bénéficieront de l'application de la clause des droits acquis et seront à l'abri de toute réduction résultant de la mise en oeuvre de l'édition de 2006 de la Table des invalidités. Veuillez consulter la politique Évaluation et réévaluation d'une invalidité et la politique pour Indemnité pour douleur et souffrance pour de plus amples renseignements.

Exception : Les évaluations provisoires et les évaluations temporairement élevées ne seront pas protégées par cette « disposition relative aux droits acquis ». Elles sont de nature provisoire et ont été établies soit parce qu'il n'y avait pas suffisamment de données médicales pour effectuer une évaluation définitive, soit parce qu'on se trouvait en présence d'une affection instable. Dans ces cas spécifiques, l'évaluation en vigueur **avant** ces évaluations provisoires sera l'évaluation qui sera protégée par la « disposition relative aux droits acquis ».

À la suite de la mise en oeuvre de l'édition de 2006 de la Table des invalidités, une évaluation résultant de l'admissibilité à une indemnité ou à une augmentation d'une réévaluation sera payée lorsque le taux de l'évaluation est plus élevé que le taux protégé par la « disposition relative aux droits acquis ».

1.2 REMERCIEMENTS

Toute une gamme de sources de référence a été utilisée lors de l'élaboration de la Table des invalidités, et ces sources ont été citées en conséquence.

Le Ministre remercie l'American Medical Association et Veterans Affairs Australia d'avoir autorisé et facilité l'utilisation des *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment* de l'AMA et du *Guide to Assessment of Rates of Veterans' Pension* (Australie). Ces documents ont été les principales sources consultées.

1.3 DÉFINITIONS

À moins d'indication contraire, les définitions qui suivent s'appliquent à la Table des invalidités :

« Activités de la vie quotidienne » (AVQ) : Ensemble des activités nécessaires dans le cadre des soins personnels normaux, notamment l'hygiène personnelle, l'alimentation, l'habillage, le fait de se mouvoir dans un lit, le contrôle de la vessie et des intestins, les transferts et les déplacements dans la maison et/ou dans la collectivité.

« Activités de la vie autonome » (AVA) : Activités habituelles et coutumières exercées à domicile ou au travail, qui rendent l'autonomie possible. Parmi ces activités, mentionnons le magasinage, la préparation des repas, les travaux ménagers, l'utilisation de moyens de transport personnels ou publics et le jardinage.

« Déficience médicale » : Perte physique ou atteinte de toute partie ou de tout système de l'organisme et perte fonctionnelle qui en résulte.

« Perte fonctionnelle » : Atteinte d'un système de l'organisme ou écart par rapport à la norme, mesuré en comparant la performance de la personne avec celle d'une personne normale et en santé du même âge et du même sexe par rapport à un ensemble de fonctions vitales définies.

« Autre déficience » : Perte physique ou atteinte d'un système/appareil de l'organisme ou d'une de ses parties, notamment les malaises, douleurs, pronostics ou autres conséquences moins tangibles**.**

« Évaluation de la déficience médicale » : Évaluation du degré de déficience découlant d'une affection ou d'affectations regroupées ouvrant droit à des prestations d'invalidité, qui correspond à la gravité de ces affections et/ou la mesure dans laquelle elles diminuent la capacité du client de s'adonner aux activités normales de tous les jours, conformément aux critères qui figurent dans les chapitres spécifiques sur les affections de la Table des invalidités.

« Qualité de vie » (QV) : Capacité d'accomplir des activités de la vie autonome, d'établir et d'entretenir des relations personnelles appropriées et habituelles et de prendre part à des activités récréatives et communautaires.

« Cote de la qualité de vie » : Mesure des effets de l'affection ou des affections ouvrant droit à des prestations d'invalidité, reposant sur une comparaison de la qualité de vie actuelle et de la qualité de vie qu'aurait le client en l'absence de l'affection ou des affections ouvrant droit à des prestations d'invalidité, sur une échelle de 1 à 3; cette mesure se fait à l'aide des critères présentés dans le chapitre sur la qualité de vie de la Table des invalidités.

« Évaluation de la qualité de vie » : Résultat obtenu lorsqu'on applique la cote de la qualité de vie et l'évaluation de la déficience médicale totale à la table de conversion de la qualité de vie (**tableau 2.2**). On additionne alors l'évaluation de la qualité de vie et l'évaluation de la déficience médicale totale pour obtenir l'évaluation de l'invalidité.

« Évaluation de l'invalidité » : Somme de l'évaluation de la déficience médicale et de l'évaluation de la qualité de vie**.**

« Affections regroupées » : Affections ouvrant droit à des prestations d'invalidité qui touchent le même système/appareil de l'organisme ou qui entraînent une perte fonctionnelle semblable et ne peuvent être séparées aux fins de l'évaluation médicale. Ces affections sont regroupées afin d'obtenir l'évaluation de l'invalidité**.**

« Taux de pension » : Somme de la pension payable, exprimée en pourcentage et convertie en un versement forfaitaire ou en paiements mensuels en dollars, conformément aux annexes de la *Loi sur les pensions*.

« Étendue de l'invalidité (indemnités d'invalidité) » est le montant de prestations payables exprimé en pourcentage et payé en dollars conformément à l'annexe 3 de la *Loi sur le bien-être des vétérans.*

« Stabilité médicale » : Aux fins des indemnités, une invalidité ouvrant droit à des prestations d'invalidité est jugée stabilisée sur le plan médical lorsqu'il est peu probable qu'elle sera modifiée de façon notable au cours des 12 prochains mois, avec ou sans traitement médical. Des changements peuvent se produire à long terme, mais on ne prévoit pas de guérison. Lorsqu'on prévoit une amélioration rapide, après une intervention chirurgicale corrective par exemple, le Ministère décidera du moment où l'affection est jugée stabilisée aux fins de l'évaluation.

« Régulier » : Qui se répète à intervalles fixes.

« Majorité » : La majorité est un nombre plus grand que la moitié ou que 50 p. 100 du nombre total des critères donnés au niveau de l'invalidité aux fins des indemnités. S'il n'y a que deux critères à un niveau particulier, les deux critères doivent être satisfaits.

« Main dominante » : Aux fins des indemnités, la main dominante est la main que le membre, l'ancien combattant, ou le client utilise normalement pour écrire.

1.4 PRINCIPES D'ÉVALUATION

La Table des invalidités doit être utilisée pour évaluer les invalidités liées au service aux fins des indemnités d'invalidité.

En vertue de la *Loi sur les pensions* et la *Loi sur le bien-être des vétérans,* l'invalidité est définie comme étant « *la perte ou l'amoindrissement de la faculté de vouloir et de faire normalement des actes d'ordre physique ou mental* ». La déficience correspond à la perte fonctionnelle qui peut être mesurée et documentée de façon objective, tandis que l'invalidité, telle qu'elle est définie dans la *Loi sur les pensions* et la *Loi sur le bien-être des vétérans*, dépasse les limitations physiques de la déficience. Par conséquent, il faudra des renseignements médicaux (déficience) et non médicaux (qualité de vie) pour déterminer l'évaluation finale d'une invalidité.

Des évaluations sont effectuées lorsque les affections ouvrant droit à des prestations d'invalidité sont jugées médicalement stables.

(I) - Chapitres d'évaluation de la déficience médicale

La déficience comprend les deux composantes suivantes :

- la perte physique ou l'altération de toute partie ou de tout système de l'organisme, **et**
- la perte fonctionnelle qui peut découler de cette perte physique ou altération.

Les chapitres d'évaluation des déficiences médicales sont divisés selon les principaux groupes de fonctions vitales ou d'organes vitaux, qui sont désignés sous le nom de systèmes organiques aux fins de la Table des invalidités. Tous les chapitres comprennent une introduction, dans laquelle sont décrites les invalidités visées, et des directives spécifiques sur la façon d'évaluer les affectations individuelles ou regroupées ouvrant droit à des prestations d'invalidité.

Aux fins de l'évaluation de l'invalidité, la déficience médicale représente la dégradation de l'état de santé d'une personne résultant d'une affectation ou d'affectations regroupées ouvrant droit à des prestations d'invalidité. Elle est évaluée conformément à l'importance *relative* de la partie de l'organisme affectée ou du système organique affecté.

Exception : Lorsqu'une affection n'est pas visée dans un chapitre ou un tableau, cette affection est évaluée au cas par cas. Cela ne devrait se produire que rarement.

(II) - Chapitre sur la qualité de vie

Le chapitre sur la qualité de vie (QV) évalue les effets de l'affection ou des affections ouvrant droit à des prestations d'invalidité sur les composantes suivantes :

- La capacité de participer à des activités de la vie autonome;
- La capacité de participer à des activités récréatives et communautaires;
- La capacité d'entretenir des relations personnelles.

Le chapitre sur la QV mesure les inconvénients provoqués par l'affection ou les affections regroupées ouvrant droit à des prestations d'invalidité en comparant la qualité de vie actuelle et la qualité de vie que pourrait avoir le pensionné si l'affection ou les affections regroupées ouvrant droit à des prestations d'invalidité n'étaient pas présentes.

Dans la mesure du possible, le principal facteur à prendre en compte pour déterminer les effets de l'affection ou des affections regroupées ouvrant droit à des prestations d'invalidité sur la qualité de vie devrait être les activités habituelles qu'accomplissait le membre, l'ancien combattant ou le client avant l'invalidité ou son aggravation. De plus, l'incapacité d'accomplir ou d'adapter les activités habituelles de la QV doit être directement liée à l'affection ou aux affectations ouvrant droit à des prestations d'invalidité et non à d'autres variables ou caractéristiques comme une affection ou des affections n'ouvrant pas droit à des prestations d'invalidité, le manque d'aptitudes, de motivation, de choix, de disponibilité ou d'accès aux activités récréatives, à l'emploi, etc.

(III) Établissement de l'évaluation

La déficience médicale liée à chaque affection ou affections regroupées ouvrant droit à des prestations d'invalidité est établie par la cotation de l'affection ou des affections regroupées ouvrant droit à des prestations d'invalidité conformément aux directives du chapitre sur la déficience médicale pertinente. Dans les cas où une affection, ouvrant droit ou non à des prestations, joue un rôle dans la déficience liée à une affection ouvrant droit à des prestations d'invalidité, on peut effectuer une estimation du rôle de l'affection ouvrant droit ou non à des prestations d'invalidité en se servant du Tableau des contributions partielles.

La cote de déficience médicale est ensuite ajoutée à la cote de la qualité de vie pour obtenir l'évaluation de l'invalidité, exprimée en pourcentage. Bien que l'évaluation de l'invalidité puisse être plus élevée que 100 %, le montant payable des prestations d'invalidité ne peut pas dépasser 100 %, conformément à l'annexe I de la *Loi sur les pensions* ou à l'annexe 3 de la *Loi sur le bien-être des vétérans.*

1.5 UTILISATION DES TABLEAUX

(I) - Description des tableaux sur la déficience

Le concept de déficience médicale regroupe la perte physique ou l'atteinte d'une partie de l'organisme ou d'un système organique et la perte fonctionnelle qui en découle.

Les cotes sont établies à l'aide des tableaux. En général, tous les tableaux comprennent une cote de zéro. Cette cote ne traduit pas l'absence d'un état pathologique. Elle indique plutôt que, au moment de l'évaluation, aucun degré de déficience n'était mesurable.

Tous les tableaux comprennent des valeurs de référence. Les valeurs de référence sont des valeurs seuil, c.-à-d. que la cote ne s'applique que si le seuil est atteint ou dépassé.

Les chapitres comprennent des directives précisant la façon de déterminer si la valeur seuil a été atteinte. Dans certains tableaux, il suffit d'un seul critère pour que la cote s'applique. Dans d'autres tableaux, il faut toutefois que la majorité ou l'ensemble des critères soient respectés. **Il n'est pas permis d'établir des cotes entre les valeurs de référence qui figurent dans les tableaux.**

(II) - Choix du tableau

Il faut toujours utiliser un tableau correspondant aux affections à coter, à moins d'indication contraire dans le chapitre. Afin de choisir le tableau approprié, il faut cerner la perte fonctionnelle, se reporter au tableau portant sur le système organique approprié et trouver le critère de cotation.

(II.1) - Tableaux de déficience médicale

On utilise les tableaux de déficience médicale pour coter la déficience résultant de l'affection ou des affections regroupées ouvrant droit à des prestations d'invalidité. La déficience désigne la perte ou l'altération du fonctionnement normal d'un système organique. La déficience peut aussi désigner la perte physique ou l'atteinte de quelque partie ou système de l'organisme que ce soit. Dans certains chapitres, ce concept est plus large et comprend aussi la douleur, les malaises, les pronostics pessimistes et autres effets moins tangibles de l'affection ou des affections regroupées ouvrant droit à des prestations d'invalidité.

(II.2) - Tableau des contributions partielles

Si on détermine qu'une affection ouvrant droit ou non à des prestations d'invalidité a contribué à la déficience liée à une affection ou à des affections regroupées ouvrant déjà droit à des prestations d'invalidité, une estimation du rôle joué par l'affectation ou les affections regroupées est réalisée à l'aide du Tableau des contributions partielles, **à moins d'indication contraire dans le chapitre portant sur le système/appareil de l'organisme correspondant**. La décision concernant les contributions relatives doit se fonder sur les renseignements médicaux fournis sous forme d'un questionnaire ou de rapports médicaux et, dans certains cas, sur l'opinion d'un conseiller médical du Ministère.

Il doit exister des éléments de preuve médicaux montrant clairement la contribution de l'affection ouvrant droit ou non à des indemnités d'invalidité à l'affection ouvrant droit à des prestations d'invalidité faisant l'objet de l'évaluation.

Les éléments de preuve médicaux justifiant l'application du Tableau des contributions partielles doivent montrer clairement la contribution de cette affection à l'affection évaluée. Ils doivent être suffisants et indiquer précisément la portée de la contribution.

(II.3) - Tableau de conversion de la qualité de vie

Lorsque le niveau de la qualité de vie et l'évaluation de la déficience médicale ont été déterminés pour l'affectation ou les affections regroupées ouvrant droit à des prestations d'invalidité, on applique ensuite la table de conversion de la qualité de vie (**tableau 2.2**). On additionne ensuite le résultat et l'évaluation de la déficience médicale pour obtenir l'évaluation de l'invalidité.

(III) - Le processus d'évaluation

L'évaluation doit être effectuée conformément aux étapes suivantes :

- **Étape 1 :** Déterminer la cote de la déficience médicale pour chaque affection ou groupe d'affections ouvrant droit à des prestations d'invalidité en utilisant le chapitre sur la déficience correspondante.
- **Étape 2 :** Déterminer si le Tableau des contributions partielles s'applique.
- **Étape 3 :** Déterminer le niveau de qualité de vie en utilisant le chapitre sur la qualité de vie, **tableau 2.1.**
- **Étape 4 :** Attribuer une cote de qualité de vie à l'aide du tableau de conversion de la qualité de vie, **tableau 2.2.**
- **Étape 5 :** Additionner l'évaluation de la déficience totale et l'évaluation de la qualité de vie pour obtenir l'évaluation de l'invalidité.

(III.1) - Impossibilité d'évaluer le niveau de déficience

S'il est impossible d'obtenir un examen médical en raison de la situation médicale exceptionnelle du membre, de l'ancien combattant ou du client, l'évaluation de la déficience doit reposer sur tous les éléments de preuve médicaux courants disponibles.

(III.2) - Déficiences supplémentaires qui sont comprises dans l'évaluation des affections ouvrant droit à des prestations d'invalidité ou qui en sont exclues

Les Lignes directrices sur l'admissibilité à des indemnités d'invalidité renferment des conseils utiles sur l'affection ou les affections qui sont comprises dans l'admissibilité et dans l'évaluation d'une invalidité ouvrant droit à des prestations d'invalidité, et sur l'affection ou les affections qui ne sont pas comprises et qui nécessiteront une admissibilité distincte.

Dans les cas où une affection ouvrant droit à des prestations d'invalidité entraîne une autre affection distincte qui touche un autre système/appareil de l'organisme, les signes

et symptômes du deuxième système/appareil de l'organisme ne sont généralement pas pris en compte lors de l'évaluation de la première affection ou des premières affections regroupées ouvrant droit à des prestations d'invalidité. Il est alors nécessaire de demander une admissibilité distincte.

Certaines affections peuvent toutefois être étroitement liées à l'affection ou aux affections regroupées ouvrant droit à des prestations d'invalidité, si bien qu'elles sont comprises dans l'évaluation de cette affection ou de ce groupe d'affectations et qu'il n'est pas nécessaire d'obtenir une décision concernant l'admissibilité distincte.

(III.3) - Période de référence

On reconnaît que la gravité de bon nombre d'affections fluctue. Par conséquent, certains critères figurant dans la Table des invalidités font référence à l'apparition des symptômes pendant une période précise. Dans ces cas, il faut évaluer la gravité moyenne durant cette période. Lorsqu'aucune période de référence ne figure dans la Table des invalidités, on peut généralement considérer qu'une période de douze mois est raisonnable pour observer les variations saisonnières.

1.6 ADMISSIBILITÉ PARTIELLE

(I) - Contexte

Conformément à la *Loi sur les pensions* ou à la *Loi sur le bien-être des vétérans*, des pensions/des indemnités sont, sur demande, accordées aux membres des forces ou à leur égard, en cas d'invalidité causée par une blessure ou maladie - ou son aggravation - consécutive ou rattachée directement au service militaire. L'admissibilité s'établit à part entière ou partielle.

(II) - Octroi d'admissibilité partielle

Exemple II(a) :

En cas partielle, la cote de déficience médicale et la cote de QV sont additionnées, et le niveau d'admissibilité s'applique pour déterminer l'évaluation de l'invalidité.

On a accordé à un membre, à un ancien combattant ou à un client une admissibilité partielle pour un trouble dépressif majeur. Les étapes décrites ci-dessous montrent comment calculer l'évaluation de l'invalidité pour cette affection donnant un droit partiel.

Étape 1 : Déterminer la cote de la déficience médicale pour un trouble dépressif majeur **= 15**.
Étape 2 : Déterminer si le Tableau des contributions partielles s'applique.
Étape 3 : On a établi que le niveau de QV = 1. Pour la cote de la déficience

médicale de 15 %, la cote de qualité de vie à l'aide = **2**.

Étape 4 : Additionner la cote de la déficience médicale et la cote de QV **= 17 (15 + 2)**.

Étape 5 : Pour obtenir l'évaluation de l'invalidité pour un trouble dépressif majeur, appliquer le niveau d'admissibilité à l'évaluation obtenue à l'étape 4. **(4/5 x 17 % = 14 %)**

Exemple II(b) :

Dans les cas où une affection donnant un droit partiel à des prestations d'invalidité et une affection donnant un droit à part entière à des prestations d'invalidité coexistent dans le même système/appareil de l'organisme et où les effets des affections se recoupent et sont difficiles à distinguer à des fins d'évaluation, les affections ouvrant droit à des prestations d'invalidité sont regroupées pour l'évaluation. On utilise la fraction de l'indemnité la plus élevée pour calculer l'évaluation de l'invalidité découlant des affections regroupées.

On a accordé à un membre, à un ancien combattant ou à un client une admissibilité à part entière pour une douleur lombaire de nature mécanique et une admissibilité partielle pour une maladie discale lombaire. L'exemple qui suit montre les étapes à suivre pour calculer les évaluations de la déficience médicale pour les affections regroupées donnant un droit partiel à des prestations d'invalidité.

Admissibilité à part entière (5/5) pour une douleur lombaire de nature mécanique

Admissibilité partielle (4/5) pour une maladie discale lombaire

Étape 1 : Déterminer la cote de déficience médicale pour la douleur lombaire de nature mécanique et la maladie discale lombaire à l'aide du **tableau 17.19** dans le chapitre sur les affections musculosquelettiques. Cote de la déficience pour les deux affections = **13**.

Étape 2 : Déterminer la cote de QV = **Niveau 1 = 2**.

Étape 3 : Additionner la cote de déficience médicale et la cote de QV **= 15 (13 + 2).**

Étape 4 : Déterminer la fraction d'admissibilité la plus élevée des deux affections (5/5 pour la douleur lombaire de nature mécanique et 4/5 pour la maladie discale lombaire). **5/5** = fraction d'admissibilité la plus élevée.

Étape 5 : Pour déterminer l'évaluation de l'invalidité pour la douleur lombaire de nature mécanique et la maladie discale lombaire, appliquer la fraction d'admissibilité la plus élevée (5/5) à l'évaluation obtenue à l'étape 3. **(5/5 x 15 = 15 %)**

Chapitre 2
CHAPITRE D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE VIE

Introduction

Ce chapitre permet d'évaluer les effets d'une affection ouvrant droit à des prestations d'invalidité sur la qualité de vie (QV) d'un membre, d'un ancien combattant ou d'un client. Les activités de la vie autonome, les activités récréatives et communautaires et les relations personnelles sont des facteurs qui sont tous pris en compte pour établir la cote de la QV. On attribue une cote de la QV pour chaque affection ou groupe d'affections regroupées ouvrant droit à des prestations d'invalidité. On entend par « a*ffections regroupées* » les affections ouvrant droit à des prestations d'invalidité qui touchent la même partie de l'organisme ou qui entraînent une perte fonctionnelle semblable et ne peuvent pas être séparées à des fins d'évaluation médicale et qui sont groupées ou « regroupées » pour établir une cote de déficience médicale.

Les effets des affections ouvrant droit à des prestations d'invalidité peuvent limiter, voir empêcher, une personne de fonctionner dans l'optique des éléments de la QV susmentionnés qui font partie de la vie normale d'un membre, d'un ancien combattant ou d'un client du même âge qui n'est pas atteint d'une invalidité.

Il y a lieu de souligner que dans la mesure du possible, le principal facteur à prendre en compte pour déterminer les effets de l'affection ou des affections regroupées ouvrant droit à des prestations d'invalidité sur la qualité de vie devrait être les activités habituelles qu'accomplissait le membre, l'ancien combattant ou le client avant l'invalidité ou son aggravation. De plus, l'incapacité d'accomplir ou d'adapter les activités habituelles de la QV doit être directement liée à l'affection ouvrant droit à des prestations d'invalidité et non à d'autres variables ou caractéristiques comme une affection n'ouvrant pas droit à des prestations d'invalidité, le manque d'aptitudes, de motivation, de choix, de disponibilité ou d'accès aux activités récréatives, à l'emploi, etc. Le niveau de la QV approprié sera déterminé en fonction des renseignements fournis. En l'absence de ces renseignements, le membre, l'ancien combattant ou le client obtiendra la cote minimum 1 pour la QV en ce qui concerne la cote de déficience médicale.

Le décideur doit faire preuve de discernement en ce qui concerne la mesure dans laquelle l'affection ouvrant droit à des prestations d'invalidité a contribué aux effets sur la qualité de vie par rapport à d'autres facteurs comme des affections n'ouvrant pas droit à des prestations d'invalidité, etc. Le Tableau des contributions partielles ne doit pas être utilisé pour la cote de la QV, car il sert uniquement au calcul des cotes de déficience médicale.

Chaque fois qu'un droit à des prestations d'invalidité est accordé ou qu'une évaluation est révisée, par le Ministère ou le TACRA, on ajoute une cote de la QV pour chaque affection ou groupe d'affections regroupées ouvrant droit à des prestations d'invalidité à la cote de déficience médicale pour évaluer l'invalidité. C'est l'évaluation finale de l'invalidité qui ferait l'objet d'une révision ou d'un appel.

Exemple d'évaluation :

> Le membre, l'ancien combattant ou le client a droit à des prestations d'invalidité pour sinusite chronique et hypoacousie :
>
> La cote de déficience médicale pour une sinusite chronique,
> **tableau 10.2** (chapitre Affections du nez, de la gorge et des sinus) est de **5**.
> La cote de la qualité de vie (QV) pour une sinusite chronique,
> **tableau 2.2** (chapitre Qualité de vie) au niveau 1 est de **1**.
>
> **L'évaluation de l'invalidité pour la sinusite chronique est de 6 %.**
>
> La cote de déficience médicale pour l'hypoacousie,
> **tableau 9.1** (chapitre Hypoacousie et Affections de L'oreille) est de **20**.
> La cote de la qualité de vie (QV) pour l'hypoacousie,
> **tableau 2.2** (chapitre Qualité de vie) au niveau 1 est de **2**.
>
> **L'évaluation de l'invalidité pour l'hypoacousie est de 22 %.**
>
> **Le membre, l'ancien combattant ou le client aurait une invalidité totale de 28 % (6 % + 22 %).**

Admissibilité partielle :

En cas d'admissibilité partielle, la cote de déficience médicale et la cote de la QV sont additionnées et le niveau du droit est appliqué pour déterminer l'évaluation de l'invalidité.

En cas d'évaluations regroupées, la cote de déficience médicale et la cote de la QV sont additionnées, et le degré d'admissibilité le plus élevé s'applique pour déterminer l'évaluation de l'invalidité.

Définitions :

Par **« activités de la vie autonome »**, on entend la capacité du membre, de l'ancien combattant ou du client de poursuivre ses occupations journalières à domicile ou au travail et de s'adonner à des activités importantes telles que l'utilisation de formes de transport lui permettant de demeurer autonome. La capacité de travailler comprend tous les changements

et toutes les modifications qu'il faut apporter au travail ou au milieu de travail. Seuls les effets de l'affection ou des affections regroupées ouvrant droit à des prestations d'invalidité sur la capacité du membre, de l'ancien combattant ou du client de s'adonner à ces activités doivent être pris en considération. Il ne faut pas tenir compte de l'incapacité du membre, de l'ancien combattant ou du client d'accomplir des travaux ménagers, de se déplacer ou d'occuper un emploi pour toute autre raison (p. ex. choix, habitude, inexpérience, manque de compétences).

Par **« activités récréatives et communautaires »**, on entend la capacité du membre, de l'ancien combattant ou du client de participer à toute activité de son choix. La cote est fondée sur les activités récréatives et communautaires habituellement pratiquées par le membre, l'ancien combattant ou le client et mesure les limites qu'imposent l'affection ou les affections regroupées ouvrant droit à des prestations d'invalidité à la capacité de s'adonner à ces activités. Le tableau tient compte également de la nécessité pour le membre, l'ancien combattant ou le client de modifier ses activités récréatives ou d'en chercher d'autres. Les activités communautaires comprennent le travail bénévole.

Les **« relations personnelles »** désignent la capacité du membre, de l'ancien combattant ou du client d'établir des relations sociales, sexuelles et interpersonnelles appropriées et coutumières, à y prendre part et à les entretenir. Afin de déterminer l'effet de l'affection ou des affections regroupées ouvrant droit à des prestations d'invalidité sur les relations personnelles, il importe d'établir dans quelle mesure les effets physiques et psychologiques ces affections nuisent à la capacité ***habituelle*** du membre, de l'ancien combattant ou du client d'interagir socialement.

Méthode d'évaluation

Pour déterminer le bon niveau de la QV, on utilise trois (3) niveaux de cotes dans le **tableau 2.1** (niveau 1, niveau 2 et niveau 3).

Une fois que le bon niveau de la QV est établi et que la cote de déficience médicale de l'affection ou des affections regroupées ouvrant droit à des prestations d'invalidité est définie, le calcul final de la cote de la QV s'effectue à l'aide du **tableau 2.2**.

Niveau 1

À ce niveau, la qualité de vie du membre, de l'ancien combattant ou du client est considérée comme étant légèrement touchée par l'affection ou les affections regroupées ouvrant droit à des prestations d'invalidité. On entend par « légèrement touchée » un changement mineur de la qualité de vie habituelle et coutumière dû à l'affection ou aux affections regroupées ouvrant droit à des indemnités d'invalidité.

Niveau 2

À ce niveau, la qualité de vie du membre, de l'ancien combattant ou du client est considérée comme étant modérément touchée par l'affection ou les affections regroupées ouvrant droit à des prestations d'invalidité. On entend par « modérément touchée » un changement moyen de la qualité de vie habituelle et coutumière dû à l'affection ou aux affections regroupées ouvrant droit à des prestations d'invalidité.

Niveau 3

À ce niveau, la qualité de vie du membre, de l'ancien combattant ou du client est considérée comme étant extrêmement touchée par l'affection ou les affections regroupées ouvrant droit à des prestations d'invalidité. On entend par « extrêmement touché » un changement important de la qualité de vie habituelle et coutumière dû à l'affection ou aux affections regroupées ouvrant droit à des prestations d'invalidité.

Calcul de la cote de qualité de vie et évaluation de l'invalidité

Suivre les étapes ci-dessous pour calculer la cote de la QV.

Étape 1 : Déterminer le niveau de la QV dû à chaque affection ou groupe d'affections regroupées ouvrant droit à des prestations d'invalidité à l'aide du **tableau 2.1***.*

Étape 2 : Déterminer la cote de la QV à l'aide du **tableau 2.2**. Établir la cote de la déficience médicale pour l'affection ou les affections regroupées ouvrant droit à des prestations d'invalidité telle qu'elle a été calculée à l'aide des chapitres sur les affections et utiliser le niveau de la QV pour déterminer la cote finale de la QV pour chaque affection ou groupe d'affections regroupées ouvrant droit à des prestations d'invalidité.

Étape 3 : Si le client a un droit à part entière à des prestations d'invalidité pour une affection, additionner la cote de déficience médicale et la cote de la QV pour obtenir l'évaluation de l'invalidité.

[Si le client a une admissibilité partielle pour une affection] :

La cote de déficience médicale et la cote de la QV sont additionnées, et le niveau d'admissibilité sert à déterminer l'évaluation de l'invalidité.

En cas d'évaluations regroupées, la cote de déficience médicale et la cote de la QV sont additionnées, et on utilise le degré le plus élevé d'admissibilité pour déterminer l'évaluation de l'invalidité.

On attribue à chaque membre, à chaque ancien combattant ou à chaque client une cote dans la colonne de niveau 1 en fonction de la cote de déficience médicale attribuable à l'affection ou aux affections regroupées ouvrant droit à des prestations d'invalidité (calculées à l'aide des chapitres sur les affections), à moins qu'il ne soit établi que les critères permettant de fixer une cote plus élevée de niveau 2 ou de niveau 3 sont respectés. Pour fixer une cote de niveau 2 ou 3, la majorité des critères pour ce niveau doit être respectée.

Tableau 2.1 - Établissement du niveau de la QV

Tableau 2.1 - Établissement du niveau de la QV

Niveau de la QV	Critère
Niveau 1	Légère difficulté à poursuivre les activités *habituelles et coutumières* de la vie quotidienne*,* les activités récréatives et communautaires et/ou les relations personnelles en raison de l'affection ou des affections regroupées ouvrant droit à des indemnités d'invalidité : • Peut accomplir les tâches domestiques et ménagères sans aide, mais avec plus d'effort; ou peut occuper son emploi habituel, mais a de la difficulté à exercer toutes les activités professionnelles en raison de l'affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité et une modification du lieu de travail, l'utilisation d'aides ou une restructuration des tâches peuvent être nécessaires; • Peut conduire un véhicule privé ou utiliser les transports en commun sans aide, mais des adaptations, des sièges spéciaux ou des pauses plus fréquentes peuvent être nécessaires; • Légère restriction de la fréquence, du type et de la qualité des activités récréatives et communautaires habituelles et coutumières, p. ex., fréquence réduite de l'activité; peut avoir besoin d'aide pour participer à l'activité; peut avoir besoin de changer la routine ou l'activité; les activités récréatives et communautaires restent agréables; • Légère réduction de l'ampleur*, de la fréquence et de la qualité des relations interpersonnelles et sociales habituelles et coutumières, p. ex. les contacts avec la famille, les amis, les collègues et les voisins peuvent se poursuivre, mais les contacts avec les connaissances et la participation à de grandes rencontres peuvent être évités ou réduits; les conflits sont plus fréquents qu'auparavant; incapacité d'assumer certaines responsabilités familiales ou sociales habituelles, en raison de l'affection ou des affections regroupées ouvrant droit à des indemnités d'invalidité.
Niveau 2	Difficulté modérée à poursuivre les activités *habituelles et coutumières* de la vie quotidienne*,* les activités récréatives et communautaires et/ou les relations personnelles en raison de l'affection ou des affections regroupées ouvrant droit à des indemnités d'invalidité. La majorité des critères suivants doivent être respectés pour une cote de niveau 2 : • Peut accomplir les tâches domestiques et ménagères avec de l'aide ou des adaptations spéciales; ou est incapable de travailler à temps plein dans un emploi ordinaire ou a dû changer d'emploi ou réduire le nombre d'heures de travail ou les deux en raison de l'affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité; • Incapable de conduire mais peut se déplacer comme passager à bord d'un véhicule public ou personnel avec de l'aide et/ou des adaptations spéciales;

Niveau de la QV	Critère
Niveau 2 (continue)	• Limitation modérée du type, de la fréquence et de la qualité des activités récréatives et communautaires habituelles et coutumières, p. ex. réduction importante de la fréquence de ces activités; des changements doivent être apportés aux habitudes ou activités; capacité de participer aux activités, mais besoin d'aide; • Réduction modérée de *l'ampleur, de la fréquence et de la qualité des relations interpersonnelles et sociales habituelles et coutumières; relations sont surtout limitées à la famille immédiate et aux amis intimes; incapacité d'assumer la plupart des responsabilités familiales habituelles et coutumières, et manque d'intérêt ou angoisse à l'égard des activités ou des sorties sociales ou familiales, en raison de l'affection ou des affections regroupées ouvrant droit à des indemnités d'invalidité.
Niveau 3	Difficulté extrême à poursuivre les activités *habituelles et coutumières* de la vie quotidienne, les activités récréatives et communautaires et/ou les relations personnelles en raison de l'affection ou des affections regroupées ouvrant droit à des indemnités d'invalidité. La majorité des critères suivants doivent être respectés pour une cote de niveau 3 : • Ne peut pas accomplir les tâches domestiques et ménagères même avec de l'aide ou des adaptations spéciales OU ne peut pas travailler en raison de l'affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité; • Ne peut pas utiliser les transports en commun ou un véhicule personnel; a besoin d'utiliser les services de transport adapté; • Limitation marquée du type, de la fréquence et de la qualité des activités récréatives et communautaires habituelles et coutumières, p. ex. incapacité de participer aux activités habituelles et coutumières ni à des activités de rechange; • Réduction marquée de l'ampleur*, de la fréquence et de la qualité des relations interpersonnelles et sociales habituelles et coutumières; relations extrêmement limitées avec difficulté extrême à avoir des contacts avec quiconque, p. ex. absence totale ou presque totale de contacts avec les membres de la famille, les amis intimes : les rapports avec la famille ou les amis, etc. sont presque inexistants et très tendus; incapacité d'assumer la plupart des responsabilités familiales habituelles et coutumières.

*** L'ampleur se rapporte à la famille, aux amis, aux collègues et aux voisins.**

Tableau 2.2 - Tableau de CONVERSION de la qualité de vie

(Cote de déficience médicale + Cote de la QV = Évaluation de l'invalidité ouvrant droit à des prestations d'invalidité)

Tableau 2.2 - Tableau de CONVERSION de la qualité de vie

Cote de déficience médicale (calculée à l'aide des chapitres sur les affections)	Niveau 1 Cote de la QV	Niveau 2 Cote de la QV	Niveau 3 Cote de la QV
1-10	1	2	S/O
11 - 20	2	3	5
21 - 30	3	5	7
31 - 40	4	6	9
41 - 50	5	7	11
51 - 60	6	9	13
61 - 70	7	11	15
71 - 80	8	13	17
81 - 100	10	15	20

Remarque : Selon la *Loi sur les pensions*, le paiement des indemnités d'invalidité ne peut pas dépasser le maximum de 100 % établi à l'Annexe I ou encore à l'Annexe 3 de la *Loi sur le bien-être des vétérans.*

Chapitre 3

CONTRIBUTIONS PARTIELLES

(I) - Introduction

Des contributions partielles doivent être établies dans tous les cas où une déficience médicale n'est pas uniquement causée par une affection ou des affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité faisant l'objet d'une évaluation.

(II) - Méthode permettant de déterminer si des contributions partielles doivent être établies

Le décideur doit faire preuve de discernement en s'appuyant sur des preuves médicales pertinentes pour déterminer si des affections n'ouvrant pas droit à des indemnités d'invalidité ou des affections ouvrant déjà droit à des indemnités d'invalidité contribuent à la déficience médicale faisant l'objet d'une évaluation. La décision concernant les contributions relatives doit se fonder sur des renseignements médicaux fournis sous forme d'un questionnaire ou de rapports médicaux et, dans certains cas, sur l'opinion d'un conseiller médical du Ministère.

La contribution doit être exprimée de la façon suivante : « L'affection (les affections) ouvrant droit à des indemnités d'invalidité faisant l'objet d'une évaluation contribue (contribuent) dans une proportion 'entière', 'des trois- quarts', 'de la moitié', 'du quart', ou ne contribue (contribuent) 'aucunement'... à la déficience médicale. »

Si plusieurs affections n'ouvrant pas droit à des indemnités d'invalidité ou des affections ouvrant déjà droit à des indemnités d'invalidité jouent un rôle dans l'évaluation d'une déficience médicale, leurs contributions doivent être traitées comme une seule entité.

(III) - Méthode permettant d'établir les contributions partielles

Étape 1 : Déterminer l'évaluation de la déficience découlant de l'affection ou des affections regroupées ouvrant droit à des indemnités d'invalidité faisant l'objet d'une évaluation en utilisant le ou les chapitres d'évaluation appropriés.

Étape 2 : Trouver le niveau d'évaluation de la déficience dans le **tableau 3.1**.

Étape 3 *:* Trouver la contribution de l'affection ou des affections regroupées ouvrant droit à des indemnités d'invalidité faisant l'objet d'une évaluation dans la première rangée du **tableau 3.1**.

Étape 4 : La valeur qui figure à l'intersection de la rangée appropriée de l'évaluation de la déficience et de la colonne appropriée de la contribution est l'évaluation de la déficience correspondant à la contribution partielle.

Tableau 3.1 - Tableau des contributions partielles

Évaluation de la déficience médicale	Entière	Environ ¾	Environ ½	Environ ¼	Aucune
0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	0	0
2	2	2	1	1	0
3	3	3	2	1	0
4	4	4	2	1	0
5	5	5	3	2	0
6	6	6	4	2	0
7	7	7	4	2	0
8	8	7	5	2	0
9	9	8	6	3	0
10	10	9	6	3	0
11	11	10	7	3	0
12	12	11	7	4	0
13	13	12	8	4	0
14	14	12	9	4	0
15	15	14	9	5	0
16	16	15	10	5	0
17	17	16	11	5	0

Évaluation de la déficience médicale	Entière	Environ ¾	Environ ½	Environ ¼	Aucune
18	18	17	11	6	0
19	19	18	12	6	0
20	20	19	12	6	0
21	21	20	13	7	0
22	22	21	14	7	0
23	23	21	14	7	0
24	24	22	15	7	0
25	25	23	16	8	0
26	26	24	16	8	0
27	27	25	17	8	0
28	28	26	17	9	0
29	29	27	18	9	0
30	30	28	19	9	0
31	31	29	19	10	0
32	32	30	20	10	0
33	33	31	20	10	0
34	34	32	21	11	0
35	35	33	22	11	0
36	36	33	22	11	0
37	37	34	23	11	0
38	38	35	24	12	0
39	39	36	24	12	0
40	40	37	25	12	0
41	41	38	25	13	0
42	42	39	26	13	0
43	43	40	27	13	0
44	44	41	27	14	0
45	45	42	28	14	0
46	46	43	29	14	0
47	47	44	30	15	0
48	48	45	30	15	0

Évaluation de la déficience médicale	Entière	Environ ¾	Environ ½	Environ ¼	Aucune
49	49	46	30	15	0
50	50	47	31	16	0
51	51	47	32	16	0
52	52	48	32	16	0
53	53	49	33	16	0
54	54	50	33	17	0
55	55	51	34	17	0
56	56	52	35	17	0
57	57	53	35	18	0
58	58	54	36	18	0
59	59	55	37	18	0
60	60	56	37	19	0
61	61	57	38	19	0
62	62	58	38	19	0
63	63	59	39	20	0
64	64	60	40	20	0
65	65	60	40	20	0
66	66	61	41	20	0
67	67	62	42	21	0
68	68	63	42	21	0
69	69	64	43	21	0
70	70	65	43	22	0
71	71	66	44	22	0
72	72	67	45	22	0
73	73	68	45	23	0
74	74	69	46	23	0
75	75	70	47	23	0
76	76	71	47	24	0
77	77	72	48	24	0
78	78	73	49	24	0
79	79	73	49	24	0
80	80	74	50	25	0

Évaluation de la déficience médicale	Entière	Environ ¾	Environ ½	Environ ¼	Aucune
81	81	75	50	25	0
82	82	76	51	25	0
83	83	77	52	26	0
84	84	78	52	26	0
85	85	79	53	25	0
86	86	80	53	27	0
87	87	81	54	27	0
88	88	82	55	27	0
89	89	83	55	28	0
90	90	84	56	28	0
91	91	85	57	28	0
92	92	86	57	29	0
93	93	86	58	29	0
94	94	87	58	29	0
95	95	88	59	29	0
96	96	89	60	30	0
97	97	90	60	30	0
98	98	91	61	30	0
99	99	92	61	31	0
100	100	93	62	31	0

Chapitre 4

ORGANES PAIRS ET MEMBRES PAIRS

I. Renvoi aux politiques d'Anciens Combattants Canada.

Les dispositions de cette section doivent être lues conjointement avec la politique Perte de l'un des organes ou membres pairs et la politique sur l'Indemnité pour douleur et souffrance.

II. Conditions relatives à l'octroi d'indemnités en vertu du principe régissant les organes pairs et les membres pairs conformément à la *Loi sur les pensions* ou à la *Loi sur le bien-être des vétérans*.

Les conditions relatives à l'octroi d'indemnités en vertu du principe régissant les organes pairs et les membres pairs sont établies à l'article 36 de la *Loi sur les pensions,* qui se lit comme suit :

> « Lorsqu'un membre des forces qui touche des indemnités d'invalidité en raison de la perte de l'un des organes ou membres pairs de son organisme ou de la perte en permanence de l'usage d'un tel organe ou membre subit, antérieurement ou postérieurement à cette perte, la perte de l'organe ou membre correspondant, la perte en permanence de l'usage de celui-ci ou un affaiblissement de celui-ci, pour quelque cause que ce soit, il est accordé à ce membre, sur demande, des indemnités d'invalidité supplémentaire d'un montant égal à cinquante pour cent de la pension qui lui aurait été accordée si la perte de cet organe ou membre, la perte en permanence de l'usage de celui-ci ou l'affaiblissement de celui-ci était survenu dans des circonstances telles qu'une pension aurait été payable en vertu de l'article 21.»

ou

à l'article 47 de la *Loi sur le bien-être des vétérans*, qui se lit comme suit :

> *(1) «* Le ministre peut, sur demande, verser une indemnité pour douleur et souffrance au militaire ou vétéran à qui une indemnité d'invalidité ou une indemnité pour douleur et souffrance a été versée – ou pour qui une indemnité pour douleur et souffrance est exigible – en raison de la perte de l'un de ses organes ou membres pairs ou de la perte en permanence de l'usage d'un tel permanence de l'usage d'un tel organe ou membre si,

antérieurement ou postérieurement à cette perte, pour quelque cause que ce soit, il subit la perte, la perte en permanence de l'usage ou l'affaiblissement de l'autre organe ou membre de la paire.

(2) Le degré d'invalidité estimé dans ce cas est égal à cinquante pour cent du degré d'invalidité qui aurait été estimé si la perte de l'organe ou membre ou la perte en permanence de l'usage ou l'affaiblissement de celui-ci était survenu dans des circonstances telles qu'une indemnité aurait été versée au titre de l'article 45.

III. Application

En vertu des dispositions de l'article 36 de la *Loi sur les pensions* ou de l'article 47 de la *Loi sur le bien-être des vétérans*, les organes pairs comprennent les oreilles[1], les yeux, les reins, les ovaires et les testicules. Les membres pairs comprennent les membres supérieurs et les membres inférieurs.

Les pensions accordées pour les maladies pulmonaires en vertu de l'article 21 de la *Loi sur les pensions* ou de l'article 45 de la *Loi sur le bien-être des vétérans* visent les deux poumons. Par conséquent, l'article 36 de la *Loi sur les pensions* et l'article 47 de la *Loi sur le bien-être des vétérans* ne s'appliquent pas aux poumons.

Pour que des indemnités d'invalidité soient accordées en vertu de l'article 36 *de la Loi sur les pensions* (organes et membres pairs) ou de l'article 47 de la *Loi sur le bien-être des vétérans*, la première affection doit satisfaire aux exigences minimales en matière d'invalidité pour la perte totale ou partielle de l'organe ou du membre.

Les exigences minimales en matière d'invalidité pour la perte totale ou partielle de l'utilisation du premier organe ou membre sont énoncées ci-dessous.

Exigences minimales en matière d'invalidité

Perte totale ou partielle de l'utilisation d'un organe ou d'un membre	Évaluation minimale de l'invalidité (perte totale) pour la première affection
Oreille	10
Oeil	29

[1]Normalement, des indemnités d'invalidité sont accordées pour une perte auditive bilatérale à moins qu'il n'existe une preuve convaincante d'invalidité dans une seule oreille qui est attribuable ou directement liée au service.

Perte totale ou partielle de l'utilisation d'un organe ou d'un membre	Évaluation minimale de l'invalidité (perte totale) pour la première affection	
Rein	15	
Ovaire	5	
Testicule	5	
Membre (inférieur)	48	
Membre (supérieur)	Dominant 58	Non dominant 43

Dans le **tableau 17.9** sur les membres inférieurs musculosquelettiques, on considère les membres inférieurs comme une unité. Le Tableau des contributions partielles devrait donc être utilisé pour l'évaluation d'un membre.

IV. Évaluation de l'invalidité d'organes pairs

Les organes pairs ayant une fonction complémentaire et commune, la perte totale de l'un de ceux-ci peut avoir relativement peu d'effets immédiats. L'affaiblissement ou la perte du second organe pair entraîne généralement un accroissement important de l'invalidité. Ainsi quand le droit à des indemnités d'invalidité peut être reconnu pour les deux organes, la perte fonctionnelle doit être évaluée dans son ensemble, même si l'indemnité à l'égard du second organe est accordée en vertu de l'article 36 de la *Loi sur les pensions* ou de l'article 47 de la *Loi sur le bien-être des vétérans.* Par exemple, dans le cas d'un membre, d'un ancien combattant ou d'un client qui touche des indemnités d'invalidité parce qu'il a perdu la vision de l'oeil droit (première affection) et que, par suite d'une cause naturelle, il perd la vision de l'oeil gauche (seconde affection), si l'on s'en tient seulement à la moitié de l'évaluation normale pour l'oeil gauche, l'évaluation en vertu de l'article 36 de la *Loi sur les pensions* ou de l'article 47 de la *Loi sur le bien-être des vétérans* serait : 1/2 de 29 % = 14,5 %. En fait, la perte complète de la vue du côté gauche a entraîné une perte fonctionnelle totale. Par conséquent, l'évaluation de l'invalidité relative aux organes pairs en vertu de l'article 36 de la *Loi sur les pensions* ou de l'article 47 de la *Loi sur le bien-être des vétérans* devrait en fait être calculée comme suit :

100 % - 29 % = 71 % / 2 = 35,5 % (arrondi à 36 %)

Les exemples suivants montrent comment évaluer l'invalidité d'organes pairs en vertu de l'article 36 de la *Loi sur les pensions* ou de l'article 47 de la *Loi sur le bien-être des vétérans* :

- Oreilles et ouïe : Exemple IX.1(i)
- Yeux et vision : Exemple IX.2(i), IX.2(ii) et IX.2(iii)
- Testicules : Exemple IX.3(i) et IX.3(ii)
- Ovaires : Exemple IX.3(iii)
- Reins : Exemple IX.4(i) et IX.4(ii)

V. Évaluation de l'invalidité de membres pairs

La perte du second membre ou la perte de l'utilisation ou l'affaiblissement du second membre n'entraîne pas moins d'invalidité et doit faire l'objet d'une évaluation distincte, compte tenu du principe selon lequel l'évaluation globale ou combinée des affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité, y compris l'indemnisation versée en vertu de l'article 36 de la *Loi sur les pensions* ou de l'article 47 de la *Loi sur le bien-être des et vétérans*, ne peut pas dépasser 100 %.

L'exemple suivant montre comment évaluer l'invalidité de membres pairs en vertu de l'article 36 de la *Loi sur les pensions* ou de l'article 47 de la *Loi sur le bien-être des vétérans* :

- Membres supérieurs et inférieurs : Exemple IX.5(i)

VI. Droit partiel à des indemnités d'invalidité pour le premier organe ou membre

Le droit partiel à des indemnités d'invalidité pour le premier organe ou membre pair n'empêche pas l'indemnisation de l'autre organe ou membre en vertu de l'article 36 de la *Loi sur les pensions* ou de l'article 47 de la *Loi sur le bien-être des vétérans*. Dans ces cas, des indemnités d'invalidité seront accordées pour l'organe ou membre pair en vertu de l'article 36 de la *Loi sur les pensions* ou de l'article 47 de la *Loi sur le bien-être des vétérans*; les indemnités versées correspondront à la moitié de l'invalidité réelle dans le cas d'un membre, quel que soit le montant partiel obtenu pour le premier organe ou membre. Autrement dit, les indemnités supplémentaires accordées à l'égard de l'organe ou membre pair seront calculées conformément aux articles (IV) et (V) du présent chapitre, selon le cas, comme si le membre, l'ancien combattant ou le client touchait des indemnités d'invalidité à part entière pour le premier organe ou membre.

Les exemples suivants montrent comment évaluer des organes ou membres pairs lorsque la première affection donne déjà partiellement droit à des indemnités d'invalidité :

- Oreilles et ouïe : Exemples IX.1(ii) et IX.I(iii)
- Membres supérieurs et inférieurs : Exemple IX.5(ii)

VII. Pension à l'égard d'une affection consécutive

Lorsque la perte, la perte permanente de l'usage ou l'affaiblissement d'un organe ou d'un membre peut donner droit à des indemnités d'invalidité en tant qu'affection consécutive, en vertu du paragraphe 21(5) de la *Loi sur les pensions* ou de l'article 46 de la *Loi sur le bien-être des vétérans*, ou en tant qu'organe ou membre pair, en vertu de l'article 36 *de la Loi sur les pensions* ou de l'article 47 de la de la *Loi sur le bien-être des vétérans*, l'affection sera indemnisée et évaluée en vertu de l'article 36 de la *Loi sur les pensions* ou de l'article 47 de la *Loi sur le bien-être des vétérans* uniquement si cela donne lieu à une évaluation plus avantageuse.

VIII. Évaluation en vertu de l'article 36 de la *Loi sur les pensions* pour déterminer l'invalidité totale aux fins de l'allocation d'incapacité exceptionnelle

Les indemnités supplémentaires accordées en vertu de l'article 36 de *la Loi sur les pensions* doivent s'ajouter à toutes les autres affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité pour déterminer si le membre, l'ancien combattant ou le client souffre d'une invalidité totale aux fins de l'allocation d'incapacité exceptionnelle au sens de l'article 72, et ils doivent être pris en compte pour décider si et dans quelle mesure le membre, l'ancien combattant ou le client peut toucher l'allocation d'incapacité exceptionnelle. Les évaluations comportant des fractions seront arrondies au chiffre entier le plus proche.

IX. Exemples – Partie intégrante des directives

Les exemples ou illustrations qui suivent font partie intégrante de la directive et doivent être lus et utilisés conjointement avec celle-ci et avec les chapitres sur les déficiences médicales correspondant à l'organe ou au membre pair.

Si l'évaluation de l'organe pair est une décimale, il faut l'arrondir au chiffre entier le plus proche (arrondissement supérieur à 0,5, p. ex. 5,5 devient 6; arrondissement inférieur à 0,5, p. ex. 5,3 devient 5).

IX.1 Organes pairs - Oreilles

Exemple IX.1(i) : Le membre, l'ancien combattant ou le client touche des indemnités d'invalidité pour hypoacousie dans l'oreille droite (surdité totale dans une oreille). L'évaluation de l'invalidité en vertu de l'article 21 de la *Loi sur les pensions* ou de l'article 45 de la *Loi sur le bien-être des vétérans* est de **10 %.** Le membre, l'ancien combattant ou le client se voit ensuite accorder une indemnité en vertu de l'article 36 de la *Loi sur les pensions* ou de l'article 47 de la *Loi sur le bien-être des vétérans* pour hypoacousie dans l'oreille gauche.

- **Étape 1 :** Supposons que l'évaluation de l'invalidité pour la perte totale de l'ouïe est de **27 % (24 +3)**. **(Niveau 1 Qualité de Vie (QV)**
- **Étape 2 :** Pour évaluer l'oreille gauche, calculer la différence entre l'évaluation de la perte totale de l'ouïe (étape 1) et l'évaluation de l'oreille droite : **27 % - 10 % = 17 %**.
- **Étape 3 :** Pour évaluer l'invalidité pour l'oreille gauche, en tant qu'organe pair en vertu de l'article 36 de la *Loi sur les pensions* ou de l'article 47 de la *Loi sur le bien-être des vétérans*, calculer la moitié de l'évaluation de l'oreille gauche établie à l'étape 2 : **1/2 x 17 % = 8,5 % (arrondi à 9 %).**

  Le résultat est l'évaluation de l'invalidité de l'organe pair aux termes des dispositions applicables de la *Loi sur les pensions* ou de la *Loi sur le bien-être des vétérans*.

Exemple IX.1(ii) : Le membre, l'ancien combattant ou le client bénéficie d'un droit partiel à des indemnités d'invalidité de 3/5 pour hypoacousie dans l'oreille droite (surdité totale dans l'oreille droite). L'évaluation de l'invalidité en vertu de l'article 21 de la *Loi sur les pensions* ou de l'article 45 de la *Loi sur le bien-être des vétérans* est de **9 % (3/5 x 14 %).** Le membre, l'ancien combattant ou le client se voit ensuite accorder des indemnités d'invalidité en vertu de l'article 36 de la *Loi sur les pensions* ou de l'article 47 de la *Loi sur le bien-être des vétérans* pour une otite externe dans l'oreille gauche.

- **Étape 1 :** Supposons que l'évaluation de l'invalidité pour l'otite externe de l'oreille gauche est de **5 % (4 + 1)**. **(Niveau de QV 1)**
- **Étape 2 :** Pour évaluer l'oreille gauche en tant qu'organe pair en vertu de l'article 35 de la *Loi sur les pensions* ou de l'article 47 de la *Loi sur le bien-être des vétérans*, calculer la moitié de l'évaluation pour l'oreille gauche établie à l'étape 1 : **1/2 x 5 % = 2,5 % (arrondi à 3 %)**

  Le résultat est l'évaluation de l'invalidité de l'organe pair aux termes des dispositions applicables de la *Loi sur les pensions* ou de la *Loi sur le bien-être des vétérans*.

Exemple IX.1(iii) : Le membre, l'ancien combattant ou le client bénéficie d'un droit partiel à des indemnités d'invalidité de 2/5 pour hypoacousie dans l'oreille droite (surdité totale dans l'oreille droite). L'évaluation de l'invalidité en vertu de l'article 21 de la *Loi sur les pensions* ou de l'article 45 de la *Loi sur le bien-être des vétérans* est de **4 % (2/5 x 10 %).** Le membre, l'ancien combattant ou le client se voit ensuite accorder des indemnités d'invalidité en vertu de l'article 36 de la *Loi sur les pensions* ou de l'article 47 de la *Loi sur le bien-être des vétérans* pour hypoacousie dans l'oreille gauche.

- **Étape 1 :** Supposons que l'évaluation de l'invalidité pour la perte totale de l'ouïe est de **18 % (15 +3)**. **(Niveau 1 QV 1)**
- **Étape 2 :** Pour évaluer l'oreille gauche, calculer la différence entre l'évaluation de l'invalidité à part entière (étape 1) et l'évaluation de l'oreille droite : **18 % - 10 % = 8 %**.
- **Étape 3 :** Pour évaluer l'invalidité pour l'oreille gauche, en tant qu'organe pair en vertu de l'article 36 de la *Loi sur les pensions* ou de l'article 47 de la *Loi sur le bien-être des vétérans*, calculer la moitié de l'évaluation de l'oreille gauche établie à l'étape 2 : **1/2 x 8 % = 4 %.**

  Le résultat est l'évaluation de l'invalidité de l'organe pair aux termes des dispositions applicables de la *Loi sur les pensions* ou de la *Loi sur le bien-être des vétérans*.

IX.2 Organes pairs - Yeux et vision

Exemple IX.2(i) : Le membre, l'ancien combattant ou le client touche des indemnités d'invalidité pour perte de vision dans l'oeil droit. L'évaluation de l'invalidité en vertu de l'article 21 est de **29 %.** Le membre, l'ancien combattant ou le client se voit ensuite accorder des indemnités d'invalidité en vertu de l'article 36 de la *Loi sur les pensions* ou de l'article 47 de la *Loi sur le bien-être des vétérans* pour perte de vision dans l'oeil gauche. L'acuité visuelle de l'oeil gauche est de 6/60.

- **Étape 1 :** Évaluation totale de l'invalidité = **93 % (76 + 17)**. **(Niveau de QV 3)**
- **Étape 2 :** Pour évaluer l'oeil gauche, calculer la différence entre l'évaluation de la déficience visuelle totale et l'évaluation de l'oeil droit : **93 % - 29 % = 64 %**.
- **Étape 3 :** Pour évaluer l'invalidité pour l'oeil gauche, en tant qu'organe pair en vertu de l'article 36 de la *Loi sur les pensions* ou de l'article 47 de la *Loi sur le bien-être des vétérans*, calculer la moitié de l'évaluation de l'oeil gauche établie à l'étape 2 : **1/2 x 64 % = 32 %.**

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité de l'organe pair aux termes des dispositions applicables de la *Loi sur les pensions* ou de la *Loi sur le bien-être des vétérans*.

Exemple IX.2(ii) : Le membre, l'ancien combattant ou le client touche des indemnités d'invalidité pour la perte de l'oeil droit. L'évaluation de l'invalidité en vertu de l'article 21 de la *Loi sur les pensions* ou de l'article 45 de la *Loi sur le bien-être des vétérans* est de **29 %.** Le membre, l'ancien combattant ou le client se voit ensuite accorder des indemnités d'invalidité en vertu de l'article 36 de la *Loi sur les pensions* ou de l'article 47 de la *Loi sur le bien-être des vétérans* pour un trouble de la vision dans l'oeil gauche. L'acuité visuelle de l'oeil gauche est de 6/24.

- **Étape 1 :** Évaluation totale de l'invalidité visuelle = **61 % (52 + 9)**. **(Niveau de QV 2)**
- **Étape 2 :** Pour évaluer l'oeil gauche, calculer la différence entre l'évaluation de la déficience visuelle totale et l'évaluation de la perte de vision dans l'œil droit : **61 % - 29 % = 32 %**.
- **Étape 3 :** Pour évaluer l'invalidité pour l'oeil gauche, en tant qu'organe pair en vertu de l'article 36 de la *Loi sur les pensions* ou de l'article 47 de la *Loi sur le bien-être des vétérans*, calculer la moitié de l'évaluation de l'oeil gauche établie à l'étape 2 : **1/2 x 32 % = 16 %.**

  Le résultat est l'évaluation de l'invalidité de l'organe pair aux termes des dispositions applicables de la *Loi sur les pensions* ou de la *Loi sur le bien-être des vétérans*.

Exemple IX.2(iii) : Le membre, l'ancien combattant ou le client touche des indemnités d'invalidité pour perte de la vision dans l'oeil droit. L'évaluation de l'invalidité en vertu de l'article 21 est de **29 % (26 + 3)**. Le membre, l'ancien combattant ou le client a ensuite droit à des indemnités d'invalidité pour une énucléation du même oeil dont la cote de déficience médicale est de 9. Cependant, comme ces deux affections ne peuvent pas être distinguées aux fins des indemnités, il faut les évaluer ensemble. Les cotes de déficience médicale des deux affections sont additionnées **(26 + 9 = 35)** ainsi que la cote de QV **(35 + 6 = 41)**. Le membre, l'ancien combattant ou le client se voit ensuite accorder des indemnités d'invalidité en vertu de l'article 36 de la *Loi sur les pensions* ou de l'article 47 de la *Loi sur le bien-être des vétérans* pour un trouble de la vision à l'oeil gauche, dont l'acuité visuelle est de 6/48.

- **Étape 1 :** Évaluation totale de l'invalidité visuelle = **79 % (68 + 11)**. **(Niveau de QV 2)**

- **Étape 2 :** Pour évaluer l'oeil gauche, calculer la différence entre l'évaluation de la déficience visuelle totale et l'évaluation de la perte de vision dans l'œil droit : **79 % - 29 % = 50 %**.

- **Étape 3 :** Pour évaluer l'invalidité pour l'oeil gauche, en tant qu'organe pair en vertu de l'article 36, calculer la moitié de l'évaluation de l'oeil gauche établie à l'étape 2 : **1/2 x 50 % = 25 %.**

  Le résultat est l'évaluation de l'invalidité de l'organe pair aux termes des dispositions applicables de la *Loi sur les pensions* ou de la *Loi sur le bien-être des vétérans*.

IX.3 Organes pairs - Testicules et ovaires

Testicules

Exemple IX.3(i) : Le membre, l'ancien combattant ou le client touche des indemnités d'invalidité pour la perte du testicule droit. L'évaluation de l'invalidité en vertu de l'article 21 de la *Loi sur les pensions* ou de l'article 45 de la *Loi sur le bien-être des vétérans* est de **5 %.** Le membre, l'ancien combattant ou le client se voit ensuite accorder des indemnités d'invalidité en vertu de l'article 36 de la *Loi sur les pensions* ou de l'article 47 de la *Loi sur le bien-être des vétérans* pour une spermatocèle du testicule gauche.

- **Étape 1 :** Supposons que l'évaluation de l'invalidité pour une spermatocèle symptomatique du testicule gauche = **5 % (4 + 1)**. **(Niveau de QV 1)**

- **Étape 2 :** Évaluer l'invalidité pour la spermatocèle symptomatique du testicule gauche en vertu de l'article 36 de la *Loi sur les pensions* ou de l'article 47 de la *Loi sur le bien-être des vétérans* : **1/2 x 5 % = 2,5 % (arrondi à 3 %).**

  Le résultat est l'évaluation de l'invalidité de l'organe pair aux termes des dispositions applicables de la *Loi sur les pensions* ou de la *Loi sur le bien-être des vétérans*.

Testicules

Exemple IX.3(ii) : Le membre, l'ancien combattant ou le client touche des indemnités d'invalidité pour perte du testicule droit. L'évaluation de l'invalidité en vertu de l'article 21 de la *Loi sur les pensions* ou de l'article 45 de la *Loi sur le bien-être des vétérans* est de **5 %**. Le membre, l'ancien combattant ou le client se voit ensuite accorder des indemnités d'invalidité en vertu de l'article 36 de la *Loi sur les pensions* ou de l'article 47 de la *Loi sur le bien-être des vétérans* pour perte du testicule gauche.

- **Étape 1 :** Supposons que l'évaluation totale de l'invalidité pour la perte des deux testicules est de **29 % (26 + 3)**. **(Niveau de QV 1)**

- **Étape 2 :** Pour évaluer la perte du testicule gauche, calculer la différence entre l'évaluation de la déficience totale et l'évaluation de la perte du testicule droit : **29 % - 5 % = 24 %**.

- **Étape 3 :** Pour évaluer l'invalidité pour la perte du testicule droit en vertu de l'article 36 ou de l'article 47, calculer la moitié de l'évaluation établie à l'étape 2 : **1/2 x 24 % = 12 %.**

  Le résultat est l'évaluation de l'invalidité de l'organe pair aux termes des dispositions applicables de la *Loi sur les pensions* ou de la *Loi sur le bien-être des vétérans*.

IX.3 Organes pairs - ovaires

Ovaires

Exemple IX.3(iii) : La personne membre, l'ancienne combattante ou la cliente touche des indemnités d'invalidité pour perte de l'ovaire gauche. L'évaluation de l'invalidité en vertu de l'article 21 de la *Loi sur les pensions* ou de l'article 45 de la *Loi sur le bien-être des vétérans* est de **5 %**. La personne membre, l'ancienne combattante ou la cliente se voit ensuite accorder des indemnités d'invalidité en vertu de l'article 36 de la *Loi sur les pensions* ou de l'article 47 de la *Loi sur le bien-être des vétérans p*our perte de l'ovaire droit.

- **Étape 1 :** Supposons que l'évaluation totale de l'invalidité pour la perte des deux ovaires est de **29 % (26 + 3)**. **(Niveau de QV 1)**

- **Étape 2 :** Pour évaluer la perte de l'ovaire droit, calculer la différence entre l'évaluation de la déficience totale et l'évaluation de la perte de l'ovaire gauche : **29 % - 5 % = 24 %**.

- **Étape 3 :** Pour évaluer l'invalidité pour la perte de l'ovaire droit en vertu de l'article 36, calculer la moitié de l'évaluation établie à l'étape 2 : **1/2 x 24 % = 12 %.**

  Le résultat est l'évaluation de l'invalidité de l'organe pair aux termes des dispositions applicables de la *Loi sur les pensions* ou de la *Loi sur le bien-être des vétérans*.

IX.4 Organes pairs - reins

Exemple IX.4(i) : Le membre, l'ancien combattant ou le client touche des indemnités d'invalidité pour perte du rein gauche. L'évaluation de l'invalidité en vertu de l'article 21 de la *Loi sur les pensions* ou de l'article 45 de la *Loi sur le bien-être des vétérans* est de **15 %**. Le membre, l'ancien combattant ou le client

se voit ensuite accorder des indemnités d'invalidité en vertu de l'article 36 de la *Loi sur les pensions* ou de l'article 47 de la *Loi sur le bien-être des vétérans* pour une néphropathie diabétique atteignant le rein droit.

- **Étape 1 :** Supposons que l'évaluation totale de l'invalidité pour la perte des deux reins est de **63 % (57 + 6)**. **(Niveau de QV 1)**

- **Étape 2 :** Pour évaluer la perte du rein droit, calculer la différence entre l'évaluation de la déficience totale et l'évaluation de la perte du rein gauche : **63 % - 15 % = 48 %**.

  Étape 3 : Pour évaluer l'invalidité pour la néphropathie diabétique atteignant le rein droit en vertu de l'article 36 ou l'article 47 de la *Loi sur le bien-être des vétérans*, calculer la moitié de l'évaluation établie à l'étape 2 : **1/2 x 48 % = 24 %.**

  Le résultat est l'évaluation de l'invalidité de l'organe pair aux termes des dispositions applicables de la *Loi sur les pensions* ou de la *Loi sur le bien-être des vétérans*.

Exemple IX.4(ii) : Le membre, l'ancien combattant ou le client touche des indemnités d'invalidité pour perte du rein gauche. L'évaluation de l'invalidité en vertu de l'article 21 de la *Loi sur les pensions* ou de l'article 45 de la *Loi sur le bien-être des vétérans* est de **15 %**. Le membre, l'ancien combattant ou le client se voit ensuite accorder des indemnités d'invalidité en vertu de l'article 36 de la *Loi sur les pensions* ou de l'article 47 de la *Loi sur le bien-être des vétérans p*our des calculs rénaux au rein droit.

- **Étape 1 :** Supposons que l'évaluation totale de l'invalidité pour les calculs rénaux au rein droit est de **10 % (9 + 1)**. **(Niveau de QV 1)**

- **Étape 2 :** Pour évaluer l'invalidité pour le rein droit en vertu de l'article 36 de la *Loi sur les pensions* ou de l'article 47 de la *Loi sur le bien-être des vétérans*, calculer la moitié de l'évaluation établie à l'étape 1 : **1/2 x 10 % = 5 %**.

  Le résultat est l'évaluation de l'invalidité de l'organe pair aux termes des dispositions applicables de la *Loi sur les pensions* ou de la *Loi sur le bien-être des vétérans*.

IX.5 Membres pairs

Exemple IX.5(i) : Le membre, l'ancien combattant ou le client touche des indemnités d'invalidité pour amputation de la jambe droite. L'évaluation de l'invalidité en vertu de l'article 21 de la *Loi sur les pensions* ou de l'article 45 de la *Loi sur le bien-être des vétérans* est de **83 %.** Le membre, l'ancien combattant

ou le client se voit ensuite accorder des indemnités d'invalidité en vertu de l'article 36 de la *Loi sur les pensions* ou de l'article 47 de la *Loi sur le bien-être des vétérans* pour arthrose du genou gauche.

- **Étape 1 :** Supposons que l'évaluation totale de l'invalidité pour l'arthrose du genou gauche est de **20 % (18 + 2)**. **On utilise le niveau de QV 1 dans cet exemple.**

- **Étape 2 :** Évaluer l'invalidité pour l'arthrose du genou gauche en vertu de l'article 36 de la *Loi sur les pensions* ou de l'article 47 de la *Loi sur le bien-être des vétérans* : **1/2 x 20 % = 10 %**.

  Le résultat est l'évaluation de l'invalidité de l'organe pair aux termes des dispositions applicables de la *Loi sur les pensions* ou de la *Loi sur le bien-être des vétérans*.

Exemple IX.5(ii) : Le membre, l'ancien combattant ou le client bénéficie d'un droit partiel à des indemnités d'invalidité de 1/5 pour amputation de la jambe droite au-dessous du genou. L'évaluation de l'invalidité en vertu de l'article 21 de la *Loi sur les pensions* ou de l'article 45 de la *Loi sur le bien-être des vétérans* est de **10 % (1/5 x 48 %).** Le membre, l'ancien combattant ou le client se voit ensuite accorder des indemnités d'invalidité en vertu de l'article 36 de la *Loi sur les pensions* ou de l'article 47 de la *Loi sur le bien-être des vétérans* pour des varices à la jambe gauche.

- **Étape 1 :** Supposons que l'évaluation totale de l'invalidité pour l'arthrose du genou gauche est de **10 % (9 + 1)**. **On utilise le niveau de QV 1 dans cet exemple.**

- **Étape 2 :** Évaluer l'invalidité pour les varices à la jambe gauche en vertu de l'article 36 de la *Loi sur les pensions* ou de l'article 47 de la *Loi sur le bien-être des vétérans* : **1/2 x 10 % = 5 %**.

  Le résultat est l'évaluation de l'invalidité de l'organe pair aux termes des dispositions applicables de la *Loi sur les pensions* ou de la *Loi sur le bien-être des vétérans*.

Chapitre 5
ALLOCATION POUR SOINS

Introduction

Le présent chapitre a pour objet d'indiquer les critères à utiliser pour déterminer l'admissibilité et faire une évaluation en vue de l'attribution d'une allocation pour soins.

L'admissibilité à l'allocation pour soins dépend de trois exigences législatives prescrites par la *Loi sur les pensions.*

L'évaluation de l'allocation pour soins consiste à déterminer la catégorie à laquelle appartiennent les soins requis en fonction d'éléments précis, comme le décrit la présente politique.

Loi applicable

Le paragraphe 38(1) de la *Loi sur les pensions* prescrit ce qui suit :

Il est accordé, sur demande, à un membre des forces **à qui une pension, une indemnité ou les deux a été accordée**, qui est **atteint d'invalidité totale** due à son service militaire ou non **et qui requiert des soins** une allocation pour soins au taux fixé par le ministre en conformité avec les minimums et maximums figurant à l'annexe III.

Politique applicable

Allocations

Admissibilité

Définitions :

Aux fins de l'admissibilité à l'allocation pour soins :

« à qui une pension, une indemnité est accordée » s'entend de quelqu'un qui reçoit une pension d'invalidité de 1 p. 100 ou plus ou une indemnité de prisonnier de guerre.

« atteint d'invalidité totale due à son service militaire ou non » s'entend du requérant à qui s'applique la définition « d'invalidité totale » conformément au TABLEAU 1 de la présente politique.

« qui requiert des soins » s'entend de quelqu'un qui a besoin d'aide ou de supervision d'une autre personne pour se nourrir, se laver, s'habiller, aller à la toilette, marcher ou prendre ses médicaments, **et le besoin n'est pas déjà comblé par** prestations, les services ou les soins fournis au client ou à la cliente par ACC en vertu de la législation des anciens combattants ou tout autre programme, y compris mais non de façon limitative, les programmes fédéraux, provinciaux, municipaux ou communautaires, au moyen desquels les prestations, les services ou les soins sont fournis gratuitement au client ou à la cliente.

Tableau pertinent

Le TABLEAU 1 permet de déterminer si une personne a une « invalidité totale » aux fins de la détermination de son admissibilité à l'allocation pour soins.

Détermination de l'admissibilité

Pour déterminer l'admissibilité, il faut que le requérant réponde **aux trois** exigences législatives. Suivre les étapes ci-après pour vérifier s'il y a conformité avec chacune des exigences.

Étape 1 : Le requérant reçoit-il une pension d'invalidité de 1 p. 100 ou plus et/ou une indemnité de prisonnier de guerre?

Étape 2 : Le requérant est-il atteint « d'invalidité totale »? Utiliser le TABLEAU 1 pour déterminer s'il y a conformité avec cette exigence. Conformément au TABLEAU 1, lorsque les preuves établissent que le requérant est atteint d'une incapacité prolongée qui dure ou qui durera 12 mois et que le requérant répond aux critères énumérés au TABLEAU 1, le requérant est considéré comme étant atteint d'une « invalidité totale » pour les besoins de l'admissibilité à l'allocation pour soins.

Étape 3 : Est-ce que le requérant « requiert des soins »? Si le requérant démontre qu'il a besoin de soins pour se nourrir, se laver, s'habiller, aller à la toilette, marcher ou prendre ses médicaments, le requérant répond à ce critère.

Si le requérant ne répond pas à l'une des trois exigences législatives, il ne répond pas aux critères d'admissibilité et le droit à l'allocation pour soins doit lui être refusé.[1]

[1] Le requérant qui est classé dans une des catégories spéciales (c'est-à-dire, paraplégie, cécité ou amputations), satisfait aux critères de personne « atteinte d'une invalidité totale » toutefois, s'il est déterminé que le requérant n'a besoin de personne pour lui procurer des soins pour aucun des six éléments, il n'est pas admissible à l'allocation pour soins.

Évaluation

Comme dans le cas de toute autre allocation en vertu de la *Loi sur les pensions*, dès que l'admissibilité est accordée, il faut procéder à une évaluation aux fins du paiement.

En ce qui a trait à l'allocation pour soins, s'il y a conformité avec les trois critères législatifs et si l'on détermine que le requérant est admissible à l'allocation, on procède à l'évaluation des soins dont le requérant a besoin en vue de déterminer le niveau de catégorie pour les fins du paiement. Les besoins en soins sont exprimés par le « niveau de catégorie ».

L'allocation pour soins est évaluée d'après le dossier de renseignements concrets qui documente le besoin réel de soins de la part du requérant. Le besoin de soins est évalué d'après cinq niveaux de catégorie allant de la Catégorie 5 (occasionnel) à la Catégorie 1 (total).

Les éléments pris en considération pour déterminer le niveau de catégorie sont les suivants :

Le besoin d'aide ou de supervision pour :

- se nourrir
- se laver
- s'habiller
- aller à la toilette
- prendre ses médicaments
- la mobilité

Tableaux pertinents

L'évaluation des niveaux de catégorie relatifs à l'allocation pour soins doit être déterminée d'après le TABLEAU 2, TABLEAU 3, et le TABLEAU 4 du présent chapitre.

- Le TABLEAU 2 énumère les cinq niveaux de catégorie allant de la Catégorie 1 à la Catégorie V.
- Le TABLEAU 3 énumère les catégories spéciales et les évaluations correspondantes du niveau de catégorie.
- Le TABLEAU 4 contient les lignes directrices à suivre de pair avec le TABLEAU 2. Les lignes directrices aident à déterminer l'importance des soins requis.

Établissement de l'évaluation

- **Étape 1** : s'il y a des « Catégories spéciales », c.-à-d. paraplégie, cécité ou amputations, se référer au TABLEAU 3 et établir le niveau de catégorie prescrit. S'il n'y a pas de « catégories spéciales », sauter cette étape.

- **Étape 2** : se référer au TABLEAU 2 et au TABLEAU 4 Connexe. En utilisant le TABLEAU 4 comme guide, évaluer le niveau de soins requis pour chacun des six éléments indiqués au TABLEAU 4.

- **Étape 3** : compte tenu des évaluations découlant du TABLEAU 4, établir le niveau de catégorie en suivant les instructions ci-après :

  i. Lorsqu'un client démontre qu'il a besoin de soins de même niveau pour **deux éléments ou plus** parmi ceux qui figurent au TABLEAU 4, c.-à-d. pour se nourrir, se laver, s'habiller, aller à la toilette, marcher ou prendre ses médicaments, et démontre qu'il a besoin de soins à un autre niveau pour **deux ou plus de ces éléments,** attribuer le niveau le plus avantageux.

     Exemple : si un client démontre qu'il a besoin de soins de niveau 5 pour se nourrir, s'habiller et prendre ses médicaments, et de niveau 4 pour aller à la toilette et marcher, il se verra attribuer le niveau de Catégorie 4.

  ii. Lorsqu'un client démontre qu'il a un plus grand besoin de soins pour **un seul** des éléments figurant au TABLEAU 4, c.-à-d. pour se nourrir, se laver, s'habiller, aller à la toilette et marcher **ou** pour prendre ses médicaments, et que ce besoin se situe à un ou deux niveaux plus élevés que pour le reste des éléments, le niveau isolé le plus élevé ne sera pas utilisé pour établir l'évaluation du degré de catégorie. Dans les cas de ce genre, l'évaluateur se référera au niveau de soins le plus élevé suivant, qui est requis pour le reste des éléments figurant au TABLEAU 4 pour établir l'évaluation du niveau de catégorie.

     Exemple : si un client démontre qu'il a besoin de soins de niveau 5 pour se nourrir, se laver et s'habiller, de niveau 4 pour aller à la toilette et de niveau 2 pour marcher, conformément à la présente politique, il ne se verra pas attribuer la Catégorie 2 en fonction du niveau de soins s'appliquant uniquement à la difficulté de marcher, mais le niveau le plus élevé suivant de soins requis, soit la Catégorie 4 dans cet exemple.

  iii. Dans le cas où le client a besoin de soins pour un seul élément du TALEAU 4 (alimentation, bain, habillement, toilette, médication ou mobilité) et qu'il ne requiert pas de soins pour les 5 autres éléments, le Ministère lui accorde une allocation pour soins de Catégorie 5.

     Exemple : si on détermine que le client a besoin de soins correspondant à la Catégorie 4 pour se laver, le Ministère lui accorde une allocation pour soins de Catégorie 5.

iv. Pour que le Ministère accorde au client une allocation pour soins de Catégorie 1, le client doit avoir besoin de soins correspondant à cette catégorie pour **tous les six éléments** du TABLEAU 4 (alimentation, bain, habillement, toilette, médication et mobilité). Dans les cas où le client a besoin de soins correspondant à la Catégorie 1 dans deux à cinq éléments, le Ministère lui accorde une allocation pour soins d'une catégorie moins élevée (à la discrétion de l'arbitre).

Exemple N° 1 : Si le client a besoin de soins correspondant à la Catégorie 1 pour s'habiller, se laver, aller à la toilette et se déplacer, et de soins correspondant à la Catégorie 2 pour se nourrir et prendre ses médicaments, le Ministère doit lui accorder une allocation pour soins de Catégorie 2.

Exemple N° 2 : Si le client a besoin de soins correspondant à la Catégorie 1 pour se laver, s'habiller, aller à la toilette et se déplacer, des soins correspondant à la Catégorie 2 pour prendre ses médicaments et de soins correspondant à la Catégorie 3 pour se nourrir, l'arbitre peut lui accorder une allocation pour soins de Catégorie 2 ou de Catégorie 3, selon ce qu'il trouve le plus approprié.

Exemple N° 3 : Si le client a besoin de soins correspondant à la Catégorie 1 pour se laver, s'habiller, aller à la toilette et se déplacer et de soins correspondant à la Catégorie 3 pour prendre ses médicaments et pour se nourrir, l'arbitre peut lui accorder une allocation pour soins de Catégorie 2 ou de Catégorie 3, selon ce qu'il trouve le plus approprié.

v. Dans les cas de « Catégories spéciales », c.-à-d. paraplégie, cécité ou amputations, le requérant se verra attribuer le niveau de catégorie le plus avantageux pour lequel il se qualifie, en vertu du TABLEAU 3 et du TABLEAU 2/TABLEAU 4.

Exemple: Selon le TABLEAU 3 des Catégories spéciales, une Catégorie 4 est attribuée pour la cécité lorsque la personne ne peut compter des doigts au-delà de plusieurs pieds. Selon le TABLEAU 2 et le TABLEAU 4 connexe, le client a besoin de soins de niveau 4 pour se nourrir, se laver et s'habiller et de niveau 3 pour marcher et prendre ses médicaments. Dans les cas de ce genre, comparer les évaluations découlant des cotes attribuées en fonction du TABLEAU 4 et choisir l'évaluation la plus avantageuse. Dans cet exemple, on attribuerait la Catégorie 3.

TABLEAU 1	
DÉFINITION D'INVALIDITÉ TOTALE AUX FINS D'ADMISSIBILITÉ À L'ALLOCATION POUR SOINS (AS)	
Pour établir qu'une personne a une « invalidité totale » aux fins de l'attribution d'une allocation pour soins (AS), on doit prouver qu'il s'agit d'une invalidité prolongée, qui dure depuis 12 mois ou qui devrait durer 12 mois. **Les personnes qui reçoivent une pension d'invalidité de 100 p. 100[2] d'ACC sont considérées comme ayant une invalidité totale pour les besoins de l'allocation pour soins (AS); celles qui reçoivent une pension de moins de 100 p. 100 doivent répondre à l'un des critères suivants :**	
A	La paraplégie, la cécité et les amputations telles qu'elles sont définies dans le Tableau 3 - Catégories spéciales du chapitre 5 de la Table des invalidités.
B	A une seule amputation à un membre supérieur (au niveau du poignet ou au-dessus) **ou** à un membre inférieur (au niveau de la cheville ou au-dessus).
C	A besoin d'une thérapie de survie pour soutenir les fonctions vitales comme de l'oxygène et la percussion pour l'aider à respirer, d'une dialyse des reins pour filtrer le sang. La thérapie de survie ne comprend pas les dispositifs implantés comme un stimulateur cardiaque ou des programmes spéciaux de nutrition, d'exercice, d'hygiène ou de médication. Il faut certifier au moyen d'une attestation médicale que vous avez besoin de cette thérapie et que vous y consacrez du temps au moins trois fois par semaine jusqu'à une moyenne minimale de 14 heures par semaine. Cette thérapie doit avoir été nécessaire ou être nécessaire pendant une période continue d'au moins 12 mois.
D	Incapable, en permanence ou la plupart du temps, de se nourrir **ou** prend un temps anormalement long pour ce faire, même à l'aide de médicaments, de thérapie ou de dispositifs.
E	Dépend entièrement d'une autre personne pour laver la plus grande partie de son corps, c.-à-d. qu'il peut se laver le visage et les mains tout seul.
F	Dépend d'une autre personne pour l'habillement au complet.
G	Incapable, en permanence ou la plupart du temps, de s'occuper soi-même des soins liés à l'élimination urinaire ou intestinale **ou** prend un temps anormalement long pour ce faire (c.-à-d. a besoin d'aide avec le sac pour stomie ou le cathéter, ou pour changer les culottes d'incontinence).
H	Incapable, en permanence ou la plupart du temps, de marcher 50 m (164 pieds) sur une surface plane **ou** prend un temps anormalement long pour ce faire, même à l'aide de médicaments, de thérapies ou de dispositifs.
I	Incapable, en permanence ou la plupart du temps, en raison d'une déficience cognitive ou d'un trouble psychologique, de percevoir, de penser ou de se souvenir, même avec l'aide de médicaments, de thérapies ou de dispositifs, c.-à-d. ne peut pas entreprendre ou gérer ses soins personnels ou prendre ses médicaments sans supervision constante.

[2] Ne comprend pas les cas où la somme de la pension d'invalidité et l'indemnité de prisonnier de guerre équivaut à une pension d'invalidité de 100 p. 100, ni les cas pour lesquels l'invalidité est évaluée à 100 p. 100, mais pour lesquels on a seulement accoré un droit à pension partiel, par exemple, 100 % X 4/5 = 80

Définitions connexes

Prolongé : Une invalidité est prolongée si elle dure depuis 12 mois ou si on s'attend à ce qu'elle dure pendant une période continue d'au moins 12 mois. Dans le cas où on prévoit qu'un client en phase terminale ne vive pas plus de 12 mois, l'invalidité est toujours considérée comme une invalidité prolongé parce qu'il est impossible de savoir pour certain si le client décédera effectivement dans les 12 mois.

Limité de façon marquée : Une personne est limitée de façon marquée lorsqu'elle est incapable, en permanence ou la plupart du temps, d'effectuer les activités de base de la vie quotidienne (ou que cela lui prend un temps anormalement long), même avec des thérapies (autres que les thérapies de survie) et avec l'utilisation de dispositifs et de médicaments adéquats.

Pour déterminer s'il y a « invalidité totale » en vue de l'attribution d'une allocation pour soins, les activités de base de la vie quotidienne prises en considération sont les suivantes :

- marcher;
- percevoir, penser ou se souvenir;
- soins personnels de base comme se laver;
- se nourrir;
- s'habiller;
- aller à la toilette, c.-à-d. élimination urinaire et intestinale.

Pour déterminer l'admissibilité à l'allocation pour soins, les activités comme l'entretien ménager, la préparation des repas, les courses, le lavage, l'entretien paysager, la réparation et l'entretien, l'utilisation des transports en commun ou la conduite d'un véhicule, l'utilisation du téléphone, la gestion de l'argent et les activités sociales ou récréatives ne sont pas prises en considération.

Thérapie de survie : Les thérapies de survie comprennent les thérapies visant à aider la respiration (p. ex., administration d'oxygène et dialyse des reins pour filtrer le sang), mais ne comprennent pas les dispositifs implantés tels que les stimulateurs cardiaques ni les programmes spéciaux de nutrition, d'exercice, d'hygiène ou de médication. Il faut certifier au moyen d'une attestation médicale que vous avez besoin de cette thérapie et que vous y consacrez du temps au moins trois fois par semaine jusqu'à une moyenne minimale de 14 heures par semaine. Cette thérapie doit avoir été nécessaire ou être nécessaire pendant une période continue d'au moins 12 mois.

Temps anormalement long : Un « temps anormalement long » correspond à beaucoup plus de temps qu'il n'en faudrait à une personne du même âge sans invalidité pour effectuer l'activité.

TABLEAU 2 [3]	
NIVEAUX DE CATÉGORIE	
I	A besoin de soins en permanence.
II	A besoin d'un degré élevé de supervision ou d'aide (personnelle ou mécanique pour toutes les activités de la vie courante).
III	A besoin d'une supervision ou d'une aide intermittente tous les jours pour accomplir certaines activités de la vie courante.
IV	A besoin d'une supervision ou d'une aide minimale sur une base quotidienne pour les activités de la vie courante, mais il est essentiellement indépendant dans l'environnement de son foyer, et il peut être laissé seul sans danger pendant de longues périodes de temps, durant la nuit ou durant le jour.
V	A besoin d'une aide ou d'une supervision occasionnelle pour les activités de la vie courante.

[3] Le TABLEAU 2 devrait être utilisé de pair avec le TABLEAU 4. En se servant du TABLEAU 4 comme guide, évaluer le niveau de soins requis pour chacun des éléments indiqués.

TABLEAU 3		
CATÉGORIES SPÉCIALES		
1.	**Paraplégie avec section complète de la moëlle épinière**	Catégorie 1
2.	**Cécité**	
	a. Perte des deux yeux ou cécité totale, comprend la perception de la lumière seulement, sans projection.	Catégorie 1
	b. Perception de la lumière avec une certaine projection, peut voir les contrastes comme une porte ouverte ou une fenêtre.	Catégorie 2
	c. Ne peut percevoir les mouvements de la main.	Catégorie 3
	d. Ne peut compter les doigts à une distance supérieure à un pied.	Catégorie 3
	e. Ne peut compter les doigts à plus de quelques pieds.	Catégorie 4
	f. Ne peut distinguer que les gros caractères. (La première lettre sur un tableau à une distance de 8 ou 10 pieds).	Catégorie 4
	g. La vision de l'œil en meilleur état ne dépasse pas 6/60 (20/200).	Catégorie 4
	h. Selon les normes de l'INCA, aveugle au sens de la loi.	Catégorie 4
3.	**Amputations**	
	a. Les deux bras (au poignet ou au-dessus).	Catégorie 2
	b. Un bras et une jambe au niveau du genou ou au-dessus.	Catégorie 3
	c. Un membre inférieur au niveau du genou ou au-dessus et l'autre sous le genou, mais au-dessus du sillon de Syme[4].	Catégorie 3
	d. Les deux membres inférieurs en dessous du genou, mais au-dessus du sillon de Syme.	Catégorie 3
	e. Un membre inférieur au niveau du sillon de Syme et l'autre sous le genou.	Catégorie 4
	f. Les deux membres inférieurs au niveau du sillon de Syme.	Catégorie 4

Les « Catégories spéciales » doivent être examinées de pair avec le TABLEAU 2 et il faut accorder la catégorie la plus avantageuse à laquelle le requérant est admissible en vertu des deux systèmes.

[4] Amputation du pied à la cheville avec ablation des deux malléoles (les apophyses arrondies situées des deux côtés de l'articulation de la cheville).

Tableau 4 – Lignes directrices pour les catégories des allocations pour soins, à suivre de pair avec le Tableau 2

Tableau 4 – Lignes directrices pour les catégories des AA, à suivre de pair avec le Tableau 2

CATÉGORIE	ALLOCATIONS POUR SOINS
Élément – Alimentation	
N'a pas besoin d'aide	capable de se nourrir lui-même avec ou sans équipement spécial et sans aide ou supervision d'une autre personne
Catégorie 5 "Aide occasionnelle"	a parfois besoin qu'une autre personne coupe sa nourriture, mais est capable de se nourrir – il ne s'agit pas d'un besoin quotidien
Catégorie 4 "Aide minime"	a besoin qu'on coupe sa nourriture tous les jours, mais est capable de se nourrir par lui-même ou avec une supervision ou une aide minimale (p. ex., peut avoir besoin d'aide pour tenir son verre, peut avoir besoin de directives, d'encouragement ou de motivation pour manger, etc.)
Catégorie 3 "Aide intermittente"	a besoin qu'on coupe sa nourriture tous les jours ou nécessite un niveau d'aide plus élevé ou une étroite supervision lorsqu'il mange (p. ex., peut avoir besoin d'aide pour tenir son verre ou pour prendre sa fourchette, de supervision pour éviter qu'il n'avale de travers certains aliments, etc.)
Catégorie 2 "Aide importante"	doit être aidé ou supervisé en tout temps lorsqu'il mange
Catégorie 1 "Aide totale"	doit être nourri [5]
Élément – Bain	
N'a pas besoin d'aide	peut se laver lui-même avec ou sans équipement spécial et sans aide ou supervision d'une autre personne.
Catégorie 5 "Aide occasionnelle"	a parfois besoin d'aide ou de supervision d'une autre personne lorsqu'il prend son bain – il ne s'agit pas nécessairement d'un besoin quotidien
Catégorie 4 "Aide minime"	a besoin d'une certaine aide ou supervision lorsqu'il prend son bain (p. ex., aide pour atteindre certaines parties du corps comme le dos ou les pieds, aide pour entrer et sortir de la baignoire, directives ou encouragement, etc.)
Catégorie 3 "Aide intermittente"	nécessite une plus grande aide ou supervision lorsqu'il prend son bain – comparativement à la Catégorie 4 (p.ex., aide pour se laver d'autres parties du corps que le dos ou les pieds, comme la totalité du torse ou la partie inférieure du corps, a besoin d'une plus grande supervision lorsqu'il prend son bain, etc.)
Catégorie 2 "Aide importante"	peut se laver le visage et les mains, mais a besoin d'aide ou de supervision constante pendant le bain (c.-à-d. qu'il ne peut rester seul lorsqu'il prend son bain)
Catégorie 1 "Aide totale"	on doit lui donner son bain[5]

Tableau 4 – Lignes directrices pour les catégories des AA, à suivre de pair avec le Tableau 2 (continue)

CATÉGORIE	ALLOCATIONS POUR SOINS
Élément – Habillement	
N'a pas besoin d'aide	peut s'habiller lui-même avec ou sans équipement spécial et sans aide ou supervision d'une autre personne
Catégorie 5 "Aide occasionnelle"	a parfois besoin d'aide ou de supervision d'une autre personne pour s'habiller - il ne s'agit pas nécessairement d'un besoin quotidien
Catégorie 4 "Aide minime"	a besoin d'une certaine aide ou supervision pour s'habiller (p. ex., aide pour ce qui est des chaussettes, fermetures éclair et/ou boutons, directives ou motivation, etc.)
Catégorie 3 "Aide intermittente"	a besoin davantage d'aide ou de supervision pour s'habiller (p. ex., aide pour enfiler certains vêtements, supervision pour éviter les chutes, etc.)
Catégorie 2 "Aide importante"	doit constamment être aidé ou supervisé par une autre personne lorsqu'il s'habille
Catégorie 1 "Aide totale"	doit être complètement habillé par une autre personne [5]
Élément – Toilette	
N'a pas besoin d'aide	peut aller à la toilette par lui-même avec ou sans équipement spécial et sans aide ou supervision d'une autre personne
Catégorie 5 "Aide occasionnelle"	a parfois besoin d'aide ou de supervision pour aller à la toilette – il ne s'agit pas nécessairement d'un besoin quotidien (p. ex., a besoin d'aide avec des slips pour incontinents de temps à autre)
Catégorie 4 "Aide minime"	a besoin d'une aide ou d'une supervision quotidienne minimale pour aller à la toilette (p. ex., aide pour s'essuyer)
Catégorie 3 "Aide intermittente"	a besoin d'un niveau d'aide ou de supervision plus élevé pour aller à la toilette (p.ex., aide pour se dévêtir et s'essuyer; supervision pour éviter les chutes, etc.)
Catégorie 2 "Aide importante"	doit être constamment aidé ou supervisé pour aller à la toilette (p. ex., a besoin d'aide avec des serviettes pour incontinent toutes les nuits, on doit lui rappeler constamment d'aller à la toilette, etc.)
Catégorie 1 "Aide totale"	complètement incontinent ou dépendant d'une autre personne pour aller à la toilette (p. ex., a besoin d'aide avec un cathéter, un bassin hygiénique ou des serviettes pour incontinent en tout temps[5])

Tableau 4 – Lignes directrices pour les catégories des AA, à suivre de pair avec le Tableau 2 (continue)

CATÉGORIE	ALLOCATIONS POUR SOINS
Élément – Médication	
N'a pas besoin d'aide	n'a pas besoin de médication ou est capable de prendre lui-même les médicaments prescrits, à partir de flacons ou de dosettes préparées.
Catégorie 5 "Aide occasionnelle"	est capable de prendre les médicaments prescrits, par lui-même, y compris l'insuline, mais a besoin d'emballages coques ou de dosettes préparées par une autre personne; **peut avoir besoin de rappels occasionnels.**
Catégorie 4 "Aide minime"	est capable de prendre les médicaments prescrits, par lui-même, y compris l'insuline, mais a besoin d'emballages coques ou de dosettes préparées par une autre personne; **peut avoir besoin de rappels quotidiens.**
Catégorie 3 "Aide intermittente"	est capable de prendre les médicaments prescrits, par lui-même, y compris l'insuline, mais a besoin d'emballages coques ou de dosettes préparées par une autre personne; **peut avoir besoin de rappels pour chaque dose.**
Catégorie 2 "Aide importante"	a besoin qu'on lui administre les médicaments pour assurer un usage approprié – comprend les cas où un membre de famille ou une infirmière doit se rendre au foyer pour administrer les médicaments (**n'inclut pas** les cas où le client est capable de prendre ses médicaments, mais que quelqu'un d'autre, un conjoint p. ex., décide de le faire pour lui).
Catégorie 1 "Aide totale"	dépend entièrement d'une autre personne pour la prise de médicaments. [5]
Élément – Mobilité	
N'a pas besoin d'aide	peut se déplacer par lui-même avec ou sans équipement spécial et sans aide ou supervision d'une autre personne. (p ex., est capable de marcher, utiliser une canne, une marchette, un scooter ou un fauteuil roulant par lui-même).
Catégorie 5 "Aide occasionnelle"	a parfois besoin de l'aide ou de la supervision d'une autre personne pour se déplacer (p. ex., transfert).
Catégorie 4 "Aide minime"	a besoin de l'aide ou de la supervision quotidienne d'une autre personne pour se déplacer (p. ex., pour utiliser une canne ou une manchette à l'intérieur et à l'extérieur, et un scooter ou un fauteuil roulant pour parcourir une certaine distance).
Catégorie 3 "Aide intermittente"	a besoin d'un plus grand niveau d'aide ou de supervision d'une autre personne pour se déplacer (p. ex., pour utiliser une canne ou d'une manchette à l'intérieur, ou un fauteuil roulant ou un scooter en tout temps à l'extérieur).
Catégorie 2 "Aide importante"	doit constamment être supervisé ou aidé par une autre personne pour se déplacer (p. ex., pour utiliser un fauteuil roulant en tout temps; ne peut être laissé sans supervision, comme dans le cas des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer).
Catégorie 1 "Aide totale"	alité, a besoin d'une autre personne pour utiliser un appareil de levage manuel ou mécanique.[5]

[5] Pour être admissible à la Catégorie 1, le client doit répondre aux critères des six éléments.

Chapitre 6
ALLOCATIONS POUR VÊTEMENTS

6.01 - Renvoi aux politiques d'Anciens Combattants Canada

Les dispositions du présent chapitre doivent être lues en parallèle avec les politiques suivantes : Allocations, Date de paiement – Prestations d'invalidité, allocations et indemnités de prisonnier de guerre/de captivité, Indemnité pour douleur et souffrance, et Demandes adressées au Ministre.

6.02 - Usure des vêtements par suite de l'utilisation d'appareils

1. Les dispositions régissant l'octroi d'une allocation pour vêlements sont énumérées à l'article 38 de la *Loi sur les pensions* ou à l'article 60 de la *Loi sur le bien-être des vétérans.*

2. Les taux prescrits dans le paragraphe 38(6) de la *Loi sur les pensions* ou de l'article 60 conformément à l'article 94 de la *Loi sur le bien-être des vétérans* peuvent être rajustés au moyen d'un supplément établi selon l'indice des prix à la consommation (supplément IPC) aux termes de l'article 75 de la *Loi sur les pensions*. Le montant de l'allocation est évalué selon les catégories 1 à 10, conformément au tableau connexe à l'article 6.02.

3. Les barèmes correspondant à chacune des catégories sont établis annuellement, selon l'indice des prix à la consommation (IPC).

	TABLEAU CONNEXE - ARTICLE 6.02		
Type d'appareil			**Taux**
1	**Prothèses pour membres supérieurs**		
	a)	Orthèse du bras no 47	Catégorie 9
		Orthèse du bras no 48	
	b)	Orthèse de la main Universal no 40	Catégorie 10
		Orthèse du poignet en col de cygne no 46	

2	**Orthèses de la colonne vertébrale**		
	a)	Ceinture de Harris no 13	Catégorie 6
		Ceinture de Taylor no 15	
		Corset d'hyperextension de Camp	
		Corset d'hyperextension de Blair	
		Corset d'hyperextension de Jewett	
		Orthèse de la colonne vertébrale de Jones	
		Orthèse de la colonne vertébrale de Steindler	
	b)	Ceinture de maintien de Taylor (3/4)	Catégorie 8
		Corset de plâtre Castex	
		Corset de maintien de matière plastique	
	c)	Collier cervical no 51	Catégorie 9
	d)	Ceinture de Harris no 16	Catégorie 10
		Appareil de flexion de Williams	Si l'usure est démontrée
		Orthèse de la colonne vertébrale de Goldthwait	
		Orthèse de la colonne vertébrale de Memphis	
		Corset orthopédique no 9	
		Ceinture de maintien dorso-lombaire (Ottawa Truss no 888)	
		Ceinture de maintien dorso-lombaire (Ottawa Truss no 444) démontrée	
3	**Orthèses des membres inférieurs**		
	a)	Orthèse jambière no 69	Catégorie 4
		Orthèse fémoro-jambière no 75	
	b)	Orthèse rotulienne (Jones) no 68	Catégorie 5
		Attelle de Thomas Caliper no 70	
	c)	Relève-pied no 59 de Oxford	Catégorie 6

		Relève-pied no 64	
		Relève-pied no 65	
		Attelle de Miller	
		Relève-pied de Klenzak	
		Relève-pied double de Pope	
	d)	Support de cheville no 63	Catégorie 9
		Orthèse rotulienne "C" - (Gibson)	
	e)	Orthèse de la cheville Universal no 57	Si l'usure est démontrée Catégorie 10
		Relève-pied no 58	
		Relève-pied (fil de fer) no 60	
		Attache rotulienne (Ottawa Truss) no 969	
		Cuissard rotulien lacé (Ottawa Truss) no 971	

6.03 - Usure des vêtements à la suite d'une amputation

Les montants versés en raison de l'usure des vêtements par suite d'une amputation sont fixés dans le paragraphe 38(4) (5) et les politiques suivantes : Allocations, Date de paiement – Prestations d'invalidité, allocations et indemnités de prisonnier de guerre/de captivité, Indemnité pour douleur et souffrance, et Demandes adressées au Ministre, à savoir un montant équivalent à la catégorie 4 pour une seule amputation simple et un montant équivalent à la catégorie 3 pour une amputation double.

6.04 - Vêtements spécialement taillés

Les montants versés relativement aux vêtements confectionnés sur mesure sont fixés dans le paragraphe 38(8) et l'article 75 de la *Loi sur les pensions* ou dans les politiques suivantes : Allocations, Date de paiement – Prestations d'invalidité, allocations et indemnités de prisonnier de guerre/de captivité, Indemnité pour douleur et souffrance, et Demandes adressées au Ministre, à savoir un montant équivalent à la catégorie 4.

6.05 - Allocation pour la souillure des vêtements

L'allocation maximale pour vêtements souillés est versée au taux de la catégorie 5, tel que stipulé dans les politiques suivantes : Allocations, Date de paiement – Prestations d'invalidité, allocations et indemnités de prisonnier de guerre/de captivité, Indemnité pour douleur et souffrance, et Demandes adressées au Ministre.

Chapitre 7

ALLOCATION D'INCAPACITÉ EXCEPTIONNELLE

7.01 - Renvoi aux politiques d'Anciens Combattants Canada (ACC)

Les dispositions du présent chapitre doivent être interprétées en parallèle avec les politiques d'ACC suivantes : Allocations, Date de paiement – Prestations d'invalidité, allocations et indemnités de prisonnier de guerre/de captivité, Indemnité pour douleur et souffrance, et Demandes adressées au Ministre.

7.02 - Critères d'admissibilité à une allocation d'incapacité exceptionnelle

Les critères d'admissibilité à l'allocation d'incapacité exceptionnelle (AIE) figurent à l'article 72 de la *Loi sur les pensions*.

7.03 - But

Les présentes directives ont pour but d'établir les normes à respecter à l' intention des personnes appelées à rendre des décisions afin que toutes les demandes d'AIE soient instruites de façon équitable.

7.04 - Approche générale

Le compensation accordée en vertu de l'article 72 ne doit pas être considérée comme un ajout à la pension d'invalidité de 100 p. 100; il s'agit d'une compensation nouvelle et distincte; ce n'est pas une pension ou une indemnité, mais une allocation. Le terme "invalidité" est défini dans la *Loi sur les pensions*; ce n'est cependant pas le cas du terme "incapacité". Néanmoins, on reconnait que le terme "incapacité" a un sens beaucoup plus large que le mot "invalidité"; il peut englober des éléments autres que ceux que l'on utilise pour déterminer l'évaluation. Il peut même comprendre des données autres que médicales (I-28), relatives, par exemple, à la capacité de travailler, aux activités sociales, aux difficultés familiales, etc. Dans tous les cas, le pensionné doit recevoir l'un ou l'autre des paiements suivants: une pension d'invalidité aux termes de la *Loi sur les pensions* selon le montant prévu à la catégorie 1 de l'annexe 1 (c.-à-d. équivalant à 98 % ou plus), ou une pension d'invalidité moindre (c.-à-d. équivalant à moins de 98 %), et une indemnité versée aux termes de la *Loi sur les pensions* ou une

indemnité d'invalidité versée au titre de la *Loi sur le bien-être des vétérans* pour pouvoir être considéré pour une AIE.

Pour déterminer si l'incapacité est "exceptionnelle", il doit être tenu compte de la mesure où l'invalidité pour laquelle le membre touche une pension ou une indemnité l'a laissé dans un état d'impotence et/ou de souffrance et de malaise chroniques et/ou a entraîné la perte de la jouissance de la vie et/ou a réduit sa longévité probable et/ou de tout autre critère similaire ou de même nature (I-15), par exemple, des considérations d'ordre psychologique. Il n'est cependant pas nécessaire que chacun des facteurs énumérés soit présent à un degré exceptionnel (I-22); il suffit que l'un de ces facteurs ou deux ou plus de ces mêmes facteurs puissent occasionner une incapacité exceptionnelle.

Pour évaluer l'incapacité, la personne appelée à rendre une décision doit tenir compte de l'ensemble des affections primaires ouvrant déjà droit à une pension ou à une indemnité, de l'ensemble des affections consécutives ouvrant dé à droit à une pension ou à une indemnité (les affections ouvrant partiellement droit à une pension ou à une indemnité sont considérées comme des affections ouvrant droit à une pleine pension ou à une indemnité lorsqu'on envisage d'accorder une AIE), ainsi que des affections n'ouvrant pas droit à une pension ou à une indemnité qui ont un effet sur les affections ouvrant déjà droit à une pension ou à une indemnité ou qui sont touchées par elles. (I-27-V, Q-369, Q-1030, E-7631).

Il est important de reconnaître qu'il est difficile et souvent impossible de faire une distinction médicale chez un sujet gravement invalide entre les conséquences des affections qui donnent droit à une pension ou à une indemnité et celles des affections qui n'ouvrent pas droit à une pension ou à une indemnité; et, qu'en pareils cas, il est juste de présumer que de telles conséquences existent vraiment.

Il faut réaffirmer que le libellé de l'article 72 constitue une dérogation délibérée au principe qui régit l'attribution des pensions et des indemnités. Cet article ne prévoit pas l'octroi d'une "pension" supplémentaire, mais le versement d'une "allocation" si certaines conditions sont remplies. Rien n'indique dans l'article 72 que cette allocation ne vise que les invalidités susceptibles de pension ou d'indemnité ni, dans le même ordre d'idées, n'exclut de la détermination de "l' incapacité exceptionnelle", la partie d' incapacité imputable à la blessure ou à la maladie non susceptible de pension. (Jugement de la Cour fédérale d'appel en date du 25 janvier 1980.)

Il faut également tenir compte du principe de la "synergie", soit que l'effet d'ensemble des affections ouvrant déjà droit à une pension ou à une indemnité peut être plus grand que la somme des effets de chaque affection prise individuellement. On ne doit pas

faire abstraction non plus de la détérioration physique et mentale due au vieillissement lorsqu'on détermine s'il y a incapacité exceptionnelle. (E-2100, E-7631)

Les pensionnés qui sont paraplégiques ou qui ont subi une double amputation, certains cas de cécité ou de maladies psychiatriques ont automatiquement droit à l'A.C, conformément à l'article 7.09 de la Table des invalidités, Cela n'empêche pas ces pensionnés de toucher une allocation à un taux supérieur à celui qui est prescrit par l'article 7.09 de la Table des invalidités, s'ils sont sérieusement handicapés par d'autres invalidités qualifiées de graves. Le paragraphe 2 de la Loi 72 sur les pensions (I-3 également) stipule qu'il peut être tenu compte de la mesure où l'usage de prothèses diminue l'incapacité. Dans le cas des pensionnés pour double amputation classés dans les catégories 4 et 5, la Table a été rédigée en supposant que les membres amputés ont été remplacés par une prothèse.

L'AIE est payée indépendamment du fait que le membre demeure à la maison, dans un établissement ou dans un hôpital, etc.

7.05 - Facteurs déterminants

En déterminant si l'incapacité dont souffre un membre des Forces est exceptionnelle, on tiendra compte, comme l'exige le paragraphe 72(2) de la Loi, de la mesure où l'invalidité pour laquelle le membre reçoit une pension ou une indemnité :

(a) l'a laissé dans un état d'impotence;
(b) l'a laissé dans un état de souffrance et de malaise continus;
(c) a entraîné la perte de jouissance de la vie;
(d) a réduit sa longévité probable.

Les juristes ont toujours considéré que la terminologie du paragraphe 72(2) ne restreint pas le champ d'application de l'expression "invalidité exceptionnelle", car toute limitation de ce genre restreindrai la généralité ou la "portée" de l'alinéa 72(1)(b). La terminologie du paragraphe 72(2) fait ressortir l' intention du législateur qui a voulu prévoir que pour déterminer s'il y a incapacité exceptionnelle, certains critères objectifs doivent entrer en ligne de compte. Toutefois, ces critères, tels qu'ils sont énoncés au paragraphe 72(2), ne doivent pas s'interpréter comme restreignant la condition générale prévue à l'alinéa 72(1)(b), à savoir que l'incapacité exceptionnelle doit être déterminée selon tout critère approprié. Le paragraphe 72(2) vise à préciser qu'on doit tenir compte de tout ce qui précède et aussi d'autres facteurs pertinents pour la détermination de l'incapacité exceptionnelle (Voir le jugement de la Cour fédérale d'appel en date du 25 janvier 1980.)

En examinant chaque facteur séparément, il faut tenir compte des éléments suivants :

a) **État d' impotence**
"L'état d'impotence" peut déterminer en consultant la preuve consignée dans une demande d'allocation pour soins et, plus particulièrement, la preuve soumise par l'ancien combattant même, son conjoint ou sa famille, ou dans un rapport d'un conseiller régional; ou toute autre preuve incontestable pouvant servir à l'évaluation de l'importance du degré de dépendance du requérant.

b) **Douleur et malaise continus**
Comme la douleur est subjective, il est très difficile d'en évaluer l'intensité. Il est reconnu médicalement que chaque personne réagit différemment à la douleur selon son seuil de tolérance. Même si elle est modérément prononcée, lorsqu'une personne peut se mouvoir de façon entièrement indépendante, la douleur intermittente nécessitant peu de médicaments ne sera pas considérée comme exceptionnelle. La douleur nécessitant une médication ou des soins constants pour la maîtriser pourrait bien être considérée comme exceptionnelle. Les affections occasionnant de malaises continus et prononcés peuvent également être considérées comme exceptionnelles (par exemple , une dyspnée nécessitant un apport presque constant en oxygène, un prurit intraitable, un vertige continu, etc.). Dans tous les cas de malaise et de douleurs continus, on doit tenir compte du soulagement apporté par les médicaments ou les soins.

c) **Perte jouissance de la vie**
Lorsqu'on aborde ce facteur, il faut également tenir compte de l'état d'impotence, des douleurs et des malaises continus et de la diminution de l'espérance de vie. De plus, l'incapacité de travailler (si le malade est en âge de travailler) et l'incapacité précoce de prendre part à des activités sociales (y compris les sports) qui auparavant faisaient partie du mode de vie de la personne, ne doivent également pas être oubliées. En plus des invalidités signalées à la partie 7.09 de la Table, les pertes auditives, l'impotence et le défigurement grave sont également des éléments importants au même titre que les effets psychologiques néfastes entraînés par des affections ouvrant droit à une pension.

d) **Diminution de la longévité probable**
L'espérance de vie varie selon les personnes, compte tenu de l'hérédité, du milieu et d'autres facteurs. L'espérance de vie doit être évaluée suivant chaque cas à la lumière de données médicales acceptables. Elle n'est pas nécessairement établie à partir de la moyenne nationale. Même si une personne a franchi le cap des 80 ans, des affections ouvrant droit à une pension ou à une indemnité telle qu'une affection cardiaque, une maladie pulmonaire chronique, le

diabète, etc, peuvent tout de même diminuer sensiblement l'espérance de vie.

e) **Complications d'ordre psychologique**
Ce facteur n'est pas signalé comme tel dans la Loi, mais on doit en tenir compte si des données médicales prouvent que des affections reconnues ont entraîné de telles complications (exemple : sentiment de rejet, dépression entraînant un retrait face à la société pour des raisons de dépendance, de perte de dignité, de défigurement, d'impotence, etc.). Ce problème ne doit pas être confondu avec les problèmes psychiatriques dont fait état le tableau connexe à l'article 7.09 de la Table des invalidités.

7.06 - Catégories établies en vertu de l'article 72

1. Conformément à la présente directive, ACC devra étudier chaque demande soumise en vertu de l'article 72 de la *Loi sur les pensions* en comparant la gravité de l'incapacité du requérant aux profils définis relativement à chaque catégorie décrite ci après. A cette fin, ACC devra s'en tenir à un système de types ou de précédents, afin que ses décisions soient suffisamment uniformes et prévisibles.

2. Nonobstant l'adoption de la présente directive au sujet des catégories de l'AIE, ACC devra étudier chaque demande présentée en vertu de l'article 72 de la *Loi sur les pensions* en fonction du fond de la cause, car de nombreuses demandes sont caractérisées par des combinaisons uniques d' invalidités multiples et d'incapacités subséquentes.

3. La présente directive touche essentiellement les demandes relatives à des invalidités multiples, et elle ne modifie pas nécessairement l'utilisation de la Table des invalidités dans sa forme actuelle lorsqu'il est question de demandes moins complexes, par exemple, divers genres d' amputations ou des combinaisons particulières d'amputations, etc.

4. Les éléments de preuve à examiner en vue du choix de la catégorie de l'AIE à accorder dans chacun des cas peur consister tout autant en des preuves et des documents de nature non médicale que de preuves et de documents médicaux. (Voir l'interprétation d'audition I-28 du Conseil de révision des pensions.)

5. Il faut reconnaître, en ce qui concerne les demandes relatives à des invalidités multiples, que les influences mutuelles des invalidités qui donnent droit à une pension ou à une indemnité et des affections qui n'ouvrent pas droit à une pension ou à une indemnité sont un élément très important pour la grande

majorité de ces demandes, et ACC devra en tenir compte de façon appropriée lorsqu'elle fixe la catégorie d'AOE pour chacune de ces demandes. (Voir la décision de la Cour fédérale d'appel en date du 25 janvier 1980.)

6. On obtient le profil d'une personne atteinte d'une incapacité exceptionnelle en examinant et en évaluant un certain nombre de déclarations et de décisions importantes relativement à l'interprétation légale de l'article 72 de la *Loi sur les pensions* donnée au cours des ans par la Cour fédérale d'appel du Canada, le Conseil de révision des pensions et ACC, notamment :

   a) La décision de la Cour fédérale d'appel en date du 25 janvier 1980 relativement à l'AIE;
   b) Les décisions d'interprétation du Conseil de révision des pensions (I-15, I-22, I-27, I-28);
   c) La directive médicale 2/82 d'ACC de décembre 1982;

   (Voir également le Rapport du Comité spécial pour étudier les procédures prévues par la Loi sur les pensions, pages 79 à 148, de même que les présentations faites audit Comité par le Conseil national des associations d'anciens combattants au Canada - la présentation préliminaire de M. H.C. Chadderton au sujet de l'AIE, pages 58 à 70; la présentation de M. Brian N. Forbes au sujet de l'AIE, pages 28 à 45.)

   Sous réserve de ce qui précède, les définitions ci-après constituent un "profil" général de chaque catégorie de l'AIE, conformément à l'article 72 de la *Loi sur les pensions* :

   Catégorie cinq

   a) Incapacité consécutive à la corrélation des invalidités qui donnent droit à une pension ou à une indemnité, et dont l'effet synergique nuit à la capacité de l'ancien combattant de faire face à son état général de personne invalide. On reconnait ainsi que les invalidités d'un ancien combattant qui lui donnent droit à une pension ou à une indemnité et dont le degré d'invalidité est évalué à 100 p. 100 peut entraîner une incapacité grave; **ou**
   b) Incapacité consécutive à la manifestation d'une ou de plusieurs affections minimes qui n'ouvrent pas droit à une pension ou à une indemnité, et qui se répercutent sur les invalidités du requérant qui lui donnent droit à une pension ou à une indemnité, ou qui sont influencées par ces dernières; **ou**
   c) Incapacité consécutive au vieillissement, à un état d' impotence, à la perte

de jouissance de la vie, à l'intensité des souffrances et des malaises, à la diminution de la longévité probable, aux complications d'ordre psychologique ou à d'autres facteurs matériels de l'AIE, dans la mesure où ces facteurs nuisent à la capacité du requérant de bien vivre malgré les invalidités qui lui donnent droit à une pension ou à une indemnité; **ou**

d) Incapacité consécutive à la détérioration du mode de vie général du requérant ayant des conséquences néfastes pour sa vie sociale, son état d'esprit, son travail ou sa vie de famille; **ou**

e) La présence d'éléments de preuve ou de circonstances qui font que le requérant s'achemine vers un état qui met en danger les activités de la vie de tous les jours.

Catégorie quatre

a) Une majoration du niveau d'incapacité du requérant par rapport au profil d'un bénéficiaire de l'AIE de la catégorie cinq, tout particulièrement en ce qui concerne les conditions préalables énoncées aux sous-alinéas a), c), d) et e) de la description du profil de la catégorie cinq;

b) La manifestation d'une affection grave, par exemple, une cardiopathie ischémique, un cancer, un diabète, un ictus, etc.; ou d'un certain nombre d'affections minimes dont l'effet composé est tel que ces affections se répercutent sur les autres invalidités du requérant ou sont influencées par lesdites invalidités.

Catégorie trois

a) Une majoration du niveau d'incapacité du requérant par rapport au profil d'un bénéficiaire de l'AIE de la catégorie quatre, tout particulièrement en ce qui concerne les conditions préalables énoncées aux sous-alinéas a), c), d), et e) de la description du profil de la catégorie cinq; **ou**

b) La manifestation de deux affections graves ou d'une affection grave et d'un certain nombre d'affections minimes dont l'effet composé est tel que ces affections se répercutent sur les autres invalidités du requérant ou sont influencées par lesdites invalidités; **ou**

c) La gravité de l'effet composé des affections qui n'ouvrent pas droit à une pension ou à une indemnité et des invalidités qui donnent droit à une pension ou à une indemnité est telle qu'elle entraîne une incapacité grave pour le requérant, sans égard particulier au nombre d'affections, et ce, dans les cas où le requérant s'achemine vers un état où il sera incapable d'exécuter relativement bien les activités de la vie de tous les jours.

Catégorie deux

a) Une majoration du niveau d'incapacité du requérant par rapport au profil d'un bénéficiaire de l'AIE de la catégorie trois, tout particulièrement en ce qui concerne les conditions préalables énoncées aux sous-alinéas a), c), d) et e) de la description du profil de la catégorie cinq; **ou**

b) La manifestation de trois affections graves ou de deux affections graves et d'un certain nombre d'affections minimes dont l'effet composé est tel que ces affections se répercutent sur les autres invalidités du requérant ou sont influencées par lesdites invalidités; **ou**

c) La gravité de l'effet composé des affections qui n'ouvrent pas droit à une pension ou à une indemnité et des invalidités qui donnent droit à une pension ou à une indemnité est telle qu'elle entraîne une incapacité grave pour le requérant, sans égard particulier au nombre d'affections, et ce, dans les cas où le requérant s'achemine vers un état où il sera incapable d'exécuter relativement bien les activités de la vie de tous les jours et dans les cas où le requérant aura bientôt besoin d'être placé dans un établissement de soins à cause de la gravité de son incapacité.

Catégorie un

a) Une majoration du niveau d'incapacité du requérant par rapport au profil d'un bénéficiaire de l'AIE de la catégorie deux, tout particulièrement en ce qui concerne les conditions préalables énoncées aux sous-alinéas a), c), d) et e) de la description du profil de la catégorie cinq; **ou**

b) La gravité de l'effet composé des affections qui n'ouvrent pas droit à une pension ou à une indemnité et des invalidités qui donnent droit à une pension ou à une indemnité est telle qu'elle entraîne une incapacité grave pour le requérant, sans égard particulier au nombre d'affections, et ce, dans les cas où le requérant est incapable d'exécuter les activités de la vie de tous les jours, ou dans les cas où le requérant vit déjà dans un établissement de soins à cause de la gravité de son incapacité.

7.07 - Demande requise

Le paragraphe 80(1) de la *Loi sur les pensions* énonce que...« les compensations ne sont payables que **sur demande** - faite par le demandeur ou en son nom... ».

7.08 - Datée d'entrée en vigueur

Le ministre informera les nouveaux pensionnés de la catégorie 1 de leur droit de présenter une demande pour cette allocation, et il en reviendra aux pensionnés de présenter ou non une demande. La date à laquelle le pensionné indique son désir de présenter une demande pour une AIE sera considérée comme la « date de la demande ». Si le pensionné souffre d'une incapacité exceptionnelle qui est la conséquence de l'invalidité pour laquelle il reçoit une pension ou une indemnité d'invalidité (au taux prévu à la catégorie 1) ou qui a été causée par celle-ci, la date d'entrée en vigueur d'une allocation d'incapacité exceptionnelle ne peut pas être antérieure à celle de la décision accordant une pension de catégorie 1 aux termes de la *Loi sur les pensions* ou une combinaison de pension d'invalidité et une indemnité aux termes de la *Loi sur les pensions* et une indemnité d'invalidité/indemnité pour douleur et souffrance aux termes de la *Loi sur le bien-être des vétérans* totalisant au moins 98 %.

7.09 - Taux de l'allocation d'incapacité exceptionnelle

1. Les taux établis au paragraphe 74 de la *Loi sur les pensions* peuvent être majorés selon l'indice des prix à la consommation (supplément IPC) en vertu des dispositions du paragraphe 75 de la *Loi sur les pensions*. Les montants accordés varient selon les catégories I à 5, tel qu'il est indiqué au tableau connexe à l'article 7.09.

2. Les taux établis correspondent au montant minimal accordé pour un cas type de la catégorie décrite, pourvu qu'aucune autre affection ouvrant droit à pension ou à une indemnité ne vienne modifier en substance les facteurs identifiés à l'article 72 de la *Loi sur les pensions*. En procédant à l'évaluation, on doit tenir compte, dans certains cas, de la mesure dans laquelle l'incapacité a été réduite par le port de prothèses.

3. Le taux correspondant à chaque catégorie et établi annuellement est réajusté selon l'indice des prix à la consommation.

TABLEAU CONNEXE A L'ARTICLE 7.09		
Incapacité exceptionnelle		**Taux**
Paraplégie		
1.	Paraplégique (section complète de la moelle)	Catégorie 1
Amputations		
2.	Amputé de trois ou quatre membres	Catégorie 1
3.	Confiné dans un fauteuil roulant, ne peut se déplacer lui-même	Catégorie 2
4.	Confiné dans un fauteuil roulant, peut se déplacer lui-même	Catégorie 3
5.	Amputé au-dessus des coudes	Catégorie 3
6.	Amputé au-dessus des genoux	Catégorie 4
7.	Amputé des membres supérieurs, l'un au-dessous et l'autre au-dessus	Catégorie 4
8.	Amputé de deux membres, l'un au-dessus du genou, l'autre au-dessus du coude	Catégorie 4
9.	Amputé des membres inférieurs, l'un au-dessus du genou l'autre au-dessous	Catégorie 5
10.	Amputé de deux membres, l'un au-dessus du genou, l'autre au-dessous du coude	Catégorie 5
11.	Amputé des membres supérieurs au-dessous du coude	Catégorie 5
12.	Amputé des membres inférieurs, au-dessous du genou	Catégorie 5
13.	Amputé de deux membres, l'un au-dessous du coude, l'autre au-dessous du genou	Catégorie 5
Cécité		
14.	Cécité complète (aucune perception de la lumière) avec invalidité secondaire importante	Catégorie 1
15.	Cécité complète (aucune perception de la lumière)	Catégorie 2

16.	Perception de la lumière sans projection rétinienne	Catégorie 3
17.	Projection rétinienne permettant l'orientation dans un cadre familier, à l'intérieur	Catégorie 4
18.	Aptitude à compter des doigts et à se déplacer à l'extérieur, dans un milieu protégé	Catégorie 5
Incontinence vésicale et intestinale		
19.	L' incontinence vésicale et intestinale est considérée comme un facteur permettant de majorer l'allocation d'incapacité exceptionnelle de 400 $ par année, ou de porter l'invalidité à la catégorie immédiatement supérieure.	
Psychiatrique		
NOTA : Les directives suivantes ne peuvent être comprises entièrement qu'à la lumière des antécédents relevés par des spécialistes et de cas types figurant au dossier, au bureau du chef de la Division des affections neuro-psychiatriques de la Direction consultative médicale.		
20.	Inertie schizophrénique ou dépressive totale, nécessitant une hospitalisation, requérant des soins infirmiers importants.	Catégorie 1
21.	Dépression profonde nécessitant des soins constants à l'hôpital, pour éviter toute tentative suicidaire; signes évidents de douleurs et de maladies psychiques diffus et de perte de jouissance de la vie.	Catégorie 1
22.	Troubles psychotiques graves nécessitant une hospitalisation prolongée, à titre de mesure préventive ou chez un malade suicidaire, apte à veiller à ses propres besoins en milieu hospitalier, mais à peu près inapte à prendre part à l'ergothérapie ou à des activités récréatives thérapeutiques. La présence d'une détresse évidente dans la situation susmentionnée peut justifier l'octroi d'une allocation supérieure.	Catégorie 2-3
23.	Surveillance à la maison ou à l'hôpital plutôt générale, aptitude à satisfaire à ses propres besoins, mais aptitude limitée à participer à l'ergothérapie ou à des activités récréatives thérapeutiques. Le niveau de l'invalidité doit être déterminé selon l'intensité de la détresse psychique et le degré de la perte de jouissance de la vie familiale, sociale ou autre.	Catégorie 4-5

Chapitre 8
AFFECTIONS VISUELLES

Introduction

Ce chapitre contient les critères permettant d'évaluer la déficience permanente ouvrant droit à des indemnités d'invalidité résultant de la perte de l'acuité visuelle, d'un trouble du champ visuel ou d'autres affections diverses de l'oeil.

La déficience liée à des affections malignes de l'oeil est cotée au chapitre 18, Affections malignes. Suivre les étapes indiquées dans ce chapitre.

Tableaux de cotation

Ce chapitre contient trois tableaux « Perte fonctionnelle », un tableau « Autres déficiences » et deux figures que l'on peut utiliser pour coter les affections visuelles ouvrant droit à des indemnités d'invalidité.

Tableaux de ce chapitre :

Tableau 8.1	Perte fonctionnelle - Acuité visuelle	Ce tableau permet de coter la déficience liée à la perte de l'acuité visuelle.
Tableau 8.2	Perte fonctionnelle - Champ visuel	Ce tableau permet de coter la déficience liée à la perte du champ visuel.
Tableau 8.3	Perte fonctionnelle - Diverses affections visuelles	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux diverses affections de la vue.
Tableau 8.4	Autres déficiences - Oculaires	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections oculaires.
Figure 8A	Grille d'Esterman - Oeil gauche	Cette figure permet de coter la déficience liée à la perte du champ visuel de l'oeil gauche.
Figure 8B	Grille d'Esterman - Oeil droit	Cette figure permet de coter la déficience liée à la perte du champ visuel de l'oeil droit.

Acuité visuelle

Le **tableau 8.1** permet de coter la déficience liée aux affections visuelles qui entraînent une perte de l'acuité visuelle.

L'acuité visuelle est la capacité de l'oeil de percevoir des détails dans l'environnement. L'acuité visuelle se mesure de près et de loin, mais aux fins du **tableau 8.1** et dans la suite de ce chapitre, l'acuité visuelle concerne **uniquement** l'acuité de loin corrigée au mieux, c'est-à-dire par le port de lunettes ou de lentilles de contact au besoin. Aucune autre cote ne sera attribuée pour le port de verres correcteurs.

Dans ce chapitre, l'acuité visuelle est exprimée en *fraction de Snellen* (soit 6/6; 20/20). On trouvera au **tableau 8.1** un graphique de conversion de la fraction de Snellen, du métrique à l'étalon de mesure.

On parle parfois de *« cécité au sens de la loi »* pour une acuité visuelle de 20/200. C'est, en fait, erroné car 90 % des personnes dites « aveugles au sens de la loi » ne sont pas totalement aveugles, mais ont en fait une *grave perte de la vision.*

La vision normale est une fonction *binoculaire,* à savoir que les deux yeux contribuent à la fonction de la vue. Lorsque l'affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité touche un seul oeil, la déficience visuelle est dite *monoculaire*. Mais aux fins de l'évaluation dans cette table, toutes les déficiences visuelles sont exprimées comme des déficiences binoculaires en supposant que la vision dans l'oeil n'ouvrant pas droit à des indemnités d'invalidité est normale (6/6 ou 20/20).

La déficience due à une amblyopie ouvrant droit à indemnité d'invalidité est cotée en fonction d'une acuité visuelle de loin corrigée au mieux à la fin du service.

Une cote de déficience médicale de 35 est attribuée pour une énucléation de l'oeil, de 26 pour la perte totale de la vision de l'oeil et de 9 pour la perte de l'oeil.

Champ visuel

Le **tableau 8.2** permet de coter la déficience liée aux affections visuelles qui entraînent une perte de champ visuel.

Le test du champ visuel mesure la capacité fonctionnelle de l'oeil de discerner les objets dans la périphérie de l'environnement visuel. Les affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité comme le glaucome, l'atrophie optique, la névrite rétrobulbaire et la rétinite pigmentaire peuvent influer sur le champ visuel.

Sur le plan clinique, la plupart des tests sont limités aux 30 degrés de la vision centrale, car il s'agit de la partie la plus importante pour établir un diagnostic. Aux fins du droit à des indemnités d'invalidité ou à une indemnité d'ACC, cela peut désavantager certains membres, anciens combattants ou clients. Dans la mesure du possible, on utilise un test du champ visuel de 60 degrés.

La méthode privilégiée pour mesurer les lacunes du champ visuel est le test fonctionnel monoculaire d'Esterman qui détermine un résultat correspondant à l'évaluation de la perte de champ monoculaire. On peut également utiliser d'autres tests manuels ou automatisés (p.ex. les relevés de champ visuel de Goldmann, l'écran de Bjerrum, la méthode informatisée Allergan Humphrey ou le test d'écran tangent).

- Si le champ a été défini par une méthode manuelle comme l'écran de Bjerrum avec une cible blanche de 5/1000 ou une coupole de Humphrey à 10dB ou moins, on superpose la grille d'Esterman sur la carte du champ visuel. Les points qui tombent complètement ou partiellement dans cette partie de la perte du champ sont comptés, et le nombre de points ainsi comptés représente l'évaluation monoculaire pour la perte de champ de cet oeil.

- Si le champ a été défini par la méthode informatisée de Humphrey, on dessine un pseudo-isoptère afin d'inclure tous les points d'une intensité d'au plus 10dB. On superpose une grille d'Esterman sur la partie, et les points qui tombent complètement ou partiellement dans cette partie de la perte du champ sont comptés; le nombre de points ainsi comptés représente l'évaluation monoculaire pour la perte de champ de cet oeil.

- Si on utilise un test cinétique du champ visuel de Goldmann, on se sert de l'isoptère produit par le stimulus III - 4e pour déterminer la perte du champ visuel ouvrant droit à des indemnités d'invalidité. En superposant la grille d'Esterman appropriée sur la partie centrale de 60 degrés du champ Goldmann, on compte les points dans la partie qui représente la perte du champ visuel. Le nombre des points comptés représente l'évaluation de la perte du champ monoculaire pour cet oeil.

Si on utilise une autre méthode que celles ci-dessus pour définir la perte du champ visuel, le cas sera coté individuellement.

Perte fonctionnelle - Acuité visuelle

Le **tableau 8.1** permet de coter la déficience lorsque la perte fonctionnelle concerne l'acuité visuelle. On ne peut choisir qu'une seule cote. Si plusieurs cotes s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

S'il faut coter plus d'une affection ayant une incidence sur l'acuité visuelle à l'aide du **tableau 8.1**, les affections sont regroupées aux fins de l'évaluation.

Lorsque la diminution de l'acuité visuelle ouvrant droit à des indemnités d'invalidité touche les **deux** yeux, la cote de l'acuité visuelle monoculaire de l'oeil ayant la **meilleure** acuité est représentée sur l'axe horizontal, et la cote de l'acuité visuelle monoculaire de l'oeil ayant la **pire** acuité est représentée sur l'axe vertical du **tableau 8.1.** La valeur au point d'intersection est la cote de déficience de l'acuité visuelle binoculaire.

Lorsque la diminution de l'acuité visuelle ouvrant droit à des indemnités d'invalidité touche **un seul** oeil, la cote de l'acuité visuelle monoculaire de cet oeil est convertie en une cote d'acuité visuelle binoculaire à l'aide du **tableau 8.1**. La cote de l'acuité visuelle monoculaire de l'oeil n'ouvrant pas droit à des indemnités d'invalidité est considérée comme étant normale (6/6 ou 20/20) même en cas de perte de l'acuité visuelle dans cet oeil. Cette valeur est indiquée le long de l'axe horizontal du **tableau 8.1.** La cote de l'acuité visuelle monoculaire de l'oeil ouvrant droit à des indemnités d'invalidité est indiquée sur l'axe vertical du **tableau 8.1.** La valeur au point d'intersection est la cote de déficience de l'acuité visuelle binoculaire.

Si les troubles de l'acuité visuelle 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 de l'organisme 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 aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Perte fonctionnelle - Champ visuel

Le **tableau 8.2** permet de coter la déficience lorsque la perte fonctionnelle concerne le champ visuel. On ne peut choisir qu'une seule cote. Si plusieurs cotes s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

S'il faut coter plus d'une affection ayant une incidence sur le champ visuel à l'aide du **tableau 8.2**, les affections sont regroupées aux fins de l'évaluation.

Lorsque la diminution du champ visuel ouvrant droit à des indemnités d'invalidité

touche les **deux** yeux, la cote du champ visuel monoculaire de l'oeil ayant le **meilleur** champ est représentée sur l'axe horizontal, et la cote du champ visuel monoculaire de l'oeil ayant le **pire** champ est représentée sur l'axe vertical du **tableau 8.2.** La valeur au point d'intersection est la cote de déficience du champ visuel binoculaire.

Lorsque la diminution du champ visuel ouvrant droit à des indemnités d'invalidité touche **un seul** oeil, la cote du champ visuel monoculaire de cet oeil est convertie en une cote de champ visuel binoculaire à l'aide du **tableau 8.2**. La cote du champ visuel monoculaire de l'oeil n'ouvrant pas droit à des indemnités d'invalidité est considérée comme étant normale (c.-à-d. 0) même en cas de perte du champ visuel dans cet oeil. Cette valeur est indiquée le long de l'axe horizontal du **tableau 8.2.** La cote du champ visuel monoculaire de l'oeil ouvrant droit à des indemnités d'invalidité est indiquée sur l'axe vertical du **tableau 8.2.** La valeur au point d'intersection est la cote de déficience du champ visuel binoculaire.

Si les troubles du champ visuel 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 de l'organisme 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 aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Perte fonctionnelle - Affections visuelles diverses

Le **tableau 8.3** permet de coter la déficience liée aux diverses affections visuelles. On ne peut choisir qu'une cote pour chaque affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité. Si plusieurs cotes s'appliquent pour une affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Si les diverses affections visuelles 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 de l'organisme 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 aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Autres déficiences - Oculaires

Le **tableau 8.4** permet de coter la déficience liée aux affections oculaires. On ne peut choisir qu'une cote pour chaque affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité. Si plusieurs cotes s'appliquent pour une affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

La déficience due à un défigurement causé par l'énucléation est comprise dans la cote de déficience. Aucune autre cote de déficience n'est prise dans le chapitre 22, Affections dermatologiques.

Si les affections oculaires 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 de l'organisme 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 aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Tableau 8.1 - Perte fonctionnelle - Acuité visuelle

Lorsque la diminution de l'acuité visuelle ouvrant droit à des indemnités d'invalidité touche les **deux** yeux, la cote de l'acuité visuelle monoculaire de l'oeil ayant la **meilleure** acuité est représentée sur l'axe horizontal, et la cote de l'acuité visuelle monoculaire de l'oeil ayant la **pire** acuité est représentée sur l'axe vertical du **tableau 8.1.** La valeur au point d'intersection est la cote de déficience de l'acuité visuelle binoculaire.

Lorsque la diminution de l'acuité visuelle ouvrant droit à des indemnités d'invalidité touche **un seul** oeil, la cote de l'acuité visuelle monoculaire de cet oeil est convertie en une cote d'acuité visuelle binoculaire à l'aide du **tableau 8.1**. La cote de l'acuité visuelle monoculaire de l'oeil n'ouvrant pas droit à des indemnités d'invalidité est considérée comme étant normale (6/6 ou 20/20) même en cas de perte de l'acuité visuelle dans cet oeil. Cette valeur est indiquée le long de l'axe horizontal du **tableau 8.1.** La cote de l'acuité visuelle monoculaire de l'oeil ouvrant droit à des indemnités d'invalidité est

indiquée sur l'axe vertical du **tableau 8.1.** La valeur au point d'intersection est la cote de déficience de l'acuité visuelle binoculaire.

Tableau 8.1 - Perte fonctionnelle - Acuité visuelle

								Conversion				
	≥6/6	Zéro						**Métrique** 6/6 6/9 6/12 6/18 6/24 6/30 6/36 6/48 6/60 3/60 6/120		**Pieds** 20/20 20/30 20/40 20/60 20/80 20/100 20/120 20/160 20/200 10/200 20/400		
	≥6/9	Zéro	Zéro									
	≥6/12	Zéro	Zéro	Zéro								
	≥6/18	4	4	9	13							
Acuité visuelle (pire oeil)	≥6/24	9	9	13	18	26						
	≥6/30	9	13	13	21	26	26					
	≥6/36	13	18	18	26	31	39	43				
	≥6/48	13	18	21	31	39	43	48	52			
	≥6/60	18	18	26	31	48	48	52	52	61		
	≥3/60, 6/120	18	21	26	34	48	48	61	61	71	76	
	Compte les doigts ou moins (aveugle)	26	26	34	43	52	52	61	68	76	85	85
		≥6/6	≥6/9	≥6/12	≥6/18	≥6/24	≥6/30	≥6/36	≥6/48	≥6/60	≥3/60 6/120	**Compte les doigts ou moins (aveugle)**
Acuité visuelle (meilleur oeil)												

Étapes à suivre pour évaluer l'acuité visuelle

Étape 1 : Déterminer la cote dans le **tableau 8.1** (Perte fonctionnelle - Acuité visuelle).

- Indiquer la perte de l'acuité visuelle monoculaire pour le pire oeil sur l'axe vertical.
- Indiquer la perte de l'acuité visuelle monoculaire pour le meilleur oeil sur l'axe horizontal.

Le point d'intersection des deux axes indique la déficience de l'acuité visuelle binoculaire.

Note : Si un seul oeil ouvrant droit à des indemnités d'invalidité ou si seulement un oeil a une déficience de l'acuité visuelle, la déficience monoculaire pour l'autre oeil est considérée comme étant normale (6/6 ou 20/20) même en cas de perte de l'acuité visuelle dans cet oeil.

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 indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Tableau 8.2 - Perte fonctionnelle - Champ visuel

Lorsque la diminution du champ visuel ouvrant droit à des indemnités d'invalidité touche les deux yeux, la cote du champ visuel monoculaire de l'oeil ayant le meilleur champ est représentée sur l'axe horizontal, et la cote du champ visuel monoculaire de l'oeil ayant le pire champ est représentée sur l'axe vertical du tableau 8.2. La valeur au point d'intersection est la cote de déficience du champ visuel binoculaire.

Lorsqu'un seul oeil a une diminution du champ visuel qui donne droit à des indemnités d'invalidité, la cote du champ visuel monoculaire de cet oeil est convertie en une cote de champ visuel binoculaire à l'aide du tableau 8.2. La cote du champ visuel monoculaire de l'oeil n'ouvrant pas droit à des indemnités d'invalidité est censé être normal (soit 0) même en cas de perte du champ visuel dans cet oeil. Cette valeur est indiquée le long de l'axe horizontal du tableau 8.2. La cote du champ visuel monoculaire de l'oeil ouvrant droit à des indemnités d'invalidité est indiquée sur l'axe vertical du tableau 8.2. La valeur au point d'intersection est la cote de déficience du champ visuel binoculaire.

Le scotome central est coté au cas par cas.

Tableau 8.2 - Perte fonctionnelle - Champ visuel

Évaluation de la perte du champ monoculaire du pire oeil	Perte de champ visuel																				
	0	Zéro																			
	5	Zéro	4																		
	10	4	4	9																	
	15	4	9	9	13																
	20	4	9	9	13	18															
	25	4	9	13	13	18	21														
	30	9	9	13	18	18	21	26													
	35	9	13	13	18	21	21	26	31												
	40	9	13	18	18	21	21	26	31	34											
	45	9	13	18	18	21	26	26	31	34	34										
	50	9	13	18	21	21	26	31	31	34	39	39									
	55	13	13	18	21	21	26	31	34	34	39	43	43								
	60	13	18	18	21	26	26	31	34	34	39	43	48	48							
	65	18	18	18	21	26	31	31	34	39	39	43	48	52	52						
	70	18	21	18	21	26	31	34	34	39	43	43	48	52	52	57					
	75	21	21	21	26	26	31	34	34	39	43	48	48	52	57	57	63				
	80	21	26	21	26	31	31	34	39	39	43	48	52	52	57	61	63	68			
	85	26	26	26	26	31	34	34	39	43	43	48	52	52	57	61	68	71	76		
	90	26	26	26	26	31	34	34	39	43	48	48	52	57	57	61	68	76	81	85	
	95	26	26	31	31	31	34	39	39	43	48	52	52	57	61	61	68	81	85	85	85
	100	26	26	31	31	34	34	39	43	43	48	52	52	57	61	63	71	81	85	85	85
		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
	Évaluation de la perte du champ monoculaire du meilleur oeil																				

Étapes à suivre pour évaluer le champ visuel

Étape 1 : Déterminer la cote dans le **tableau 8.2** (Perte fonctionnelle- Champ visuel).

- Indiquer la perte du champ visuel monoculaire pour le pire oeil le long de l'axe vertical.
- Indiquer la perte du champ visuel monoculaire pour le meilleur oeil le long de l'axe horizontal.

Le point d'intersection des deux axes indique la déficience du champ visuel binoculaire.

Note : Si un seul oeil donne droit à des indemnités d'invalidité ou si seulement un oeil a une déficience du champ visuel, la déficience monoculaire pour l'autre oeil est considérée comme étant normale (soit 0) *même en cas de perte du champ visuel dans cet oeil*.

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 indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Tableau 8.3 - Perte fonctionnelle - Divers

On ne peut attribuer qu'une cote pour chaque affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité. Si plusieurs cotes s'appliquent pour 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, tous les critères désignés à ce niveau de cote doivent être respectés.

Tableau 8.3 - Perte fonctionnelle - Divers

Critères de troubles visuels	Cote
Nystagmus sans diplopie	0
Cataracte sans perte d'acuité visuelle	0
Glaucome (unilatéral ou bilatéral) sans perte de champ visuel	2
Lentille intraoculaire bilatérale ou unilatérale	0
Aphakie bilatérale	5
Aphakie unilatérale	10
Diplopie* dans une direction du regard latéral	10
Diplopie* dans toutes les directions du regard vers le haut	10
Diplopie* dans toutes les directions du regard vers le bas	15
Diplopie* dans les deux directions du regard latéral	15
Diplopie* dans toutes les directions du regard	25

*** La diplopie dans le tableau ci-dessus désigne la diplopie qui ne peut pas être complètement corrigée par un prisme.**

Tableau 8.4 - Autres déficiences - Oculaires

On choisit une cote dans le tableau 8.4 pour chaque affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité. Si plusieurs cotes s'appliquent, elles sont comparées, et la plus élevée est retenue comme cote du **tableau 8.4**.

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

Tableau 8.4 - Autres déficiences - Oculaires

Cote	Critères
Zéro	• Conjonctivite occasionnelle (moins de 6 épisodes par an); **ou** • Ptérygion (non opéré).
Deux	• Conjonctivite Intermittente (au moins 6 épisodes par an); **ou** • Ptérygion, récidivant ou nécessitant une intervention chirurgicale; **ou** • Exophtalmie (unilatéral ou bilatéral).
Quatre	• Irritation constante mais bénigne des yeux entraînant des symptômes et des signes (p. ex. conjonctivite chronique ou blépharoconjonctivite, photophobie persistante, épiphora); **ou** • Trouble entraînant une sécheresse des yeux nécessitant l'utilisation quotidienne et régulière de gouttes pour les yeux (syndrome des yeux secs); **ou** • Ectropion ou entropion non corrigés; **ou** • Ptosis ou tarsorrhaphie entraînant une fermeture partielle continue de l'oeil.
Neuf	• Symptômes et signes d'une grave irritation des yeux permanente.

Étapes à suivre pour évaluer les diverses affections visuelles et oculaires

Étape 1 : Déterminer la cote dans le tableau 8.3 (Perte fonctionnelle - Divers).

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 indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité pour les affections diverses des yeux.

Étape 6 : Déterminer la cote dans le tableau 8.4 (Autres déficiences - Oculaires).

Étape 7 : Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si oui, appliquer à la cote de l'étape 6.

Étape 8 : Déterminer la cote de la qualité de vie.

Étape 9 : Additionner les cotes des étapes 7 et 8.

Étape 10 : S'il existe un droit partiel à des indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 9.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité pour les affections oculaires.

FIGURE 8A - GRILLE D'ESTERMAN : Oeil gauche

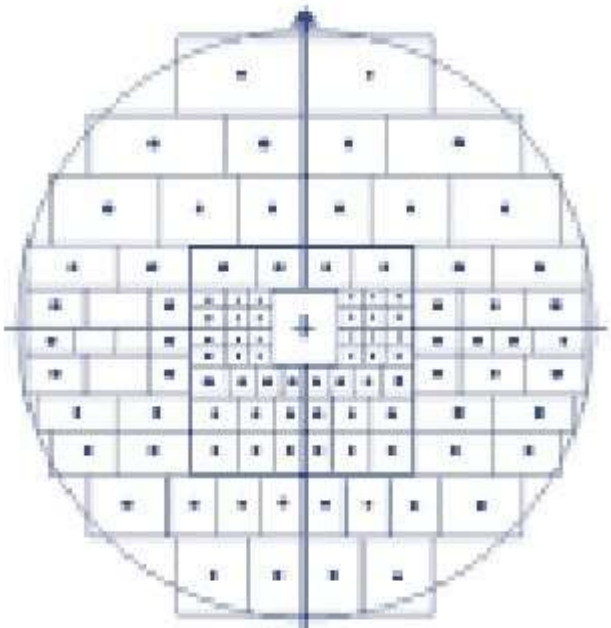
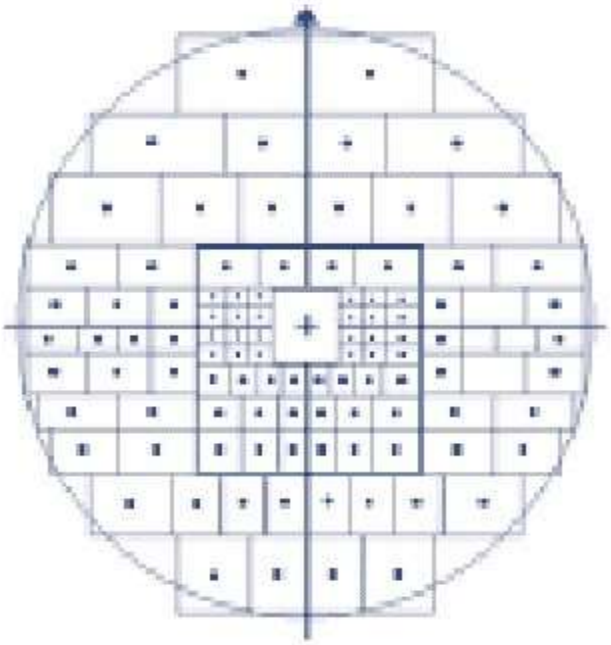


FIGURE 8B - GRILLE D'ESTERMAN : Oeil droit



Chapitre 9
HYPOACOUSIE et AFFECTIONS DE L'OREILLE

Introduction

Ce chapitre contient les critères permettant d'évaluer la déficience permanente ouvrant droit à des indemnités d'invalidité résultant des affections des oreilles (hypoacousie, otite moyenne/otite externe (otalgie/otorrhée), acouphène et/ou vertige/déséquilibre).

Ce chapitre contient le tableau utilisé pour coter le vertige/déséquilibre ayant des causes centrales et périphériques.

La déficience liée à des affections malignes de l'oreille est cotée au chapitre 18, Affections malignes. Suivre les étapes indiquées dans ce chapitre.

Tableaux de cotation

Ce chapitre contient un tableau « Perte fonctionnelle » et trois tableaux « Autres déficiences » qui permettent de coter l'hypoacousie et les affections de l'oreille ouvrant droit à des indemnités d'invalidité.

Voici les tableaux de ce chapitre :

Tableaux de cotation

Tableau	Perte fonctionnelle	Autres déficiences
Tableau 9.1	Perte fonctionnelle – Hypoacousie	Ce tableau permet de coter la déficience liée à l'hypoacousie.
Tableau 9.2	Autres déficiences – Otite moyenne/ otite externe (otalgie/otorrhée) et dysfonctionnement de la trompe d'Eustache	Ce tableau permet de coter la déficience liée à l'otite moyenne/otite externe (otalgie/otorrhée) et au dysfonctionnement de la trompe d'Eustache.
Tableau 9.3	Autres déficiences – Acouphène	Ce tableau permet the coter la déficience liée à l'acouphène.
Tableau 9.4	Autres déficiences – Vertige/déséquilibre	Ce tableau permet de coter la déficience liée au vertige/déséquilibre.

Perte fonctionnelle - Hypoacousie

Le **tableau 9.1** permet de coter la déficience liée à l'hypoacousie.

L'hypoacousie ouvre généralement droit à des indemnités d'invalidité en tant qu'affection bilatérale, la perte auditive dans les deux oreilles contribuant à une perte fonctionnelle. On ne peut choisir qu'une seule cote à l'aide de ce tableau pour une hypoacousie bilatérale. Une cote sera parfois nécessaire pour la perte de l'audition dans une oreille (monaurale) seulement.

Il existe trois types d'hypoacousie (conductive, sensorineurale ou mixte). Une déficience auditive totale, quelle qu'en soit la cause, est comprise dans les critères de déficience. On utilise les valeurs de la conduction aérienne en décibels pour calculer la valeur totale de la perte auditive en décibels (DSHL). En cas de différence sensible entre les valeurs masquées et non masquées de la conduction aérienne, on doit utiliser **les valeurs masquées** pour évaluer la déficience.

Pour évaluer l'hypoacousie, il faut calculer la DSHL. La DSHL est calculée sur les quatre fréquences suivantes 500 Hz, 1000 Hz, 2000 Hz et 3000 Hz. On calcule une DSHL pour chaque oreille ouvrant droit à des indemnités d'invalidité. On obtient la DSHL en ajoutant la perte de décibels aux quatre fréquences susmentionnées dans chaque oreille ouvrant droit à des indemnités d'invalidité. Une oreille n'ouvrant pas droit à des indemnités d'invalidité à une DSHL de 95. La DSHL est utilisée conjointement avec le **tableau 9.1** pour évaluer l'étendue de l'hypoacousie.

Si l'hypoacousie 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 de l'organisme sera cotée à l'aide des tableaux pertinents sur les systèmes et appareils de l'organisme.

Autres déficiences - Otite moyenne/otite externe (otalgie/otorrhée) et dysfonctionnement de la trompe d'Eustache

Le **tableau 9.2** permet de coter la déficience liée à l'otite moyenne, à l'otite externe (otalgie/otorrhée) et au dysfonctionnement de la trompe d'Eustache. On ne peut choisir qu'une seule 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 l'otite moyenne/otite externe (otalgie/otorrhée) et le dysfonctionnement de la trompe d'Eustache 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 de l'organisme 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 aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Autres déficiences - Acouphène

Le **tableau 9.3** permet de coter la déficience liée à l'acouphène. On ne peut choisir qu'une seule cote. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Si l'acouphène 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 de l'organisme 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 aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Autres déficiences - Vertige/déséquilibre

Le **tableau 9.4** permet de coter la déficience liée au vertige et au déséquilibre. On ne peut choisir qu'une seule cote. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Si le vertige/déséquilibre 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 de l'organisme 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 aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Tableau 9.1 - Perte fonctionnelle - Hypoacousie

Une seule cote peut être donnée pour l'hypoacousie à l'aide du **tableau 9.1**.

On utilise ce tableau pour déterminer la valeur totale de la perte auditive en décibels (DHSL) pour chaque oreille, en additionnant les valeurs en décibels obtenues aux quatre fréquences suivantes : 500, 1 000, 2 000 et 3 000 Hz. Déterminer la valeur DHSL pour l'oreille la plus atteinte à l'aide de l'axe vertical et celle de l'oreille la moins atteinte à l'aide de l'axe horizontal. Le point d'intersection constitue la valeur de la déficience. Si une seule oreille donne droit à des indemnités d'invalidité, la valeur DHSL de l'oreille n'ouvrant pas droit à des indemnités d'invalidité est toujours considérée comme étant de 95.

Si la valeur déterminée selon la méthode ci-dessus est « 0 », mais qu'il y a perte d'au moins 50 décibels à la fréquence de 4000 Hz dans les deux oreilles, il faut alors attribuer la cote « 1 ».

Tableau 9.1 - Table de l'hypoacousie

On utilise ce tableau pour déterminer la valeur totale de la perte auditive en décibels (DHSL) pour chaque oreille, en additionnant les valeurs en décibels obtenues aux quatre fréquences suivantes: 500, 1 000, 2 000 et 3 000 Hz. Déterminer la valeur DHSL pour l'oreille la plus atteinte àl'aide de l'axe vertical et celle de l'oreille la moins atteinte à l'aide de l'axe horizontal. Le point d'intersection constitue la valeur de la déficience. Si une seule oreille donne droit à des indemnités d'invalidité, la valeur DHSL de l'oreille n'ouvrant pas droit à des indemnités d'invalidité est toujours considérée comme étant de 95.

Si la valeur déterminée selon la méthode ci-dessus est « 0 », mais qu'il y a perte d'au moins 50 décibels à la fréquence de 4000 Hz dans les deux oreilles, il faut alors attribuer la cote « 1 ».

Oreille la plus atteinte \ Oreille la moins atteinte	95	100	105	110	115	120	125	130	135	140	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190	195	200	205	210	215	220	225	230	235	240	245	250	255	260	265	270	275	280	285	290	295	300	305	310	315	320	325	330	335	340	345	350	355
95	0																																																					
100	3	4																																																				
105	4	4	5																																																		
110	4	4	5	5																																																	
115	4	4	5	5	6																																																
120	4	4	5	5	6	7																																															
125	4	5	5	6	6	7	7																																													
130	4	5	5	6	6	7	7	8																																												
135	4	5	5	6	6	7	7	8	9																																											
140	4	5	5	6	6	7	8	8	9	9																																										
145	4	5	5	6	7	7	8	8	9	9	10																																									
150	5	5	6	6	7	7	8	8	9	9	10	11																																								
155	5	5	6	6	7	7	8	8	9	10	10	11	11																																							
160	5	5	6	6	7	7	8	9	9	10	10	11	11	15																																						
165	5	5	6	6	7	8	8	9	9	10	10	11	11	15	15																																					
170	5	5	6	7	7	8	8	9	9	10	10	11	15	15	16	16																																				
175	5	6	6	7	7	8	8	9	9	10	11	11	15	15	16	16	17																																			
180	5	6	6	7	7	8	8	9	10	10	11	11	15	15	16	16	17	17																																		
185	5	6	6	7	7	8	9	9	10	10	11	11	15	15	16	16	17	18	18																																	
190	5	6	6	7	8	8	9	9	10	10	11	11	15	15	16	17	17	18	18	19																																
195	5	6	7	7	8	8	9	9	10	10	11	15	15	16	16	17	17	18	18	19	19																															
200	6	6	7	7	8	8	9	9	10	11	11	15	15	16	16	17	17	18	18	19	20	20																													
205	6	6	7	7	8	8	9	10	10	11	11	15	15	16	16	17	17	18	19	19	20	20	21																												
210	6	6	7	7	8	9	9	10	10	11	11	15	15	16	16	17	18	18	19	19	20	20	21	21																											
215	6	6	7	8	8	9	9	10	10	11	11	15	15	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22																									
220	6	7	7	8	8	9	9	10	10	11	15	15	16	16	17	17	18	18	19	19	20	21	21	22	22	23																							
225	6	7	7	8	8	9	9	10	11	11	15	15	16	16	17	17	18	18	19	20	20	21	21	22	22	23	23																						
230	6	7	7	8	8	9	10	10	11	11	15	15	16	16	17	17	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24																					
235	6	7	7	8	9	9	10	10	11	11	15	15	16	16	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	24	24	25																			
240	6	7	8	8	9	9	10	10	11	11	15	15	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	23	23	24	24	25	25																	
245	7	7	8	8	9	9	10	10	11	15	15	16	16	17	17	18	18	19	19	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26																
250	7	7	8	8	9	9	10	11	11	15	15	16	16	17	17	18	18	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	26	26	27														
255	7	7	8	8	9	10	10	11	11	15	15	16	16	17	17	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	25	25	26	26	27	27												
260	7	7	8	9	9	10	10	11	11	15	15	16	16	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28										
265	7	8	8	9	9	10	10	11	11	15	15	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	28	28	29									
270	7	8	8	9	9	10	10	11	15	15	16	16	17	17	18	18	19	19	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	27	27	28	28	29	29								
275	7	8	8	9	9	10	11	11	15	15	16	16	17	17	18	18	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30							
280	7	8	8	9	10	10	11	11	15	15	16	16	17	17	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	31						
285	7	8	9	9	10	10	11	11	15	15	16	16	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	30	30	31	31					
290	8	8	9	9	10	10	11	11	15	15	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32				
295	8	8	9	9	10	10	11	15	15	16	16	17	17	18	18	19	19	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	33			
300	8	8	9	9	10	11	11	15	15	16	16	17	17	18	18	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	32	32	33	33		
305	8	8	9	10	10	11	11	15	15	16	16	17	17	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	31	31	32	32	33	33	34	
310	8	9	9	10	10	11	11	15	15	16	16	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	35
315	8	9	9	10	10	11	11	15	15	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	34	34	35
320	8	9	9	10	10	11	15	15	16	16	17	17	18	18	19	19	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	33	33	34	34	35
325	8	9	9	10	11	11	15	15	16	16	17	17	18	18	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	32	32	33	33	34	34	35
330	8	9	10	10	11	11	15	15	16	16	17	17	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35
335	9	9	10	10	11	11	15	15	16	16	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	22	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	30	30	31	31	32	32	33	33	34	35	35
340	9	9	10	10	11	11	15	15	16	17	17	18	18	19	19	20	20	21	21	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	32	33	34	34	35	35
345	9	9	10	10	11	15	15	16	16	17	17	18	18	19	19	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	31	32	33	33	34	34	35	35
350	9	9	10	11	11	15	15	16	16	17	17	18	18	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	30	31	32	32	33	33	34	34	35	35
355	9	9	10	11	11	15	15	16	16	17	17	18	18	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	26	26	27	27	28	28	29	29	30	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35

Tableau 9.2 - Autres déficiences - Otite moyenne/otite externe (otalgie/otorrhée) et dysfonctionnement de la trompe d'Eustache

Une seule cote peut être donnée pour chaque affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité à l'aide du **tableau 9.2**. 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 9.2, il faut satisfaire à un seul critère à un niveau de déficience pour que cette cote soit choisie.

Tableau 9.2 – Autres déficiences – Otite moyenne/otite externe (otalgie/otorrhée) et Dysfonctionnement de la trompe d'Eustache

Rating	Criteria
Nil	• Un épisode d'otite moyenne/otite externe (otalgie/otorrhée) traité avec succès sans récurrence; **ou** • Un épisode de dysfonctionnement de la trompe d'Eustache traité avec succès sand récurrence.
Two	• Symptômes intermittents d'otite moyenne/otite externe (otalgie/otorrhée) nécessitant un traitement périodique; **ou** • Symptômes intermittents de dysfonctionnement de la trompe d'Eustache nécessitant un traitement périodique.
Five	• Symptômes continus d'otite moyenne/otitle externe (otalgie/otorrhée) nécessitant un traitement régulier; **ou** • Symptômes continus de dysfonctionnement de la trompe d'Eustache nécessitant un traitement régulier.

Tableau 9.3 - Autres déficiences - Acouphène

Une seule cote peut être donnée à l'aide du **tableau 9.3**. 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 9.3, tous les critères correspondant à chaque puce (•) doivent être respectés.

Tableau 9.3 – Autres déficiences – Acouphène

Cote	Critères
Zéro	• Acouphène occasionnel, moins d'une fois par semaine et touchant une oreille ou les deux.
Un	• Acouphène occasionnel, au moins une fois par semaine et touchant une oreille ou les deux.
Trois	• Acouphène intermittent, quotidien, mais pas toute la journée touchant une oreille ou les deux.
Cinq	• Acouphène continu, toute la journée et toute la nuit, touchant une oreille ou les deux, mais ne nécessitant pas le recours à un masqueur.
Dix	• Acouphène continu, toute la journée et toute la nuit, tous les jours, touchant une oreille ou les deux; et nécessite un masqueur et/ou médicaments prescrits.

Tableau 9.4 - Autres déficiences - Vertige/déséquilibre

Une seule cote peut être donnée à l'aide du **tableau 9.4**. 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 9.4, tous les critères correspondant à chaque puce (•) doivent être respectés.

Tableau 9.4 – Autres déficiences – Vertige/déséquilibre

Cote	Critères
Zéro	• Antécédents de vertige/déséquilibre, mais pas de symptômes.
Cinq	• Symptômes intermittents de vertige/déséquilibre avec ou sans signes objectifs comme le nystagmus et l'ataxie, **et** • Les activités de la vie quotidienne sont accomplies sans aide.
Dix	• Symptômes de vertige/déséquilibre présents quotidiennement accompagnés de signes objectifs comme le nystagmus and l'ataxie; **et** • Les activités de la vie quotidienne sont accomplies sans aide bien que celles qui exigent équilibre et précision, comme faire de la bicyclette, monter à une échelle, etc., soient impossibles à exécuter.
Trente	• Symptômes de vertige/déséquilibre présents quotidiennement accompagnés de signes objectifs comme le nystagmus and l'ataxie; **et** • Les activités de la vie quotidienne ne peuvent pas être accomplies sans aide, mais la personne peut encore marcher de courtes distances et peut effectuer les tâches simples pour s'occuper d'elle-même comme manger, se laver le visage et les mains et des tâches ménagères simples comme épousseter ou balayer.
Soixante	• Symptômes de vertige/déséquilibre présents quotidiennement et accompagnés de signes objectifs comme le nystagmus and l'ataxie; **et** • Les activités de la vie quotidienne comme se laver le visage, se brosser les dents ou se peigner ne peuvent être accomplies sans aide. Ne peut plus marcher mêmes de courtes distances sans aide.
Quatre-vingt-cinq	• Symptômes de vertige/déséquilibre présents quotidiennement accompagnés de signes objectifs comme le nystagmus and l'ataxie; **et** • Les activités de la vie quotidienne doivent être accomplies par un aidant naturel; **et** • Le membre, l'ancien combattant ou le client est confiné à la maison.

Étapes à suivre pour évaluer l'hypoacousie et la déficience auditive

Étape 1 : Calculer la valeur totale de la perte auditive en décibels (DSHL) pour chaque oreille.

Étape 2 : Déterminer la cote à l'aide du tableau 9.1 (Perte fonctionnelle - Hypoacousie).

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

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

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité pour l'hypoacousie.

Étape 5 : Déterminer la cote à l'aide du tableau 9.2 (Autres déficiences - Otite moyenne/otite externe (otalgie/otorrhée) et le dysfonctionnement de la trompe d'Eustache.

Étape 6 : Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si oui, appliquer à la cote de l'étape 6.

Étape 7 : Déterminer la cote de qualité de vie.

Étape 8 : Additionner les cotes des étapes 7 et 8.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité pour l'otite moyenne/otite externe (otalgie/otorrhée) et le dysfonctionnement de la trompe d'Eustache.

Note : Si plusieurs affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité doivent être évaluées à l'aide du tableau 9.2, on doit répéter les étapes 6 - 10.

Étape 9 : Déterminer la cote à l'aide du tableau 9.3 (Autres déficiences - Acouphène).

Étape 10 : Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si oui, appliquer à la cote de l'étape 11.

Étape 11 : Déterminer la cote de la qualité de vie.

Étape 12 : Additionner les cotes des étapes 12 et 13.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité pour l'acouphène.

Étape 13 : Déterminer la cote à l'aide du tableau 9.4 (Autres déficiences - Vertige/déséquilibre).

Étape 14 : Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si oui, appliquer à la cote de l'étape 16.

Étape 15 : Déterminer la cote de la qualité de vie.

Étape 16 : Additionner les cotes des étapes 17 et 18.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité pour le vertige/déséquilibre.

Chapitre 10
AFFECTIONS DU NEZ, DE LA GORGE ET DES SINUS

Introduction

Ce chapitre contient les critères permettant d'évaluer la déficience permanente résultant d'affections du nez, des sinus et de la trachée ouvrant droit à des indemnités d'invalidité.

Aucune cote **n'est** obtenue dans ce chapitre pour les affections indiquées ci-dessous. Chaque puce indique le chapitre à utiliser :

- La déficience liée aux affections respiratoires est cotée au chapitre 12, Affections cardiorespiratoires.
- La déficience liée aux affections qui affectent le goût et l'odorat est cotée au chapitre 20, Affections neurologiques.
- La déficience liée aux affections qui affectent la parole est cotée au chapitre 20, Affections neurologiques.

La déficience liée aux affections malignes du nez, de la gorge et des sinus est cotée au chapitre 18, Affections malignes. Suivre les étapes indiquées dans ce chapitre.

Tableaux de cotation

Ce chapitre contient deux tableaux « Perte fonctionnelle » et un tableau « Autres déficiences ».

Voici les tableaux de ce chapitre :

Tableau 10.1	Perte fonctionnelle - Nez	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections du nez.
Tableau 10.2	Perte fonctionnelle - Sinus	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections des sinus.
Tableau 10.3	Autres déficiences - Trachée	Ce tableau permet de coter la déficience liée à la trachéotomie.

Perte fonctionnelle - Nez

Le tableau 10.1 permet de coter la déficience liée aux affections du nez, de la cavité nasale et du nasopharynx. On ne peut choisir qu'une seule cote. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Si plusieurs affections doivent être cotées à l'aide du **tableau 10.1**, elles sont regroupées aux fins de l'évaluation.

Si les affections nasales 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 de l'organisme 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 aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Perte fonctionnelle - Sinus

Le **tableau 10.2** permet de coter la déficience liées aux affections des sinus paranasaux, ce qui comprend les sinus frontaux, ethmoïdaux, sphénoïdaux et maxillaires. On ne peut choisir qu'une seule cote. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Si les affections des sinus 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 de l'organisme 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 aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Autres déficiences - Trachée

Le **tableau 10.3** permet de coter la déficience résultant d'une trachéotomie. On ne peut choisir qu'une seule cote. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Si la trachéotomie 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 de l'organisme sera cotée à l'aide des tableaux pertinents sur les systèmes et appareils de l'organisme.

Tableau 10.1 - Perte fonctionnelle - Nez

On ne peut attribuer qu'une cote à l'aide du **tableau 10.1** ci-dessous, que l'affection soit unilatérale ou bilatérale. 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 10.1,** un seul critère doit être respecté à un niveau de déficience pour que cette cote soit retenue.

Tableau 10.1 - Perte fonctionnelle - Nez

Cote	Critères
Zéro	• Pas de manifestations cliniques d'obstruction (p.ex. déviation de la cloison nasale, polypes nasaux bénins); **ou** • Pas de manifestations cliniques ni de symptômes d'écoulement nasal ou d'éternuement; **ou** • Symptômes intermittents ou saisonniers de rhinite, mais aucune médication n'est nécessaire; **ou** • Os du nez fracturé sans difformité.
Deux	• Obstruction intermittente (unilatérale ou bilatérale) des voies respiratoires (p. ex. déviation de la cloison nasale compliquée par une infection respiratoire aiguë, polypes nasaux bénins); **ou** • Symptômes intermittents ou saisonniers de rhinite nécessitant une médication; **ou** • Os du nez fracturé avec difformité.
Quatre	• Obstruction chronique continus (unilatérale ou bilatérale) des voies respiratoires (p. ex. déviation de la cloison nasale, polypes nasaux bénins); **ou** • Symptômes chroniques de rhinite nécessitant une médication plus de 4 mois par an.
Neuf	• Perforation de la cloison nasale.

Tableau 10.2 - Perte fonctionnelle - Sinus

On ne peut attribuer qu'une cote à l'aide du **tableau 10.2.** 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 10.2**, tous les critères désignés en face de chaque puce (•) doivent être respectés.

Tableau 10.2 - Perte fonctionnelle - Sinus

Cote	Critères
Zéro	• Symptômes chroniques de sinusite* ne nécessitant pas de médication.
Deux	• Symptômes chroniques de sinusite* contrôlés par une médication régulière**.**
Quatre	• Symptômes chroniques de sinusite* qui ne sont pas totalement contrôlés par une médication régulière et qui surviennent moins de 4 mois par an.
Neuf	• Symptômes chroniques de sinusite* qui ne sont pas totalement contrôlés par une médication régulière et qui surviennent plus de 4 mois par an.

*Les symptômes de sinusite peuvent être notamment les suivants :
– pression et sensibilité au toucher
– congestion nasale
– douleur dans la région des sinus et/ou mal de dents
– maux de tête d'origine sinusale
– écoulement nasal postérieur.

Tableau 10.3 - Autres déficiences - Trachée

On ne peut attribuer qu'une cote à l'aide du **tableau 10.3**.

Chaque puce (•) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **tableau 10.3**, tous les critères désignés en face de chaque puce (•) doivent être respectés.

Tableau 10.3 - Autres déficiences - Trachée

Cote	Critères
Un	– Trachéotomie fermée.
Treize	– Trachéotomie permanente.

Étapes à suivre pour évaluer les affections du nez, de la gorge et des sinus

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **Tableau 10.1** (Perte fonctionnelle - Nez).

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 indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité pour les affections du nez.

Étape 6 : Déterminer la cote à l'aide du **Tableau 10.2** (Perte fonctionnelle - Sinus*).*

Étape 7 : Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 6.

Étape 8 : Déterminer la cote de la qualité de vie.

Étape 9 : Additionner les cotes des étapes 7 et 8.

Étape 10 : S'il existe un droit à des indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 9.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité pour les affections des sinus.

Étape 11 : Déterminer la cote à l'aide du **Tableau 10.3** (Autres déficiences - Trachée*).*

Étape 12 : Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 11.

Étape 13 : Déterminer la cote de la qualité de vie.

Étape 14 : Additionner les cotes des étapes 12 et 13.

Étape 15 : S'il existe un droit partiel à des indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 14.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité pour les affections de la trachée.

Chapitre 11
AFFECTIONS DENTAIRES ET BUCCALES

Introduction

Ce chapitre contient les critères permettant d'évaluer la déficience permanente résultant d'affections de la gencive, de la perte de dents, du dysfonctionnement de l'articulation temporomandibulaire et de la perte de la fonction de la mandibule et/ou du maxillaire qui ouvrent droit à des indemnités d'invalidité.

Anciens Combattants Canada ne considère pas la **perte de dents** comme une invalidité à évaluer puisque le port d'un dentier ou d'une prothèse redonne la capacité de mâcher. Une évaluation **zéro** sera donnée pour toutes les affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité liées à la perte de dents, quelle qu'en soit la cause. Le **bruxisme** est également évalué à **zéro**.

Dans les cas complexes où une affection de l'articulation temporomandibulaire et une affection de la mandibule et/ou du maxillaire ouvrant droit à des indemnités d'invalidité, une cote sera déterminée en fonction du cas.

Aucune autre cote n'est obtenue du chapitre 14, Affections gastrointestinales, pour les affections de l'articulation temporomandibulaire et affections de la mandibule et/ou du maxillaire ouvrant droit à des indemnités d'invalidité.

Aucune autre cote n'est obtenue du chapitre 22, Affections dermatologiques, résultant d'un défigurement dû à une affection de la mandibule et/ou du maxillaire ouvrant droit à des indemnités d'invalidité.

La déficience résultant d'affections malignes des dents ou de la bouche est évaluée au chapitre 18, Affections malignes. Suivre les étapes indiquée dans ce chapitre.

Tableaux de cotation

Ce chapitre contient quatre tableaux « Perte fonctionnelle » et un tableau « Autres affections » que l'on peut utiliser pour évaluer les affections dentaires ou buccales ouvrant droit à des indemnités d'invalidité.

Voici les tableaux de ce chapitre :

Tableau 11.1	Perte fonctionnelle - Gencive et perte de dents	Ce tableau permet d'établir une cote **zéro** pour une déficience résultant de **toutes** les affections gingivales, du bruxisme et de la perte de dents.
Tableau 11.2	Perte fonctionnelle - Articulation temporomandibulaire	Ce tableau permet de coter la déficience liée à la fonction de l'articulation temporomandibulaire.
Tableau 11.3	Autres affections - Douleur au repos de l'articulation temporomandibulaire	Ce tableau permet de coter la déficience résultant d'une douleur au repos de l'articulation temporomandibulaire.
Tableau 11.4	Perte fonctionnelle - Mandibule et maxillaire	Ce tableau permet de coter la déficience résultant de la fonction mandibulaire et/ou maxillaire.
Tableau 11.5	Perte fonctionnelle - Défigurement dû à une affection de la mandibule et du maxillaire	Ce tableau permet de coter la déficience résultant du défigurement dû à une affection de la mandibule et/ou du maxillaire.

Perte fonctionnelle - Gencives et perte de dents

Le **tableau 11.1** permet de coter la déficience résultant d'affections des gencives, du bruxisme et de la perte de dents. Ces affections sont évaluées à **zéro**.

Si les affections de la gencive, le bruxisme et la perte de dents 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 de l'organisme sera cotée à l'aide des tableaux pertinents sur les systèmes et appareils de l'organisme.

Perte fonctionnelle - Articulation temporomandibulaire

Le **tableau 11.2** permet de coter la déficience résultant des affections de l'articulation temporomandibulaire. On ne peut choisir qu'une seule cote. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Si les affections de l'articulation temporomandibulaire 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 de l'organisme 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 aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce chapitre.

Autres affections - Douleur au repos de l'articulation temporomandibulaire

Le **tableau 11.3** permet de coter la déficience résultant d'une douleur persistante et rebelle de l'articulation temporomandibulaire au repos. On ne peut choisir qu'une seule cote. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue. Toute cote applicable de ce tableau doit être ajoutée à la cote de perte fonctionnelle du **tableau 11.2**.

Perte fonctionnelle - Mandibule et maxillaire

Le **tableau 11.4** permet de coter la déficience résultant d'affections de la mandibule et/ou du maxillaire ouvrant droit à des indemnités d'invalidité. On peut d'abord choisir deux cotes dans le **tableau 11.4**, une pour la perte fonctionnelle de la mandibule et une pour la perte fonctionnelle du maxillaire. Les cotes sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Si les affections de la mandibule et/ou du maxillaire 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 de l'organisme 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 aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce chapitre.

Perte fonctionnelle - Défigurement dû à des affections de la mandibule et du maxillaire

Le **tableau 11.5** permet de coter la déficience résultant du défigurement dû à des affections de la mandibule et/ou du maxillaire. On peut d'abord choisir deux cotes à l'aide du **tableau 11.5**, une pour le défigurement dû à une affection de la mandibule et une pour le défigurement dû à une affection du maxillaire. Les cotes sont **comparées**, et la plus **élevée** est retenue. Les cotes des deux parties sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Toute cote applicable de ce tableau doit être ajoutée à la cote de perte fonctionnelle du **tableau 11.4**.

Tableau 11.1 - Perte fonctionnelle - Gencives et perte de dents

Une évaluation **zéro** est donnée dans le **tableau 11.1** pour toutes les affections des gencives, le bruxisme et la perte de dents, que les dents soient remplacées par des prothèses ou non.

Chaque puce (•) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **tableau 11.1**, il faut satisfaire à un seul critère à un niveau de déficience pour que cette cote soit retenue.

Tableau 11.1 - Perte fonctionnelle - Gencives et perte de dents

Cote	Critères
Zéro	• Perte de dents ou surfaces dentaires qui **peuvent ou non** être remplacés par des prothèses; **ou** • Parodontite chronique; **ou** • Gingivite ulcéro-nécrotique ou gingivite chronique **ou** • Bruxisme.

Tableau 11.2 - Perte fonctionnelle - Articulation temporomandibulaire

On ne peut donner qu'une seule cote à l'aide du **tableau 11.2**, que l'affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité touche une articulation ou les deux. 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 11.2**, suivre les « **et** » et les « **ou** ».

Tableau 11.2 - Perte fonctionnelle - Articulation temporomandibulaire

Cote	Critères
Zéro	• Crépitations occasionnelles dans une articulation temporomandibulaire ou les deux quand la personne bâille, parle ou mastique; **et** • Écart inter-incisif non limité
Quatre	• Douleur passant de fréquente à constante, et gêne dans une articulation temporomandibulaire ou les deux à l'ouverture de la bouche, soulagée par un analgésique, des applications chaudes ou froides ou autres thérapies; **ou** • L'élimination permanente de certains aliments solides comme les pommes et le maïs est nécessaire en raison des symptômes.
Neuf	• Un alimentation molle permanente peut être nécessaire en raison des affections temporomandibulaires; **ou** • L'écart inter-incisif est réduit à 27 mm ou moins.
Treize	• Alimentation liquide ou en purée permanente nécessaire; **ou** • L'écart inter-incisif est réduit à 20 mm ou moins.

Tableau 11.3 - Autres affections - Douleur au repos de l'articulation temporomandibulaire

On ne peut donner qu'une seule cote à l'aide du **tableau 11.3,** que l'affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité touche une articulation ou les deux.

Chaque puce (•) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **tableau 11.3**, il faut satisfaire à un seul critère à un niveau de déficience pour que cette cote soit retenue.

Tableau 11.3 - Autres affections - Douleur au repos de l'articulation temporomandibulaire

Cote	Critères
Zéro	• Absence de douleur d'une articulation temporomandibulaire ou des deux au repos.
Deux	• Douleur persistante et rebelle **au repos** d'une articulation temporomandibulaire ou des deux pendant la nuit, toutes les nuits, mais sans nuire au sommeil
Quatre	• Douleur persistante et rebelle **au repos** d'une articulation temporomandibulaire ou des deux pendant la nuit, toutes les nuits, qui perturbe le sommeil plusieurs fois dans la nuit, mais qui est soulagée par des médicaments ou autres thérapies.
Neuf	• Douleur persistante et rebelle **au repos** d'une articulation temporomandibulaire ou des deux pendant la nuit, toutes les nuits, qui perturbe le sommeil plusieurs fois dans la nuit, mais qui est rebelle aux médicaments ou à d'autres thérapies. Peut avoir demandé des conseils à une clinique de la douleur ou y avoir séjourné.
Treize	• Douleur persistante et rebelle **au repos** d'une articulation temporomandibulaire ou des deux pendant la nuit, toutes les nuits, qui perturbe le sommeil plusieurs fois dans la nuit, mais qui est rebelle aux médicaments ou à d'autres thérapies. A consulté une clinique de la douleur et suit un régime rigoureux de gestion de la douleur. Mais la douleur est mal soulagée malgré toutes les interventions.

Tableau 11.4 - Perte fonctionnelle - Mandibule et maxillaire

On peut d'abord choisir deux cotes dans le **tableau 11.4**, une pour la perte fonctionnelle de la mandibule et une pour la perte fonctionnelle du maxillaire. Les cotes des deux articulations sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Chaque puce (•) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **tableau 11.4**, il faut satisfaire à un seul critère à un niveau de déficience pour que cette cote soit retenue.

Tableau 11.4 - Perte fonctionnelle - Mandibule et maxillaire

Cote	Critères
Zéro	**Maxillaire** • Pas de difficulté à mâcher et l'écart inter-incisif n'est pas limité. **Mandibule** • Pas de difficulté à mâcher et l'écart inter-incisif n'est pas limité.
Quatre	**Maxillaire** • Douleur passant de fréquente à constante soulagée par un analgésique ou d'autres thérapies; **ou** • L'élimination permanente de certains aliments solides comme les pommes et le maïs peut être nécessaire en raison des symptômes. **Mandibule** • Douleur passant de fréquente à constante soulagée par un analgésique ou d'autres thérapies; **ou** • L'élimination permanente de certains aliments solides comme les pommes et le maïs peut être nécessaire en raison des symptômes.
Neuf	**Maxillaire** • Alimentation molle permanente nécessaire; **ou** • L'écart inter-incisif est réduit à 27 mm ou moins. **Mandibule** • Alimentation molle permanente nécessaire; **ou** • L'écart inter-incisif est réduit à 27 mm ou moins.
Treize	**Maxillaire** • Alimentation en purée ou liquide permanente; **ou** • L'écart inter-incisif est réduit à 20 mm ou moins. **Mandibule** • Alimentation en purée ou liquide permanente; **ou** • L'écart inter-incisif est réduit à 20 mm ou moins.

Tableau 11.5 - Perte fonctionnelle - Défigurement de la mandibule et du maxillaire

On peut d'abord choisir deux cotes dans le **tableau 11.5**, une pour le défigurement de la mandibule et une pour le défigurement du maxillaire. Les cotes des deux articulations sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Chaque puce (•) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **tableau 11.5**, il faut satisfaire à un seul critère à un niveau de déficience pour que cette cote soit retenue.

Tableau 11.5 - Perte fonctionnelle - Défiguration de la mandibule et du maxillaire

Cotes	Critères
Zéro	**Maxillaire** • Pas de défigurement. **Mandibule** • Pas de défigurement.
Quatre	**Maxillaire** • Défigurement léger. **Mandibule** • Défigurement léger.
Neuf	**Maxillaire** • Défigurement grave. **Mandibule** • Défigurement grave.

Étapes pour évaluer la déficience d'origine dentaire ou buccale

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 11.1** (Perte fonctionnelle - Affections des gencives, bruxisme et perte de dents)**.**

L'évaluation de la déficience médicale pour les affections des gencives, le bruxisme et la perte de dents ouvrant droit à des indemnités d'invalidité est toujours zéro.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité pour les affections des gencives, le bruxisme et la perte de dents.

Étape 2 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 11.2** (Perte fonctionnelle - Articulation temporomandibulaire). Une seule cote est obtenue à l'aide du **tableau 11.2,** que l'affection soit unilatérale ou bilatérale.

Étape 3 : Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 2.

Étape 4 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 11.3** (Autres affections - Articulation temporomandibulaire - Douleur de l'articulation au repos). Une seule cote est obtenue à l'aide du **tableau 11.3,** que l'affection soit unilatérale ou bilatérale.

Étape 5 : Additionner les cotes des étape 3 et 4.

Étape 6 : Déterminer la cote de la qualité de vie.

Étape 7 : Additionner les cotes des étape 5 et 6.

Étape 8 : S'il existe un droit partiel à des indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 7.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité pour les affections de l'articulation temporomandibulaire.

Étape 9 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 11.4** (Perte fonctionnelle - Mandibule et/ou maxillaire). Une seule cote est obtenue à l'aide du **tableau 11.4,** que l'affection soit unilatérale ou bilatérale. Si plusieurs cotes s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Étape 10 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 11.5** (Perte fonctionnelle - Défigurement de la mandibule et du maxillaire). Une seule cote est obtenue à l'aide du **tableau 11.4,** que l'affection soit unilatérale ou bilatérale. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées,** et la **plus élevée** est retenue.

Étape 11 : Additionner les cotes des étapes 9 et 10 s'il y a lieu.

Étape 12 : Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 11.

Étape 13 : Déterminer la cote de la qualité de vie.

Étape 14 : Additionner les cotes des étape 12 et 13.

Étape 15 : S'il existe un droit partiel à des indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 14.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité pour les affections de la mandibule et/ou du maxillaire.

Chapitre 12
AFFECTIONS CARDIORESPIRATOIRES

Introduction

Ce chapitre contient les critères permettant d'évaluer la déficience permanente résultant des affections cardiorespiratoires ouvrant droit à des indemnités d'invalidité qui touchent le coeur, les poumons et l'arbre trachéobronchique.

La perte de la fonction cardiaque et de la fonction respiratoire peut se manifester par des symptômes cliniques semblables, comme l'essoufflement et/ou une réduction de la tolérance à l'effort. Par conséquent, il ne sera obtenu qu'une seule évaluation de déficience cardiorespiratoire pour toute affection ou regroupement d'affections touchant le coeur et/ou les poumons.

Il existe deux exceptions qui sont :

- La cotation pour une déficience découlant d'une tuberculose pulmonaire peut être calculée à l'aide du chapitre 24, Tuberculose, et/ou du présent chapitre. Les cotes sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

  Si la tuberculose et une autre maladie pulmonaire restrictive ouvrent droit à des indemnités d'invalidité, les affections sont regroupées aux fins de l'évaluation.

  Si la tuberculose pulmonaire et d'autres affections cardiorespiratoires (autre qu'une maladie pulmonaire restrictive) ouvrent droit à des indemnités d'invalidité, la tuberculose pulmonaire est évaluée séparément. Dans ce cas, il y aurait une cotation de la tuberculose à l'aide du chapitre 24 et une cotation de la tuberculose et d'une affection cardiorespiratoire à l'aide du chapitre 12, Affections cardiorespiratoires.

- La déficience liée à l'apnée obstructive est cotée à l'aide du **tableau 12.8** et non à l'aide des autres tableaux dans ce chapitre.

  Si l'apnée obstructive et d'autres affections cardiorespiratoires ouvrent droit à des indemnités d'invalidité, l'apnée obstructive est cotée séparément. Dans ce cas, il y aurait une cotation de l'apnée obstructive et une cotation de l'affection cardiorespiratoire.

La déficience liée à l'hypertension et à des affections vasculaires comme les varices, une maladie artérielle vasculaire périphérique, etc. est cotée à l'aide du chapitre 13, Hypertension et affections vasculaires.

Aucune cotation ne peut être faite pour les affections cardiaques ou respiratoires ouvrant droit à des indemnités d'invalidité à l'aide des tableaux du chapitre 17, Affections musculosquelettiques.

La déficience liée à des affections cardiorespiratoire malignes est cotée à l'aide du chapitre 18, Affections malignes. Suivre les étapes indiquées dans le chapitre Affections malignes.

Tableaux et graphiques de cotation

Ce chapitre contient trois tableaux sur la « Perte fonctionnelle » et cinq tableaux « Autres affections » que l'on peut utiliser pour évaluer les affections cardiorespiratoires ouvrant droit à des indemnités d'invalidité. Trois graphiques sont également inclus pour faciliter l'évaluation de l'information afin d'établir le niveau de déficience.

Voici les tableaux et les graphiques qui figurent dans le présent chapitre :

Tableau 12.1	Perte fonctionnelle - Tolérance à l'effort - Niveau d'activité symptomatique-METs	Ce tableau permet de coter la déficience en cas d'intolérance à l'effort.
Tableau 12.2	Perte fonctionnelle - Mesures physiologiques	Ce tableau permet de coter la déficience en cas de dysfonctionnement pulmonaire.
Tableau 12.3	Perte fonctionnelle - Insuffisance cardiaque	Ce tableau permet de coter la déficience en cas d'insuffisance cardiaque.
Tableau 12.4	Autres affections - Cardiopathie ischémique	Ce tableau permet de coter la déficience en cas de cardiopathie ischémique.
Tableau 12.5	Autres affections - Cardiopathie valvulaire	Ce tableau permet de coter la déficience en cas de cardiopathie valvulaire.
Tableau 12.6	Autres affections - Maladies cardiorespiratoires diverses	Ce tableau permet de coter la déficience en cas de maladies cardiorespiratoires diverses.
Tableau 12.7	Autres affections - Voies respiratoires inférieures	Ce tableau permet de coter la déficience en cas de maladies des voies respiratoires inférieures.
Tableau 12.8	Autres affections - Apnée obstructive	Ce tableau permet de coter la déficience en cas d'apnée obstructive.

Graphique 1	Guide d'utilisation du tableau 12.1 (Perte fonctionnelle - Tolérance à l'effort- Activité symptomatique - METs) et/ou du tableau 12.2 (Perte fonctionnelle - Mesures physiologiques)	Ce graphique permet de savoir quand utiliser le test de tolérance à l'effort (METs) et/ou de la fonction pulmonaire pour déterminer la cote de la déficience.
Graphique 2	Affection cardiorespiratoire : Niveaux d'activité (dépenses d'énergie en METs)	Ce graphique permet de déterminer le niveau d'énergie qui donne lieu aux symptômes cardiorespiratoires.
Graphique 3	Différenciation entre la maladie pulmonaire obstructive et restrictive	Ce graphique permet d'identifier la présence d'une maladie pulmonaire obstructive et/ou restrictive.

Évaluation de la perte fonctionnelle

L'évaluation de la déficience du système cardiorespiratoire repose essentiellement sur deux outils d'évaluation - tests de la fonction pulmonaire et de tolérance à l'effort.

Le **graphique 1** contient un guide qui permet de déterminer quand utiliser les mesures de la tolérance à l'effort et/ou de la fonction pulmonaire pour coter la déficience.

Les tests de la fonction pulmonaire sont facilement accessibles et effectués dans la plupart des laboratoires du système respiratoire.

On peut évaluer la tolérance à l'effort en laboratoire (test d'effort) ou utiliser les renseignements cliniques détaillés figurant dans le dossier du membre, de l'ancien combattant ou du client. Dans la majorité des cas, aucun test d'effort officiel ne sera nécessaire.

Fonction pulmonaire

Les tests de la fonction pulmonaire sont un des moyens de mesurer la fonction respiratoire. Ces tests évaluent le débit d'air et le volume pulmonaire ainsi que la capacité de diffusion du monoxyde de carbone. Ces valeurs sont comparées aux valeurs prédites.

Les valeurs des gaz sanguins comme la pression partielle de l'oxygène (PO_2) et la saturation d'oxygène peuvent également être utiles pour déterminer la déficience liée à certaines affections pulmonaires. La déficience pouvant être parfois sous-estimée en se fondant uniquement sur les tests de la fonction pulmonaire, l'évaluation des gaz sanguins donne une autre mesure de la déficience.

On peut également déterminer un niveau de déficience si une inhalothérapie continue est nécessaire. Voir le **tableau 12.2**.

On utilisera les valeurs de la fonction pulmonaire suivantes pour déterminer le type et/ou l'ampleur de la déficience pulmonaire : CVF; VEMS; VEMS/CVF et Dco (DLco).

CVF (capacité vitale forcée) : Volume d'air total que l'on peut faire sortir des poumons par la bouche au cours d'une expiration forcée. Pour ACC, cette mesure permet de déterminer la déficience liée à des affections pulmonaires restrictives.

VEMS (volume expiratoire maximal par seconde) : Volume d'air expiré au terme d'un effort maximum dans la seconde qui suit une respiration complète. Le VEMS représente généralement environ 75 % du CVF. Pour ACC, cette mesure permet de déterminer la déficience liée à une maladie pulmonaire obstructive.

VEMS/CVF : Ratio qui est une comparaison entre le volume d'air expiré la première seconde par rapport au volume total d'air expiré en une respiration. Pour ACC, cette mesure permet de distinguer la déficience découlant d'une maladie pulmonaire obstructive et celle découlant d'une maladie pulmonaire restrictive.

Dco (DLco) : Représente la capacité de diffusion du monoxyde de carbone. Cette mesure renseigne sur l'efficacité du transport de gaz par les membranes alvéolo-capillaires. Est particulièrement utile pour déterminer la déficience liée à une maladie pulmonaire restrictive résultant d'une fibrose parenchymateuse. Mais pour ACC, cette mesure permet de déterminer la déficience liée aux maladies pulmonaires à la fois restrictives et obstructives. Dans certains cas, les valeurs de la fonction pulmonaire résultent d'affections pulmonaires ouvrant droit à des indemnités d'invalidité et d'autres n'ouvrant pas droit à des indemnités d'invalidité. Le **Graphique 3** indique le lien entre le volume des poumons et le débit d'air pour les maladies pulmonaires restrictives et obstructives et permettra de déterminer les types de maladies pulmonaires présentes. Ces données sont nécessaires pour appliquer les critères du **tableau 12.2**.

Tolérance à l'effort et utilisation des MET

On peut utiliser la tolérance à l'effort pour mesurer la déficience liée à des affections du coeur et des poumons. L'effort requiert de l'énergie. La production d'énergie dépend de l'apport d'oxygène aux cellules somatiques, ce qui comprend le coeur et les poumons.

L'utilisation des MET, ou unités métaboliques, permet également d'évaluer la capacité d'une personne à faire un effort. Une unité MET représente le montant d'oxygène de base utilisé par le corps au repos. (Plus précisément, une unité MET représente 3,5 cc d'oxygène par kilogramme de poids corporel par seconde.)

Le **graphique 2 (MET)** regroupe diverses activités selon la quantité d'énergie dépensée, c'est-à-dire que des activités qui utilisent de 1 à 2 MET nécessitent moins d'énergie que celles qui utilisent de 3 à 4 MET.

On peut obtenir les valeurs de MET du dossier médical détaillé du membre, de l'ancien combattant ou du client qui contient des renseignements sur son activité physique. Cette information devrait faciliter l'évaluation du « niveau d'activité symptomatique » ou du type d'activité ou activités qui produisent des symptômes comme la dyspnée, la fatigue, les étourdissements et/ou les douleurs à la poitrine. La cote est attribuée en fonction du niveau auquel les activités appartenant à une catégorie de MET provoquent **toujours** des symptômes.

Lorsqu'on utilise les valeurs de MET, les activités à prendre en compte devraient être accomplies sur la durée pour qu'il y ait plus qu'une brève dépense sporadique d'énergie et donc une évaluation plus exacte des effets de l'exercice.

Des réponses du genre « Je ne peux pas faire ceci ou cela » ou « Je ne fais pas ceci ou cela » n'ont aucune utilité pour évaluer le niveau d'activité symptomatique. Ce qu'il faut déterminer, c'est le niveau d'effort qui donne lieu systématiquement à des symptômes cardiorespiratoires.

Dans certains cas, il n'est pas possible d'utiliser la tolérance à l'effort pour évaluer les affections cardiorespiratoires, par exemple lorsque des maladies empêchent le membre, l'ancien combattant ou le client de marcher ou de faire des exercices, lorsqu'il est frêle ou lorsqu'il a des déficiences cognitives qui empêchent de connaître ses antécédents.

Il est parfois impossible d'évaluer certaines affections cardiorespiratoire à l'aide de la tolérance à l'effort. Il s'agit notamment d'affections qui ne réduisent pas la tolérance à l'effort, qui ne produisent pas de symptômes et certaines qui sont intermittentes.

Insuffisance cardiaque

Le degré d'insuffisance cardiaque déterminé par les résultats des examens offre une autre mesure de la fonction cardiaque. On utilise les radiographies et/ou une échocardiographie pour évaluer l'insuffisance cardiaque. L'échocardiographie donne une mesure plus exacte de la fonction ventriculaire gauche (fraction d'éjection), en mesurant la quantité de sang qui peut être pompé ou éjecté par le ventricule gauche par battement de coeur. La fraction d'éjection normale est supérieure à 60%. En cas d'insuffisance cardiaque, la fraction d'éjection est réduite.

Perte fonctionnelle - Tolérance à l'effort - Niveau d'activité symptomatique - (MET)

Le **tableau 12.1** permet d'évaluer la déficience du système cardiorespiratoire en s'appuyant sur la tolérance à l'effort. On ne peut retenir qu'une seule cote, quel que soit le nombre de maladies cardiaques et/ou pulmonaires présentes.

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 aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce chapitre.

Perte fonctionnelle - Mesures physiologiques

Le **tableau 12.2** permet de coter la déficience du système cardiorespiratoire à partir de tests de la fonction pulmonaire (TFP). On ne peut retenir qu'une seule cote. Si plusieurs cotes s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Pour évaluer les résultats des tests de la fonction pulmonaire, il faut utiliser le pourcentage des valeurs pulmonaires prévues **après l'utilisation d'un bronchodilatateur.**

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 aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce chapitre.

Perte fonctionnelle - Insuffisance cardiaque

Le **tableau 12.3** permet de coter la déficience liée à l'insuffisance cardiaque. On ne peut retenir qu'une seule cote. Si plusieurs cotes s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Le **tableau 12.3** est particulièrement important pour évaluer un membre, un ancien combattant ou un client qui ne peut être coté à l'aide de la tolérance à l'effort en raison d'autres affections graves comme l'hémiplégie.

Si une insuffisance cardiaque 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 aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce chapitre.

Autres affections - Cardiopathie ischémique

Le **tableau 12.4** permet de coter la déficience liée à une cardiopathie ischémique. On ne peut retenir qu'une seule cote. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Si une cardiopathie ischémique 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 aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce chapitre.

Autres affections - Cardiopathie valvulaire

Le **tableau 12.5** permet de coter la déficience résultant d'une cardiopathie valvulaire On ne peut retenir qu'une seule cote. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Si une cardiopathie valvulaire 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 aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce chapitre.

Autres affections - Affections cardiaques diverses

Le **tableau 12.6** permet de coter la déficience résultant d'affections cardiaques diverses. On ne peut retenir qu'une seule cote. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Si les affections cardiaques 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 aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce chapitre.

Autres affections - Voies respiratoires inférieures

Le **tableau 12.7** permet de coter la déficience résultant des voies respiratoires inférieures. On ne peut retenir qu'une seule cote. Si plusieurs cotes s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Si les affections des voies respiratoires inférieures 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 aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce chapitre.

Autres affections - Apnée obstructive

Le **tableau 12.8** permet de coter la déficience résultant de l'apnée obstructive. On ne peut retenir qu'une seule cote. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Si les affections de l'apnée obstructive 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 aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce chapitre.

Graphique 1 - Guide d'utilisation du tableau 12.1- (Perte fonctionnelle - Tolérance à l'effort - Niveau d'activité symptomatique - MET) et/ou tableau 12.2 - (Perte fonctionnelle - Mesures physiologiques)

Les affections cardiaques et respiratoires peuvent exister seules ou coexister. ***Lorsqu'elles coexistent, qu'elles ouvrent droit à des indemnités d'invalidité ou non,*** il est important de savoir quels sont les critères à utiliser pour déterminer l'ampleur de la déficience cardiorespiratoire. Les lignes directrices suivantes s'appliquent :

- S'il existe des affections cardiaques sans affections respiratoires, la déficience cardiorespiratoire est mesurée à l'aide des MET et du **tableau 12.1**;

- S'il existe des affections respiratoires sans affections cardiaques, la cote sera la **moyenne** de celle obtenue à l'aide des MET (**Tableau 12.1**) et de la fonction pulmonaire (**Tableau 12.2**);

- Si les affections cardiaques et respiratoires coexistent, les cotes sont **comparées**, et on prend la **plus élevée** dans les MET (**Tableau 12.1**) et la fonction pulmonaire (**Tableau 12.2**);

- S'il est impossible de coter la déficience cardiorespiratoire à l'aide des **tableaux 12.1** ou **12.2**, on peut établir les cotes à l'aide du **tableau 12.3** (Insuffisance cardiaque), du **tableau 12.4** (Cardiopathie ischémique), du **tableau 12.5** (Cardiopathie valvulaire), du **tableau 12.6** (Affections cardiorespiratoires diverses), du **tableau 12.7** (Voies respiratoires inférieures) ou du **tableau 12.8** (Apnée obstructive).

Graphique 1 - Guide d'utilisation du tableau 12.1(Perte fonctionnelle - Tolérance à l'effort- Niveau d'activité symptomatique - MET) et/ou 12.2 (Perte fonctionnelle - Mesures physiologiques)

DF = Déficience fonctionnelle.

		Maladie respiratoire présente		Pas de maladie respiratoire
		Études de la fonction pulmonaire disponibles	Études de la fonction pulmonaire non disponibles	
Maladie cardiaque présente	Données sur les MET disponibles	DF = cote la plus élevée des MET et des études sur la fonction pulmonaire	DF = MET	DF = MET
	Données sur les MET non disponibles	DF = études sur la fonction pulmonaire	Pas de DF avec ce tableau	Pas de DF avec ce tableau
Pas de maladie cardiaque	Données sur les MET disponibles	DF = moyenne des MET et des études sur la fonction pulmonaire	DF = MET	
	Données sur les MET non disponibles	DF = études sur la fonction pulmonaire	Pas de DF avec ce tableau	

Graphique 2 - Affection cardiorespiratoire - Niveaux d'activité (avec dépenses d'énergie en MET)

Graphique 2 - Affection cardiorespiratoire - Niveaux d'activité (avec dépenses d'énergie en MET)

Niveau d'activité symptomatique	Énergie dépensée
1 à 2 MET	**Énergie dépensée au repos ou lors d'une activité minimale** • Allongé • Être assis et tricoter • Utiliser une machine à coudre (électrique) • Être assis • Être assis et parler au téléphone • Passager dans une voiture • Debout • Être assis et boire du café • Jouer aux cartes • Se promener (lentement) • Balayer légèrement • Travail administratif (de bureau seulement)
2 à 3 MET	**Énergie dépensée à des tâches ménagères faciles** • Tâches ménagères faciles • Faire la vaisselle • Marcher lentement (3,5 km/h) • Marcher moins d'un pâté (200 m) à un rythme normal • Monter moins d'un étage à un rythme normal • Jouer du piano, du violon ou de l'orgue • Dactylographier • Faire la cuisine ou préparer un repas • Jouer au billard • Travail administratif, y compris du classement • Mettre la table • Conduire un bateau à moteur • Jouer au golf (avec voiturette) • Assemblage à l'établi (assis) • Se vêtir, prendre une douche • Faire de l'équitation au pas • Utiliser une tondeuse autotractée ou autoportée • Ranger superficiellement, épousseter • Jouer au boulingrin • Nettoyer l'argenterie • Conduire une voiture

Niveau d'activité symptomatique	Énergie dépensée
3 à 4 MET	**Énergie dépensée en marchant à un rythme moyen** • Marcher à un rythme moyen (5 km/h) • Marcher 1 à 2 pâtés (100 - 200 m) à un rythme normal • Monter un étage à un rythme normal • Golf (chariot à tirer) • Assemblage machine • Nettoyer la voiture (sans un cirage vigoureux) • Petites réparations de la voiture • Ranger la maison • Changer les chaises de place • Jardiner légèrement (enlever les mauvaises herbes et arroser) • Soudage léger • Nettoyer les fenêtres, cirer le plancher • Jouer au ping-pong • Passer l'aspirateur • Faire de la bicyclette (10 km/h) • Faire les lits • Étendre la lessive • Pousser une tondeuse électrique • Conduire un poids lourd • Ranger sur des étagères
4 à 5 MET	**Activité modérée : comprend des activités quotidiennes plus ardues à l'exclusion du travail manuel et d'exercices vigoureux** • Marcher plus de 2 pâtés (400 m) à un rythme normal • Monter plus d'un étage à un rythme normal • Passer la vadrouille sur le plancher • Jouer au golf (transporter un sac) • Menuiserie légère (p.ex. utiliser un ciseau, un marteau) • Frotter le plancher • Danse sociale • Battre les tapis • Cirer les meubles • Poser du papier peint • Transporter l'épicerie (10 kg) • Nager lentement • Doubles au tennis (social) • Mettre des objets légers sur des étagères • Peindre l'extérieur de la maison • Biner (sol mou) • Empiler du bois de chauffage • Transporter des plateaux, de la vaisselle

Niveau d'activité symptomatique	Énergie dépensée
5 à 6 MET	**Gros effort : travail manuel ou sports vigoureux** • Monter lentement mais régulièrement les escaliers • Menuiserie (p. ex. utiliser des outils à main) • Pousser une brouette (20 kg) • Marcher à 6,5 km/h (marche rapide soutenue et parler en même temps) • Faire des longueurs en piscine • Bêcher le jardin • Pelleter la terre • Utiliser une scie manuelle • Soulever et transporter (20 kg) • Rapport sexuel sans s'arrêter
6 à 7 MET	• Badminton (compétition) • Tennis (simples, non compétitif) • Utiliser un pic et une pelle pour creuser une tranchée • Faire du ski nautique • Charger un camion de briques
7 à 8 MET	**Exercice ou travail très difficile** • Transporter des objets lourds (30 kg) • Faire de l'équitation (au galop) • Faire du jogging (8 km/h) • Scier du bois avec des outils manuels
8 - 9 MET	• Courir (9 km/h) • Couper du bois dur • Squash (non compétitif) • Faire du ski (de fond) • Callisthénie
10+ MET	**Travail ardu** • Transporter des charges (10 kg) en montant une pente • Faire de la bicyclette rapidement (25 km/h) • Courir vite (10 km/h) • Football

Les activités énumérées sous chaque titre sont données à titre d'exemples. On peut utiliser d'autres activités nécessitant la même dépense de MET à titre de référence si leur niveau de MET est reconnu dans la littérature médicale ou scientifique.

Graphique 3 - Distinction entre la déficience résultant d'une maladie pulmonaire obstructive et celle qui résulte d'une maladie pulmonaire restrictive

Certaines valeurs ou l'agencement de valeurs de la fonction pulmonaire sont utiles pour établir une distinction entre les maladies pulmonaires restrictives et obstructives et l'effet que chacune ou les deux ont sur la fonction pulmonaire (seront utiles lorsqu'on utilise le TCP).

Graphique 3 - Distinction entre la déficience résultant d'une maladie pulmonaire obstructive et celle qui résulte d'une maladie pulmonaire restrictive

Interprétation	% CVF	% VEMS	% VEMS/CVF
État normal	$\geq$85%	$\geq$85%	$\geq$75%
Obstruction des voies respiratoires	Normal ou faible	Faible	Faible
Restriction des poumons	Faible	Normal ou faible	Normal ou élevé
Obstruction et restriction	Faible	Faible	Faible

Table 12.1 - Perte fonctionnelle - Tolérance à l'effort - Niveau d'activité symptomatique - MET

Une seule cote peut être donnée à l'aide du **tableau 12.1**. La cote est calculée à l'aide des valeurs MET obtenue à partir du **Graphique 2.**

Tableau 12.1 - Perte fonctionnelle - Tolérance à l'effort. Niveau d'activité symptomatique - MET

Cote	Niveau d'activité symptomatique (MET)
Zéro	> 8
Quatre	7 - 8
Neuf	6 - 7
Dix-huit	5 - 6
Vingt-six	4 - 5
Trente-quatre	3 - 4
Quarante-trois	2 - 3
Soixante et onze	1 - 2

Tableau 12.2 - Perte fonctionnelle - Mesures physiologiques

Une seule cote peut être donnée à l'aide du **tableau 12.2**. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

La mesure CVF permet de coter la déficience résultant d'une maladie pulmonaire restrictive.

La mesure VEMS permet de coter la déficience résultant d'une maladie pulmonaire obstructive.

Le Dco (DLco) permet de coter la déficience résultant des maladies pulmonaires restrictives et obstructives.

Tableau 12.2 - Perte fonctionnelle - Mesures physiologiques

Cote	% CVF	% MEVS	Dco DLCO	PO2 O2 Sat*
Zéro	>85 %	> 85 %	>85 %	
Neuf	80-84 %	80-84 %	80-84 %	
Dix-huit	75-79 %	70-79 %	70-79 %	
Vingt-cinq	70-74 %	60-69 %	60-69 %	
Trente-cinq	60-69 %	50-59 %	50-59 %	
Quarante-cinq	50-59 %	40-49 %	40-49 %	
Cinquante-cinq	40-49 %	30-39 %	30-39 %	
Soixante et un	30-39 %	20-29 %	20-29 %	
Soixante et onze	<30 %	<20 %	<20 %	PO_2< 55 O_2 Sat < 88 % **ou** inhalothérapie continue

**La valeur de saturation de l'O_2 ci-dessus est mesurée à air ambiant et au repos*.

Tableau 12.3 - Perte fonctionnelle - Insuffisance cardiaque

Une seule cote peut être donnée à l'aide du **tableau 12.3.** Si plus d'une s'applique, les cotes sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Chaque puce (•) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **Tableau 12.3**, il faut satisfaire à un seul critère à un niveau de déficience pour que cette cote soit choisie.

Tableau 12.3 - Perte fonctionnelle - Insuffisance cardiaque

Cote	Critères
Zéro	• Absence de signes ou de symptômes cliniques d'insuffisance cardiaque; **ou** • Fraction d'éjection >60 %.
Neuf	• Signe d'insuffisance du ventricule gauche; **ou** • Fraction d'éjection de 51-60 %.
Dix-huit	• Signes et symptômes d'une insuffisance ventriculaire gauche ou biventriculaire légère à modérée persistant malgré une thérapie optimale; **ou** • Fraction d'éjection de 40-50 %.

Cote	Critères
Trente et un	• Signes et symptômes cliniques persistants et graves d'une insuffisance cardiaque gauche ou biventriculaire malgré une thérapie optimale; **ou** • Fraction d'éjection < 40 %.

Tableau 12.4 - Autres affections - Cardiopathie ischémique

Une seule cote peut être donnée à l'aide du **tableau 12.4**. Si plus d'une s'applique, les cotes sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Chaque puce (•) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **Tableau 12.4**, il faut satisfaire à un seul critère à un niveau de déficience pour que cette cote soit choisie.

Tableau 12.4 - Autres affections - Cardiopathie ischémique

Cote	Critères
Zéro	• Absence de signes et de symptômes (p.ex. dyspnée, fatigue, douleurs dans la poitrine, étourdissements, syncope); **ou** • Changements dans l'électrocardiogramme non spécifiques
Neuf	• Coronaropathie, avec antécédents d'infarctus du myocarde; pas de signe d'insuffisance cardiaque et angine de poitrine peu fréquente ou inexistante; **ou** • Coronaropathie, avec chirurgie des artères coronariennes réussie; angine de poitrine peu fréquente ou inexistante; **ou** • Coronaropathie signalée par un angiogramme.
Dix-huit	• Coronaropathie avec angine de poitrine**.**
Trente-quatre	• Coronaropathie caractérisée par des antécédents d'infarctus du myocarde suivis d'une angine de poitrine fréquente et/ou d'autres infarctus du myocarde; **ou** • Coronaropathie, avec chirurgie des artères coronariennes, suivie d'une angine de poitrine fréquente et/ou d'autres infarctus du myocarde.
Soixante et onze	• Coronaropathie avec angine de poitrine au repos la majorité du temps (jour et nuit) malgré une thérapie optimale.

Tableau 12.5 - Autres affections - Cardiopathie valvulaire

Une seule cote peut être donnée à l'aide du **tableau 12.5**. Si plus d'une s'applique, les cotes sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Chaque puce (•) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **Tableau 12.5**, il faut satisfaire à un seul critère à un niveau de déficience pour que cette cote soit choisie.

Tableau 12.5 - Autres affections - Cardiopathie valvulaire

Cote	Critères
Zéro	• Prolapsus valvulaire mitral accompagné de symptômes minimes ou sans symptômes; **ou** • Sclérose aortique accompagnée de symptômes minimes ou sans symptômes
Deux	• Cardiopathie valvulaire (autre que prolapsus valvulaire mitral ou sclérose aortique) sans symptômes; **ou** • Cardiopathie valvulaire avec recours à une antibiothérapie intermittente pour des procédures chirurgicales ou dentaires.
Quatre	• Cardiopathie valvulaire avec chirurgie de remplacement valvulaire, sans symptômes ultérieurs et sans avoir à utiliser l'anticoagulothérapie.
Neuf	• Cardiopathie valvulaire avec remplacement valvulaire, sans symptômes ultérieurs mais avec recours à l'anticoagulothérapie.

Tableau 12.6 - Autres affections - Affections cardiaques diverses

Une seule cote peut être donnée à l'aide du **tableau 12.6**. Si plus d'une s'applique, les cotes sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Chaque puce (•) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **Tableau 12.6**, il faut satisfaire à un seul critère à un niveau de déficience pour que cette cote soit choisie.

Tableau 12.6 - Autres affections - Affections cardiaques diverses

Cote	Critères
Zéro	• Souffles.
Deux	• Arythmie chronique asymptomatique, p. ex. fibrillation auriculaire, extrasystoles d'origine auriculaire ou ventriculaire.
Quatre	• Arythmie cardiaque contrôlée par une thérapie optimale.
Neuf	• Arythmie cardiaque accompagnée de symptômes intermittents malgré une thérapie optimale; **ou** • Arythmie cardiaque nécessitant une anticoagulothérapie constante.
Dix-huit	• Arythmie cardiaque accompagnée de symptômes constants malgré une thérapie optimale.

Tableau 12.7 - Autres affections - Voies respiratoires inférieures

Une seule cote peut être donnée à l'aide du **tableau 12.7**. Si plus d'une s'applique, les cotes sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Chaque puce (•) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **Tableau 12.7**, suivre les « **et** » et les « **ou** ».

Tableau 12.7 - Autres affections - Voies respiratoires inférieures

Cote	Critères
Zéro	• Plaques pleurales asymptomatiques
Un	• Infections récurrentes des voies respiratoires inférieures (au moins 6 par an); **ou** • Utilisation intermittente d'une thérapie aux bronchodilatateurs.
Deux	• Utilisation quotidienne d'une médication inhalée (glucocorticostéréoïde, bronchodilatateur, agent anti-inflammatoire non stéroïdien) **ou** utilisation quotidienne d'un récepteur leukotriène oral antagoniste ou bronchodilatateur; **ou** • Toux chronique, accompagnée d'expectorations le matin seulement .
Quatre	• Utilisation quotidienne d'un glucocorticostéréoïde inhalé **et/ou** d'un agent anti-inflammatoire non stéroïdien inhalé **et/ou** d'un récepteur leukotriène oral antagoniste **et** utilisation intermittente d'un bronchodilatateur inhalé. Un anticholinergique inhalé peut être également utilisé.
Neuf	• Utilisation quotidienne d'un glucocorticostéréoïde inhalé **et/ou** d'un agent anti-inflammatoire non stéroïdien inhalé **et/ou** d'un récepteur leukotriène oral antagoniste **et** d'un bronchodilatateur inhalé. Un anticholinergique inhalé peut être également utilisé; **et** • Utilisation intermittente de glucocorticostéroïdes systémiques une fois l'an ou moins fréquemment **ou** utilisation quotidienne d'un bronchodilatateur oral; **ou** • Toux chronique, accompagnée d'expectorations toute la journée.
Treize	• Utilisation quotidienne d'un glucocorticostéréoïde inhalé **et/ou** d'un agent anti-inflammatoire non stéroïdien inhalé **et/ou** d'un récepteur leukotriène oral antagoniste et d'un bronchodilatateur inhalé. Un anticholinergique inhalé peut être également utilisé; **et** • Utilisation intermittente de glucocorticostéroïdes systémiques **plus** d'une fois par an.
Dix-huit	• Utilisation permanente de glucocorticostéroïdes systémiques.

Tableau 12.8 - Autres affections - Apnée obstructive

Une seule cote peut être donnée à l'aide du **tableau 12.8**. Si plus d'une s'applique, les cotes sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Chaque puce (•) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **tableau 12.8**, il faut satisfaire à un seul critère à un niveau de déficience pour que cette cote soit choisie.

Tableau 12.8 - Autres affections - Apnée obstructive

Cote	Critères
Zéro	• Apnée obstructive documentée mais asymptomatique.
Un	• Utilisation d'un appareil d'orthodontie chaque nuit.
Quatre	• Symptômes cliniques minimes (fatigue de jour/somnolence/ irritabilité) avec interférence minime malgré une thérapie optimale; **ou** • Utilisation d'une ventilation spontanée en pression positive.
Neuf	• Somnolence/fatigue diurne modérée; s'endort plusieurs fois par jour avec interférence régulière dans certaines activités diurnes malgré le traitement.
Treize	• Somnolence diurne excessive; pertes de mémoire et difficulté à se concentrer; interférence dans la majorité des activités diurnes malgré le traitement.

Marche à suivre pour évaluer la déficience cardiorespiratoire

Si des affections n'ouvrant pas droit à des indemnités d'invalidité contribuent à la déficience, il faut alors utiliser le Tableau des contributions partielles (TCP) pour obtenir les cotes du tableau applicable.

Voir le **graphique 1** (Guide d'utilisation du **tableau 12.1** et/ou le **tableau 12.2**) pour retenir les tableaux permettant d'évaluer la déficience cardiorespiratoire - Le **tableau 12.1** (Perte fonctionnelle - Tolérance à l'effort**-** Niveau d'activité symptomatique - MET) et/ou le **tableau 12.2** (Perte fonctionnelle - Mesures physiologiques).

***Étape 1* :** Déterminer le niveau de MET qui produit toujours des symptômes cardiorespiratoires à l'aide du **graphique 2** (Déficience cardiorespiratoire : Niveaux d'activité) et utiliser le **tableau 12.1** (Perte fonctionnelle - Tolérance à l'effort - Niveau d'activité symptomatique - MET) pour obtenir la cote correspondant à la tolérance à l'effort.

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 selon la fonction pulmonaire à l'aide du **tableau 12.2** (Perte fonctionnelle - Mesures physiologiques), s'il y a lieu.

Étape 4 : Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 3.

Étape 5 : Déterminer la cote cardiorespiratoire à l'aide du **tableau 12.1** (Perte fonctionnelle - Tolérance à l'effort - Niveau d'activité symptomatique - MET) et/ou du **tableau 12.2** (Perte fonctionnelle - Mesures physiologiques) conformément au **graphique 1** (Guide d'utilisation du **tableau 12.1** et/ou du **tableau 12.2**)**.**

Étape 6 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 12.3** (Perte fonctionnelle - Insuffisance cardiaque) selon le cas.

Étape 7 : Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 6.

Étape 8 : **Comparer** les cotes des étapes 5 et 7. Retenir la **plus élevée.**

Étape 9 : Déterminer une cote à l'aide des **tableaux 12.4 - 12.7** « Autres affections » s'il y a lieu. Si l'on obtient plus d'une cote de ces tableaux, on les **additionne.**

Étape 10 : Le Tableau des contributions partiel les s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 9.

Étape 11 : **Comparer** la cote « Perte fonctionnelle » à l'étape 7 avec la cote « Autres affections » à l'étape 10. Retenir la **plus élevée**.

Étape 12 : Déterminer la cote de la qualité de vie.

Étape 13 : Additionner les cotes des étapes 11 et 12.

Étape 14 *:* S'il existe un droit partiel à des indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 13.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité pour les affections cardiorespiratoires.

Apnée obstructive

Étape 15 *:* Déterminer une cote à l'aide du **tableau 12.8** (Autres affections - Apnée obstructive).

Étape 16 *:* Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 15.

Étape 17 : Déterminer la cote de la qualité de vie.

Étape 18 : Additionner les cotes des étapes 16 et 17.

Étape 19 *:* S'il existe un droit partiel à des indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 18.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité pour l'apnée obstructive.

Chapitre 13
HYPERTENSION ET AFFECTIONS VASCULAIRES

Introduction

Ce chapitre contient les critères permettant d'évaluer la déficience permanente liée à l'hypertension et aux affections vasculaires non cardiaques ouvrant droit à des indemnités d'invalidité.

Les affections vasculaires non cardiaques sont notamment les suivantes : maladies artérielles vasculaires périphériques, varices, thrombose veineuse profonde, anévrisme et affections intra-vasculaires, maladie/phénomène de Raynaud et affections associées à l'exposition au froid comme les engelures.

Le syndrome du défilé thoraco-brachial ne provoquant qu'une déficience vasculaire est évalué individuellement.

Aucune une autre cote ne sera attribuée à partir du chapitre 22, Affections dermatologiques, dans le contexte de manifestations cutanées attribuables à des affections évaluées dans le présent chapitre.

Tableaux de cotation

Ce chapitre contient six tableaux * Autres déficiences + qui peuvent être utilisés pour évaluer l'hypertension et les affections vasculaires non cardiaques ouvrant droit à des indemnités d'invalidité.

Voici les tableaux de ce chapitre :

Tableau 13.1	Autres déficiences - Hypertension	Ce tableau permet de coter la déficience liée à l'hypertension.
Tableau 13.2	Autres déficiences - Maladie vasculaire périphérique	Ce tableau permet de coter la déficience liée à la maladie vasculaire périphérique.
Tableau 13.3	Autres déficiences - Varices	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux varices.
Tableau 13.4	Autres déficiences - Thrombose veineuse profonde	Ce tableau permet de coter la déficience liée à la thrombose veineuse profonde.
Tableau 13.5	Autres déficiences - Anévrisme et affections intra-vasculaires	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux anévrismes et affections intra-vasculaires des grandes artères.

Tableau 13.6	Autres déficiences - Maladie/phénomène de Raynaud	Ce tableau permet de coter la déficience liée à la maladie/au phénomène de Raynaud.
Tableau 13.7	Autres déficiences - Engelure, pied d'immersion et autres lésions dues au froid	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections attribuables à l'exposition au froid.

Autres déficiences - Hypertension

Le **tableau 13.1** permet de coter la déficience liée à l'hypertension. On ne peut choisir qu'une seule cote. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Une élévation durable et non contrôlée de la tension artérielle pendant un certain temps peut entraîner une déficience d'autres systèmes de l'organisme. La déficience due à des dommages causés à un organe cible à l'exception de l'hypertrophie du ventricule gauche n'est pas prise en compte dans l'évaluation de l'hypertension.

Si l'hypertension 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 de l'organisme sera évaluée 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 aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Autres déficiences - Maladie artérielle vasculaire périphérique

Le **tableau 13.2** permet de coter la déficience liée aux maladies artérielles vasculaires périphériques ouvrant droit à des indemnités d'invalidité. On ne peut choisir qu'une seule cote pour les membres inférieurs constituant une seule unité fonctionnelle.

Si la maladie artérielle vasculaire périphérique 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 de l'organisme sera cotée à l'aide des tableaux pertinents sur les systèmes et appareils de l'organisme.

La déficience résultant d'une amputation est évaluée à l'aide du Tableau des

amputations au chapitre 17, Affections musculosquelettiques. Cette cote s'ajoute à celle du **tableau 13.2.**

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 aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Autres déficiences - Varices

Le **tableau 13.3** permet de coter la déficience ouvrant droit à des indemnités d'invalidité liée aux varices des membres inférieurs ouvrant droit à des indemnités d'invalidité. On ne peut choisir qu'une seule cote pour chaque membre inférieur ouvrant droit à des indemnités d'invalidité.

Si les varices 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 de l'organisme sera évaluée à l'aide des tableaux pertinents sur les systèmes et appareils de l'organisme.

La déficience résultant d'une amputation est évaluée à l'aide du Tableau des amputations au chapitre 17, Affections musculosquelettiques. Les cotes sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

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 aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Autres déficiences - Thrombose veineuse profonde

Le **tableau 13.4** permet de coter la déficience liée à la thrombose veineuse profonde. On ne peut choisir qu'une seule cote pour chaque membre ouvrant droit à des indemnités d'invalidité. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Si la thrombose veineuse profonde 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 de l'organisme sera évaluée 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 aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Autres déficiences - Anévrisme et affections intra-vasculaires

Le **tableau 13.5** permet de coter la déficience liée à des affections spécifiques qui affectent les gros vaisseaux sanguins. On ne peut choisir qu'une seule 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 l'anévrisme et les affections intra-vasculaires 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 de l'organisme sera évaluée 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 aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Autres déficiences - Maladie/phénomène de Raynaud

Le **tableau 13.6** permet de coter la déficience liée à la maladie/au phénomène de Raynaud. On ne peut choisir qu'une seule cote. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Aux fins du **tableau 13.6**, les attaques caractéristiques de la maladie/du phénomène de Raynaud consistent en des modifications séquentielles de la couleur des doigts. Une

ou plusieurs extrémités peuvent être affectées. Les attaques peuvent être précipitées par l'exposition au froid ou par des chocs émotionnels et peuvent durer de quelques minutes à plusieurs heures et s'accompagner de douleur et de paresthésie.

Si la maladie/le phénomène de Raynaud 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 de l'organisme sera évaluée 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 aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Autres déficiences - Engelure, pied d'immersion et autres lésions dues au froid

Le **tableau 13.7** permet de coter la déficience liée aux engelures, au pied d'immersion et à d'autres lésions dues au froid. On ne peut choisir qu'une seule cote pour chaque zone affectée. Si plusieurs s'appliquent à une zone affectée, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Si les engelures, le pied d'immersion et les autres lésions dues au froid 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 de l'organisme sera évaluée à l'aide des tableaux pertinents sur les systèmes et appareils de l'organisme.

La déficience résultant d'une amputation est évaluée à l'aide du Tableau Amputations au chapitre 17, Affections musculosquelettiques. Les cotes sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

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 aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Tableau 13.1 - Autres déficiences - Hypertension

On ne peut donner qu'une seule cote à l'aide du **tableau 13.1**. 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 13.1**, il faut satisfaire à un seul critère à un niveau de déficience pour que cette cote soit choisie.

Tableau 13.1 - Autres déficiences - Hypertension

Cote	Critères
Quatre	• Hypertension nécessitant une médication régulière avec tension artérielle diastolique de 99 mmHg ou moins; **ou** • Hypertension nécessitant une médication régulière avec tension artérielle systolique de 159 mmHg ou moins.
Neuf	• Hypertension avec tension artérielle diastolique constante à 100 mmHg ou plus, mais à moins de 110 mmHg, malgré une médication régulière; **ou** • Hypertension avec tension artérielle systolique constante à 160 mmHg ou plus, mais à moins de 180 mmHg, malgré une médication régulière.
Treize	• Hypertension avec tension artérielle diastolique constante à 110 mmHg ou plus malgré une médication régulière; **ou** • Hypertension avec tension artérielle systolique constante à 180 mmHg ou plus malgré une médication régulière.

Étapes à suivre pour évaluer la déficience liée à l'hypertension

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 13.1** (Autres déficiences - Hypertension).

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 indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Tableau 13.2 - Autres déficiences - Maladie artérielle vasculaire périphérique

On ne peut donner qu'une seule cote à l'aide du **tableau 13.2**. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue. Les membres inférieurs sont considérés comme une seule unité fonctionnelle aux fins de ce tableau.

Chaque puce (•) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **tableau 13.2**, tous les critères à ce niveau de la cotation doivent être respectés

Tableau 13.2 - Autres déficiences - Maladie artérielle vasculaire périphérique

Cote	Critères
Zéro	• Absence de claudication intermittente ou de douleur au repos ou de douleur nocturne.
Dix	• Claudication intermittente après avoir marché plus de 200 mètres à un rythme normal.
Vingt	• Claudication intermittente après avoir marché moins de 200 mètres mais plus de 25 mètres à un rythme normal.
Trente	• Claudication intermittente après avoir marché moins de 25 mètres à un rythme normal ou douleur au repos ou douleur nocturne.
Trente-cinq	• Ulcération consécutive à la maladie vasculaire périphérique d'**un** membre inférieur.
Quarante-cinq	• Ulcération consécutive à la maladie vasculaire périphérique des **deux** membres inférieurs.

La maladie artérielle vasculaire périphérique des extrémités est rare et sera évaluée individuellement.

Tableau 13.3 - Autres déficiences - Varices

Une seule cote peut être donnée à l'aide du **tableau 13.3** pour chaque membre inférieur ouvrant droit à des indemnités d'invalidité. Si plusieurs s'appliquent à un membre inférieur ouvrant droit à des indemnités d'invalidité, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Si plusieurs cotes sont possibles dans les **tableaux 13.3** et **13.4**, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue pour chaque membre inférieur ouvrant droit à des indemnités d'invalidité.

Chaque puce (•) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **tableau 13.3**, il faut satisfaire à un seul critère à un niveau de déficience pour que cette cote soit choisie.

Tableau 13.3 - Autres déficiences - Varices

Cote	Critères
Deux	• Varices défigurantes mais sans oedème ou modifications de la peau*; **ou** • Inconfort quotidien.
Six	• Varices avec oedème ou modifications de la peau* sans ulcération.
Neuf	• Varices avec oedème ou modifications de la peau* et ulcération ou ulcère guéris d'une durée inférieure à 6 mois.
Treize	• Varices avec oedème ou modifications de la peau* et ulcération active d'une durée supérieure à 6 mois.

***Les modifications de la peau peuvent comprendre la sécheresse, la desquamation, le brunissement ou l'atrophie.**

Tableau 13.4 - Autres déficiences - Thrombose veineuse profonde

Une seule cote peut être donnée à l'aide du **tableau 13.4** pour chaque membre inférieur ouvrant droit à des indemnités d'invalidité. Si plusieurs s'appliquent à un membre inférieur ouvrant droit à des indemnités d'invalidité, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Si plusieurs cotes sont possibles **dans les tableaux 13.3** et **13.4**, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue pour chaque membre inférieur ouvrant droit à des indemnités d'invalidité.

Chaque puce (•) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **tableau 13.4**, il faut satisfaire à un seul critère à un niveau de déficience pour que cette cote soit choisie**.**

Tableau 13.4 Autres déficiences - Thrombose veineuse profonde (TVP)

Cote	Critères
Zéro	• Un épisode de TVP sans séquelles.
Neuf	• TVP nécessitant une thromboprophylaxie de plus d'un an; **ou** • Syndrome post-thrombotique de la jambe accompagné d'un oedème et de douleur.
Treize	• Syndrome post-thrombotique de la jambe accompagné d'un oedème, de douleur et d'une ulcération; **ou** • TVP récurrente ou embolie pulmonaire consécutive au TVP pendant la thromboprophylaxie.

La thrombose veineuse profonde des extrémités supérieures est rare et fera l'objet d'une évaluation individuelle.

Tableau 13.5 - Autres déficiences - Anévrisme et affections intra-vasculaires

Une seule cote peut être donnée pour chaque affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité à l'aide du **tableau 13.5.** 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 13.5**, il faut satisfaire à un seul critère à un niveau de déficience pour que cette cote soit choisie.

Tableau 13.5 - Autres déficiences - Anévrismes et affections intra-vasculaires

Cote	Critères
Zéro	• Embolie traitée sans séquelles**.**
Deux	• Anévrisme cérébral, asymptomatique; **ou** • Anévrisme aortique d'un diamètre inférieur à 6 cm**; ou** • Anévrisme aortique traité par voie chirurgicale; **ou** • Anévrismes iliaques, fémoraux ou carotidiens.
Neuf	• Embolie nécessitant une thromboprophylaxie régulière; **ou** • Affections iliaques, fémorales ou carotidiennes nécessitant une thromboprophylaxie continue.
Treize	• Anévrisme aortique d'au moins 6 cm qui est inopérable*.

***Inopérable** renvoie aux cas ou une chirurgie est impossible en raison de l'état de santé général.

Tableau 13.6 - Autres déficiences - Maladie/phénomène de Raynaud

Une seule cote peut être donnée à l'aide du **tableau 13.6**. 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 13.6**, tous les critères au niveau de la cotation doivent être respectés.

Tableau 13.6 - Autres déficiences - Maladie/phénomène de Raynaud

Cote	Critères
Un	• Attaques caractéristiques* se produisant moins d'une fois par semaine.
Quatre	• Attaques caractéristiques* se produisant une à trois fois par semaine.
Neuf	• Attaques caractéristiques* se produisant quatre à six fois par semaine.
Treize	• Attaques caractéristiques* se produisant au moins quotidiennement.
Vingt et un	• Attaques caractéristiques* et présence d'ulcères des doigts avec ou sans nécrose et érosions des coussinets adipeux.

***Les attaques caractéristiques,** aux fins de ce tableau, désignent les modifications séquentielles de la couleur des doigts d'une ou de plusieurs extrémités durant plusieurs minutes à quelques heures et parfois accompagnées de douleur et de paresthésie et provoquées par l'exposition au froid ou par des chocs émotionnels.

Tableau 13.7 - Autres déficiences - Engelures, pied d'immersion et autres lésions dues au froid

Une seule cote peut être donnée à l'aide du **tableau 13.7** pour une zone affectée. **On peut donner une cote distincte pour la tête et chaque membre.** Si plusieurs s'appliquent à une zone affectée, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Chaque puce (•) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **tableau 13.7**, il faut satisfaire à un seul critère à un niveau de déficience pour que cette cote soit choisie.

Tableau 13.7 - Autres déficiences - Engelures, pied d'immersion et autres lésions dues au froid

Cote	Critères
Deux	• Hypersensibilité légère à l'exposition au froid se manifestant par la douleur et une gêne, un changement de couleur et/ou de sensations.
Quatre	• Hypersensibilité modérée à l'exposition au froid se manifestant par la douleur et une gêne, un changement de couleur et/ou de sensations.
Neuf	• Hypersensibilité modérée à l'exposition au froid se manifestant par la douleur et une gêne, un changement de couleur et/ou de sensations **avec** altération permanente de la peau **ou** des ongles; **ou** • Hypersensibilité grave à l'exposition au froid se manifestant par la douleur et une gêne, un changement de couleur et/ou de sensations..

Les engelures des zones autres que la tête et les extrémités sont rares et feront l'objet d'une évaluation individuelle.

Étapes à suivre pour évaluer la déficience liée aux affections vasculaires

Maladie artérielle vasculaire périphérique

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 13.2** (Autres déficiences - Maladie artérielle vasculaire périphérique)**.**

Note : Les membres inférieurs sont considérés comme une unité fonctionnelle aux fins de l'évaluation au **tableau 13.2**.

Étape 2 : Si une maladie artérielle vasculaire périphérique nécessite une amputation, une cote supplémentaire est choisie dans le tableau des amputations du chapitre Affections musculosquelettiques. On **additionne** les cotes du **tableau 13.2** et du tableau des amputations.

Étape 3 : Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 2.

Étape 4 : Déterminer la cote de la qualité de vie.

Étape 5 : Additionner les cotes des étapes 3 et 4.

Étape 6 *:* S'il existe un droit partiel à des indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 5.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité pour les maladies artérielles vasculaires périphériques.

Évaluation des varices

Étape 7 : Déterminer la ou les cotes à l'aide du **tableau 13.3** (Autres déficiences - Varices).

Étape 8 : Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 7.

Étape 9 : Déterminer la cote de la qualité de vie pour chaque membre inférieur (s'il y a lieu).

Étape 10 : Additionner les cotes des étapes 8 et 9 pour chaque jambe.

Étape 11 : S'il existe un droit partiel à des indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 10.

Note : S'il faut évaluer une amputation résultant de varices de la jambe droite et de varices de la jambe gauche, on prend une cote dans le tableau des amputations du chapitre 17, Affections musculosquelettiques. Les cotes du tableau des amputations et de l'étape 11 sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité pour les varices.

Thrombose veineuse profonde

Étape 12 : Déterminer la ou les cotes à l'aide du tableau 13.4 (Autres déficiences - Thrombose veineuse profonde).

Étape 13 : Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 12.

Étape 14 : Déterminer la cote de la qualité de vie pour chaque membre inférieur (s'il y a lieu)

Étape 15 : Additionner les cotes des étapes 13 et 14.

Étape 16 : S'il existe un droit partiel à des indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 15.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité pour la thrombose veineuse profonde de la jambe droite et la thrombose veineuse profonde de la jambe gauche.

Varices et thrombose veineuse profonde

Étape 17 : Si des cotes s'appliquent dans les **tableaux 13.3 et 13.4**, les cotes des étapes 11 et 16 sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue, une pour chaque membre inférieur ouvrant droit à des indemnités d'invalidité.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité pour les varices et la thrombose veineuse profonde.

Anévrisme et affections intra-vasculaires

Étape 18 : Déterminer la ou les cotes à l'aide du ***tableau 13.5*** (Autres déficiences - Anévrisme et affections intra-vasculaires).

Étape 19 : Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 18.

Étape 20 : Déterminer la cote de la qualité de vie.

Étape 21 : Additionner les cotes des étapes 19 et 20.

Étape 22 : S'il existe un droit partiel à des indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 21.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité pour les anévrismes et les affections intra-vasculaires.

Évaluation de la maladie/du phénomène de Raynaud

Étape 23 : Déterminer la ou les cotes à l'aide du **tableau 13.6** (Autres déficiences - Maladie/phénomène de Raynaud)**.**

Étape 24 : Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 23.

Étape 25 : Déterminer la cote de la qualité de vie.

Étape 26 : Additionner les cotes des étapes 24 et 25.

Étape 27 : S'il existe un droit partiel à des indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 26.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité pour la maladie/le phénomène de Raynaud.

Engelures, pied d'immersion et autres lésions dues au froid

Étape 28 : Déterminer la ou les cotes à l'aide du **tableau 13.7** (Autres déficiences - Engelures, pied d'immersion et autres lésions dues au froid).

Note : On peut attribuer une cote pour chaque zone affectée ouvrant droit à des indemnités d'invalidité.

Note : Si des engelures, le pied d'immersion ou autres lésions dues au froid nécessitent une amputation, une cote est également choisie dans le tableau des amputations du chapitre 17, Affections musculosquelettiques.

Les cotes du tableau des amputations et de l'étape 28 sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Étape 29 : Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 28.

Étape 30 : Déterminer la cote de qualité de vie pour chaque zone applicable ouvrant droit à des indemnités d'invalidité.

Étape 31 : Additionner les cotes applicables des étapes 29 et 30.

Étape 32 : S'il existe un droit partiel à des indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 31

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité pour les engelures, le pied d'immersion ou les autres lésions dues au froid.

Chapitre 14
Affections gastro-intestinales

Introduction

Ce chapitre contient les critères permettant d'évaluer la déficience permanente ouvrant droit à des indemnités d'invalidité résultant des affections du tractus gastro-intestinal et des organes accessoires de la digestion (foie, vésicule biliaire et pancréas). Ce chapitre permet également de coter les hernies de la paroi abdominale, les hernies inguinales, le sinus pilonidal et l'obésité.

Ce chapitre ne permet pas de coter les affections ci-dessous. Chaque puce indique le chapitre à utiliser.

- La déficience résultant d'une dysphagie due à une affection neurologique est cotée au chapitre 20, Affections neurologiques.

- La déficience résultant du diabète sucré est cotée au chapitre 15, Affections endocrines et métaboliques.

Aucune autre cote ne sera donnée à l'aide du chapitre 22, Affections dermatologiques, par suite résultant de manifestations cutanées dues à des stomies.

La déficience résultant d'affections gastro-intestinales malignes est cotée dans le chapitre 18, Affections malignes. Suivre les étapes indiquées dans ce chapitre.

Tableaux et graphiques de cotation

Ce chapitre contient huit tableaux « Autres déficiences » qui permettent de coter les affections gastro-intestinales ouvrant droit à des indemnités d'invalidité, ainsi que deux graphiques de référence. Le premier graphique indique le poids idéal par sexe, grandeur et masse corporelle. Le second contient les indices de masse corporelle.

Les tableaux contenus dans ce chapitre indiquent les cotes de déficience spécifiques fondées en grande partie sur la présence de symptômes, mais la plupart contiennent également des critères relatifs à la perte fonctionnelle (p. ex. perte de poids).

Tableaux et graphiques de ce chapitre :

Tableau 14.1	Autres déficiences - Cavité buccale et glandes salivaires	Ce tableau permet de coter les affections de la cavité buccale et des glandes salivaires.
Tableau 14.2	Autres déficiences - Oesophage	Ce tableau permet de coter les affections de l'oesophage.
Tableau 14.3	Autres déficiences - Estomac et duodénum	Ce tableau permet de coter les affections de l'estomac et du duodénum.
Tableau 14.4	Autres déficiences - Chirurgies gastriques	Ce tableau permet de coter la déficience résultant d'anciennes chirurgies gastriques.
Tableau 14.5	Autres déficiences - Intestin grêle, colon, rectum et anus	Ce tableau permet de coter les affections de l'intestin grêle, du colon, du rectum et de l'anus.
Tableau 14.6	Autres déficiences - Foie et vésicule biliaire	Ce tableau permet de coter les affections du foie et de la vésicule biliaire.
Tableau 14.7	Autres déficiences - Pancréas	Ce tableau permet de coter les affections du pancréas.
Tableau 14.8	Autres déficiences - Diverses affections gastro-intestinales	Ce tableau permet de coter la déficience résultant de diverses affections gastro-intestinales.
Graphique 1	Graphique 1 - Poids par sexe, grandeur et masse corporelle	Ce graphique présente le poids idéal par sexe, grandeur et masse corporelle.
Graphique 2	Graphique 2 - Indices de masse corporelle (IMC)	Graphique des indices de masse corporelle.

Perte de poids

La perte de poids est un important indicateur de la gravité d'une maladie gastro-intestinale. Chaque tableau applicable contient les critères relatifs à la perte de poids.

La perte de poids doit être causée par l'affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité. ACC définit la **perte de poids** comme une réduction involontaire de poids et l'incapacité de reprendre du poids malgré une thérapie optimale.

Pour déterminer la déficience résultant d'affections gastro-intestinales, le poids prémorbide (poids avant le début ou l'aggravation de l'affection gastro-intestinale ouvrant droit à des indemnités d'invalidité) est mesuré par rapport à tout écart ou perte de poids.

Voici les étapes à suivre pour déterminer la perte de poids :

Étape 1 : **Déterminer le poids prémorbide**

On peut déterminer le poids prémorbide d'après les antécédents médicaux ou les dossiers médicaux.

En l'absence du poids prémorbide, on peut le calculer de façon approximative en consultant :

Le graphique 1 - Poids par sexe, grandeur et masse corporelle, **ou**
Le graphique 2 - Indices de masse corporelle (IMC) et les instructions connexes.

Étape 2 : Déterminer le poids au moment de l'évaluation.

Étape 3 : Déterminer la perte de poids en soustrayant le poids à l'évaluation (étape 2) du poids prémorbide (étape 1) et l'exprimer en pourcentage.

Lorsque le poids à l'***étape deux est égal ou supérieur au*** poids prémorbide, on ne peut pas donner de cote en fonction de la perte de poids involontaire.

Lorsque le poids à l'***étape deux est inférieur au*** poids prémorbide, exprimer la différence en pourcentage du poids prémorbide.

$$\frac{\textbf{perte de poids (poids prémorbide - poids à l'évaluation)}}{\textbf{poids prémorbide}} \textbf{ X 100 \% = \%}$$

Étape 4 : Appliquer les pourcentages de perte de poids au tableau pertinent.

Autres déficiences - Cavité buccale et glandes salivaires

Le **tableau 14.1** permet de coter la déficience résultant d'affections de la cavité buccale et des glandes salivaires. On ne peut choisir qu'une seule 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 de la cavité buccale et des glandes salivaires 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 de l'organisme 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 aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Autres déficiences - Oesophage

Le **tableau 14.2** permet de coter la déficience résultant d'affectations de l'oesophage. On ne peut choisir qu'une seule cote. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Si plusieurs affections de l'oesophage doivent être cotées au **tableau 14.2**, elles sont regroupées aux fins de l'évaluation.

Si les affections de l'oesophage 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 de l'organisme 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 (TCP) pour établir la cote correspondant aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Autres déficiences - Estomac et duodénum

Le **tableau 14.3** permet de coter la déficience résultant d'affections de l'estomac et du duodénum. On ne peut choisir qu'une seule cote. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Si plusieurs affections de l'estomac et du duodénum doivent être cotées au **tableau 14.3**, elles sont regroupées aux fins de l'évaluation.

Si un membre, un ancien combattant ou un client a déjà subi une chirurgie gastrique, on peut déterminer une ou plusieurs cotes à partir du **tableau 14.4** et/ou du **tableau 14.5**. Il faut ajouter la ou les cotes applicables du **tableau 14.4** et/ou **du tableau 14.5** à la cote de ce tableau.

Si les affections de l'estomac et du duodénum 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 de l'organisme 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 aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Autres déficiences - Chirurgie gastrique

Le **tableau 14.4** permet de coter la déficience résultant d'anciennes chirurgies gastriques. On ne peut retenir qu'une seule cote pour chaque affection. Si plusieurs s'appliquent à une affection, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Note : Le syndrome post-vagotomie est coté à l'aide du **tableau 14.5** - Autres déficiences - Intestin grêle, colon, rectum et anus.

On doit ajouter la ou les cotes applicables de ce tableau ou du **tableau 14.5** à la ou les cotes de déficience du **tableau 14.3.**

Si les affections gastriques ouvrant droit à des indemnités d'invalidité qui nécessitent une chirurgie gastrique 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 de l'organisme 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 aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Autres déficiences - Intestin grêle, colon, rectum et anus

Le **tableau 14.5** permet de coter la déficience résultant de chaque affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité de l'intestin grêle, du colon, du rectum et de l'anus. On ne peut choisir qu'une seule cote pour une affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Pour les besoins d'ACC, les troubles intestinaux comprennent le syndrome du colon irritable, la diverticulose, la diverticulite, la constipation chronique, la diarrhée chronique et le syndrome post-vagotomie.

Les cotes correspondant à la maladie intestinale inflammatoire (MII) obtenues à l'aide du **tableau 14.5** comprennent les manifestations intestinales de la MII ainsi que la stomatite aphteuse, l'anémie et les signes et symptômes constitutionnels comme la nausée, la fièvre et la fatigue.

Si les affections de l'intestin grêle, du colon, du rectum et de l'anus 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 de l'organisme 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 aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Autres déficiences - Foie et vésicule biliaire

Le **tableau 14.6** permet de coter la déficience du foie et de la vésicule biliaire. On peut choisir deux cotes à l'aide du **tableau 14.6**, une pour les maladies du foie et une pour les maladies de la vésicule biliaire. Si plusieurs s'appliquent au foie, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue. Si plusieurs s'appliquent à la vésicule biliaire, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Si plusieurs affections du foie doivent être évaluées, elles sont regroupées aux fins de l'évaluation.

Si plusieurs affections de la vésicule biliaire doivent être évaluées, elles sont regroupées aux fins de l'évaluation.

Si les affections du foie ou de la vésicule biliaire 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 de l'organisme 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 aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Autres déficiences - Pancréas

Le **tableau 14.7** permet de coter la déficience résultant d'affectations du pancréas. On ne peut choisir qu'une seule cote. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Si plusieurs affections du pancréas doivent être évaluées au **tableau 14.7**, elles sont regroupées aux fins de l'évaluation.

Si l'affection du pancréas ouvrant droit à des indemnités d'invalidité provoque un diabète sucré, il faut rendre une décision relative à une affection consécutive. Si celle-ci est favorable, la déficience correspondante est cotée à l'aide du chapitre 15, Affections endocrines et métaboliques.

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 aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Autres déficiences - Affections gastro-intestinales diverses

Le **tableau 14.8** permet de coter la déficience résultant d'affectations gastro-intestinales diverses. On ne peut choisir qu'une seule cote for 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.

ACC définit l'obésité morbide comme un indice de masse corporelle (IMC) supérieur ou égal à 40. L'obésité morbide est cotée dans ce tableau, **uniquement** lorsqu'il s'agit d'une affection admissible.

Si les affections gastro-intestinales 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 de l'organisme 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 aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Tableau 14.1 - Autres déficiences - Cavité buccale et glandes salivaires

Une seule cote peut être donnée pour chaque affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité à l'aide du **tableau 14.1**. 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 14.1**, il faut satisfaire à un seul critère à un niveau de déficience pour que cette cote soit choisie.

Tableau 14.1 - Autres déficiences - Cavité buccale et glandes salivaires

Cote	Critères
Zéro	**Affections de la cavité buccale et des glandes salivaires :** • Gonflement des glandes salivaires; **ou** • Xérostomie ne nécessitant pas de traitement; **ou** • Épisode unique de sialoadénite aiguë; **ou** • Épisode unique de tartre sus-gingival; **ou** • Halitose; **ou** **Ingestion :** • Les affections buccales ne gênent pas la mastication ni la déglutition; **ou** **Maintien de la nutrition :** • Pas de perte de poids involontaire.
Deux	**Affections de la cavité buccale et des glandes salivaires :** • Xérostomie nécessitant un traitement régulier; **ou** **Maintien de la nutrition :** • Modifications mineures de l'alimentation, p.ex. élimination permanente de certains aliments.
Quatre	**Affections de la cavité buccale et des glandes salivaires :** • Tartre sus-gingival récurrent; **ou** • Épisodes récurrents de sialaodénite; **ou** **Ingestion :** • Difficulté légère à modérée à mastiquer et déglutir.
Neuf	**Maintien de la nutrition :** • Alimentation molle ou semi-solide permanente nécessaire.
Treize	**Ingestion :** • Difficulté importante à mastiquer; **ou** **Maintien de la nutrition :** • Perte de poids involontaire de 10 % à 14 %; **ou** • Alimentation en purée ou liquide permanente nécessaire;**ou** • Oesophagostomie ou gastrostomie.
Dix-huit	**Maintien de la nutrition :** • Jéjunostomie.

Cote	Critères
Vingt-six	**Maintien de la nutrition :** • Perte de poids involontaire de 15 % à 19 %.
Trente-quatre	**Maintien de la nutrition :** • Perte de poids involontaire de 20 % à 25 %.
Quarante-trois	**Maintien de la nutrition :** • Perte de poids involontaire de 26 % à 30 %.
Soixante et un	**Maintien de la nutrition :** • Perte de poids involontaire supérieure à 30 %**.**

Étapes à suivre pour évaluer les affections gastro-intestinales de la cavité buccale et des glandes salivaires

Étape 1 : Déterminer la cote dans le **tableau 14.1** (Autres déficiences - Cavité buccale et glandes salivaires).

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 indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Note : S'il faut coter à la fois une affection de la cavité buccale et une affection des glandes salivaires, on doit répéter les étapes.

Tableau 14.2 - Autres déficiences - Oesophage

Une seule cote peut être donnée à l'aide du **tableau 14.2**. 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 14.2**, il faut satisfaire à un seul critère à un niveau de déficience pour que cette cote soit choisie.

Tableau 14.2 - Autres déficiences - Oesophage

Cote	Critères
Zéro	**Affections de l'oesophage :** • Hernie hiatale; **ou** **Ingestion :** • Affections de l'oesophage qui ne gênent pas la déglutition; **ou** **Maintien de la nutrition :** • Pas de perte de poids involontaire.
Deux	**Affections de l'oesophage :** • Reflux gastro-oesophagien accompagné de légers symptômes nécessitant un traitement intermittent; **ou** **Maintien de la nutrition :** • Modifications mineures de l'alimentation, p. ex. élimination permanente de certains aliments.
Quatre	**Affections de l'oesophage :** • Reflux gastro-oesophagien nécessitant un traitement régulier; **ou** **Ingestion :** • Dysphagie légère à modérée; **ou** • Dysphagie nécessitant une dilatation une fois par an.
Neuf	**Maintien de la nutrition :** • Alimentation molle permanente nécessaire.
Treize	**Affections de l'oesophage :** • Reflux gastro-oesophagien accompagné d'érosions/ulcérations de l'oesophage distal; **ou** **Ingestion :** • Importante dysphagie; **ou** • Dysphagie nécessitant une dilatation deux ou trois fois par an; **ou** **Maintien de la nutrition :** • Perte de poids involontaire de 10 % à 14 %; **ou** • Alimentation en purée ou liquide permanente nécessaire;**ou** • Oesophagostomie ou gastrostomie.

Cote	Critères
Dix-huit	**Affections de l'oesophage :** • Reflux gastro-oesophagien compliqué par le syndrome de Barrett; **ou** • Oesophagectomie; **ou** **Maintien de la nutrition :** • Jéjunostomie.
Vingt-six	**Ingestion :** • Dysphagie nécessitant une dilatation quatre ou cinq fois par an; **ou** **Maintien de la nutrition :** • Perte de poids involontaire de 15 % à 19 %.
Trente-quatre	**Ingestion :** • Dysphagia nécessitant une dilatation six fois ou plus par an; **ou** **Maintien de la nutrition :** • Perte de poids involontaire de 20 % à 25 %**.**
Quarante-trois	**Maintien de la nutrition :** • Perte de poids involontaire de 26 % à 30 %.
Soixante et un	**Maintien de la nutrition :** • Perte de poids involontaire supérieure à 30 %.

Étapes à suivre pour évaluer les affections gastro-intestinales de l'oesophage

Étape 1 : Déterminer la cote dans le **tableau 14.2** (Autres déficiences - Oesophage).

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 indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Tableau 14.3 - Autres déficiences - Estomac et duodénum

Une seule cote peut être donnée à l'aide du **tableau 14.3**. 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 14.3**, il faut satisfaire à un seul critère à un niveau de déficience pour que cette cote soit choisie.

Tableau 14.3 - Autres déficiences - Estomac et duodénum

Cote	Critères
Zéro	**Affections de l'estomac et du duodénum :** • Épisode unique d'ulcère gastroduodénal, de gastrite ou de duodénite traité(e) avec succès; **ou** **Maintien de la nutrition :** • Pas de perte de poids involontaire.
Deux	**Affections de l'estomac et du duodénum :** • Dyspepsie fonctionnelle, gastrite ou duodénite nécessitant un traitement intermittent; **ou** **Maintien de la nutrition :** • Modifications mineures de l'alimentation, p. ex. élimination permanente de certains aliments.
Quatre	**Affections de l'estomac et du duodénum :** • Dyspepsie fonctionnelle, gastrite ou duodénite nécessitant un traitement régulier; **ou** • Ulcère gastroduodénal récurrent nécessitant un traitement intermittent
Neuf	**Affections de l'estomac et du duodénum :** • Ulcère gastroduodénal accompagné de symptômes continus nécessitant un traitement régulier.
Treize	**Affections de l'estomac et du duodénum :** • Ulcère gastroduodénal compliqué par des saignements récurrents **ou** une obstruction à la sortie malgré un traitement optimal; **ou** **Maintien de la nutrition :** • Perte de poids involontaire de 10 % à 14 %; **ou** • Gastrostomie.
Dix-huit	**Maintien de la nutrition :** • Jéjunostomie.
Vingt et un	**Affections de l'estomac et du duodénum :** • Ulcère gastroduodénal compliqué par des saignements récurrents **et** une obstruction à la sortie malgré un traitement optimal.

Cote	Critères
Vingt-six	**Maintien de la nutrition :** • Perte de poids involontaire de 15 % à 19 %.
Trente-quatre	**Maintien de la nutrition :** • Perte de poids involontaire de 20 % à 25 %.
Quarante-trois	**Maintien de la nutrition :** • Perte de poids involontaire de 26 % à 30 %.
Soixante et un	**Maintien de la nutrition :** • Perte de poids involontaire supérieure à 30 %**.**

Tableau 14.4 - Autres déficiences - Chirurgie gastrique

Une seule cote peut être donnée à chaque affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité à l'aide du **tableau 14.4**. Si plusieurs s'appliquent à une affection, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Chaque puce (•) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **tableau 14.4**, il faut satisfaire à un seul critère à un niveau de déficience pour que cette cote soit choisie.

Tableau 14.4 - Autres déficiences - Chirurgie gastrique

Cote	Critères
Zéro	• Ancienne chirurgie gastrique; asymptomatique.
Quatre	• Syndrome de chasse intermittent.
Neuf	• Syndrome de chasse fréquent; **ou** • Gastrite avec reflux de bile
Treize	• Syndrome de chasse presque tous les jours**.**

Remarque : Le syndrome post-vagotomie est évalué à l'aide du **tableau 14.5**.

Étapes à suivre pour évaluer les affections gastro-intestinales de l'estomac et du duodénum

Étape 1 : Déterminer la cote dans le **tableau 14.3** (Autres déficiences - Estomac et duodénum).

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 ou les cotes à partir du **tableau 14.4** (Autres déficiences - Chirurgie gastrique (s'il y a lieu).

Note : Une cote peut également s'appliquer aux signes et symptômes du syndrome post-vagotomie dans la section des troubles intestinaux du **tableau 14.5** (Autres déficiences - Intestin grêle, colon, rectum et anus). Dans ce cas, on additionne les cotes applicables des **tableaux 14.4** et **14.5.**

Étape 4 : Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 3.

Étape 5 : Additionner les cotes des étapes 2 et 4.

Étape 6 *:* Déterminer la cote de la qualité de vie.

Étape 7 : Additionner les cotes des étapes 5 et 6.

Étape 8 : S'il existe un droit partiel à des indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 7.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Tableau 14.5 - Autres déficiences - Intestin grêle, colon, rectum et anus

Une seule cote peut être attribuée à chaque affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité à l'aide du **tableau 14.5**. 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 14.5**, il faut satisfaire à un seul critère à un niveau de déficience pour que cette cote soit choisie.

Tableau 14.5 - Autres déficiences - Intestin grêle, colon, rectum et anus

Cote	Critères
Zéro	**Affections du rectum et de l'anus :** • Marisques; **ou** • Hémorrhoïdectomie antérieure; **ou** • Fissure anale guérie; **ou** • Fistule anale guérie; **ou** • Fistule périnéale guérie; **ou** • Abcès du rectum retiré, pas de récurrence; **ou** • Fistule recto-vaginale guérie; **ou** **Troubles intestinaux :** • Diarrhée ou constipation occasionnelle ne nécessitant pas de mesures alimentaires ni de médication; **ou** **Maintien de la nutrition :** • Pas de perte de poids involontaire; **ou** **Excrétion :** • Hémicolectomie.
Deux	**Affections du rectum et de l'anus :** • Abcès du rectum récurrents nécessitant un traitement chirurgical 1 à 2 fois par an**; ou** **Troubles intestinaux :** • Nécessitant une médication intermittente; **ou** **Maintien de la nutrition :** • Modifications mineures de l'alimentation, p. ex. élimination permanente de certains aliments.

Cote	Critères
Quatre	**Affections de l'intestin grêle, du colon, du rectum et de l'anus :** • Hémorroïdes présentes; douleur occasionnelle et/ou saignement; **ou** • Fissure anale; symptômes récurrents nécessitant une médication; **ou** • Abcès du rectum récurrents nécessitant un traitement chirurgical 3 à 4 fois par an; **ou** • Prolapsus rectal intermittent; **ou** **Troubles intestinaux :** • Répondent aux mesures alimentaires continues et à la médication continue; **ou** **Maladie intestinale inflammatoire :** • Maladie de Crohn ou colite ulcéreuse accompagnée de symptômes minimes; **ou** **Maintien de la nutrition :** • Malabsorption accompagnée de symptômes bien contrôlés par des mesures alimentaires et une médication continue; **ou** **Excrétion :** • Incontinence fécale associée à des souillures occasionnelles; pas de serviettes pour incontinent nécessaires.
Neuf	**Affections de l'intestin grêle, du colon, du rectum et de l'anus :** • Hémorroïdes présentes nécessitant une médication régulière; douleur et/ou saignements persistants; **ou** **Troubles intestinaux :** • Partiellement contrôlés par des mesures alimentaires et une médication continues; **ou** **Maladie intestinale inflammatoire :** • Exacerbations légères non fréquentes. Symptômes bien contrôlés par une thérapie médicale intermittente; **ou** **Excrétion :** • Incontinence fécale avec souillure mais moins d'une fois par jour; utilisation occasionnelle de serviettes pour incontinent.

Cote	Critères
Treize	**Affections du rectum et de l'anus :** • Prolapsus rectal persistent; **ou** • Abcès du rectum nécessitant un traitement chirurgical plus de quatre fois par an; **ou** **Troubles intestinaux** • Peu de réponse aux mesures alimentaires et à la médication continues; douleur abdominale presque tous les jours; interférence considérable avec les activités quotidiennes; **ou** **Maladie intestinale inflammatoire :** • Une exacerbation par an; **ou** • Médication continue nécessaire; **ou** **Maintien de la nutrition :** • Perte de poids involontaire de 10 % à 14 %; **ou** • Régime d'exclusion prescrit avec restriction sévère permanente (p. ex. régime sans gluten); **ou** • Malabsorption et déficiences nutritionnelles accompagnées de certains signes et symptômes (p. ex. stéatorrhée) malgré un régime et une médication continus; **ou** • Oesophagostomie ou gastrostomie; **ou** **Excrétion :** • Incontinence fécale nécessitant des changements fréquents de sous-vêtements ou 1 à 4 serviettes pour incontinent par jour; **ou** • Colectomie totale.
Dix-huit	**Maintien de la nutrition :** • Jéjunostomie.
Vingt-six	**Maladie intestinale inflammatoire :** • Symptômes modérés nécessitant une thérapie médicale continue; deux à quatre exacerbations par an; quelques symptômes constitutionnels comme la perte de poids et la fièvre; hospitalisation(s) parfois nécessaire(s) mais pas d'interventions chirurgicales; **ou** **Maintien de la nutrition :** • Perte de poids involontaire de 15 % à 19 %; **ou** **Excrétion :** • Incontinence fécale nécessitant plus de 4 serviettes pour incontinent par jour; **ou** • Colostomie permanente.
Trente-quatre	**Maintien de la nutrition :** • Perte de poids involontaire de 20 % à 25 %; **ou** **Excrétion :** • Iléostomie; **ou** • Incontinence fécale accompagnée d'une perte totale du contrôle du sphincter.

Cote	Critères
Quarante-trois	**Maladie intestinale inflammatoire :** • Symptômes graves nécessitant une thérapie médicale continue et une ou des intervention(s) chirurgicale(s); **ou** **Maintien de la nutrition :** • Perte de poids involontaire de 26 % à 30 %.
Soixante-one	**Maintien de la nutrition :** • Perte de poids involontaire supérieure à 30 %.
Quatre-vingt-un	**Maladie intestinale inflammatoire :** • Maladie grave ne répondant pas au traitement médical ou chirurgical; nécessitant des hospitalisations prolongées et répétées avec grave déficience nutritionnelle.

Les maladies intestinales inflammatoires associées à des fistules entérocutanées sont évaluées individuellement.

Étapes à suivre pour évaluer les affections gastro-intestinales de l'intestin grêle, du colon, du rectum et de l'anus

Étape 1 : Déterminer la cote dans le **tableau 14.5** (Autres déficiences - Intestin grêle et colon, rectum et anus).

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 indemnités 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, on doit répéter les étapes.

Tableau 14.6 - Autres déficiences - Foie et vésicule biliaire

On peut retenir deux cotes à l'aide du **tableau 14.6**, une pour les maladies du foie et une pour les maladies de la vésicule biliaire. Si plusieurs s'appliquent au foie, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue. Si plusieurs s'appliquent à la vésicule biliaire, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Chaque puce (•) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **tableau 14.6**, il faut satisfaire à un seul critère à un niveau de déficience pour que cette cote soit choisie.

Tableau 14.6 - Autres déficiences - Foie et vésicule biliaire

Cote	Critères
Zéro	**Affections du foie et de la vésicule biliaire :** • Maladie de la vésicule biliaire asymptomatique; **ou** • Cholécystectomie; **ou** • Maladie du foie : asymptomatique; examens du foie normaux ou légèrement anormaux; **ou** **Maintien de la nutrition :** • Pas de perte de poids involontaire**.**
Deux	**Maintien de la nutrition:** • Modifications mineures de l'alimentation, p. ex. élimination permanente de certains aliments.
Quatre	**Affections du foie et de la vésicule biliaire :** • Maladie de la vésicule biliaire : attaques récurrentes de coliques biliaires, avec ou sans jaunisse; **ou** **Maintien de la nutrition :** • Malabsorption : symptômes bien contrôlés par des mesures alimentaires et une médication continues.
Neuf	**Affections du foie et de la vésicule biliaire :** • Maladie du foie : examens de la fonction du foie légèrement anormaux; signes/symptômes clinique de la maladie du foie comme la fatigue, mais sans antécédents de jaunisse, d'ascites ou de saignements (varices oesophagiennes) dans les **5** dernières années.
Treize	**Maintien de la nutrition :** • Perte de poids involontaire de 10 % à 14 %; **ou** • Malabsorption et déficiences nutritionnelles avec certains signes et symptômes (p. ex. stéatorrhée) malgré des mesures alimentaires et une médication continues.

Cote	Critères
Dix-huit	**Affections du foie et de la vésicule biliaire :** • Maladie du foie: élévation persistante des résultats des tests de la fonction du foie **et UN** des signes objectifs suivants dans les **5** dernières années : – jaunisse – ascites – 1 saignement (varices oesophagiennes)**.**
Vingt-six	**Affections du foie et de la vésicule biliaire :** • Greffe du foie (cote minimum); **ou** **Maintien de la nutrition :** • Perte de poids involontaire de 15 % à 19 %.
Trente-quatre	**Affections du foie et de la vésicule biliaire :** • Maladie du foie : résultats anormaux des tests de la fonction du foie **et UN** des signes objectifs suivants au cours de la dernière année : – jaunisse – ascites – 1 saignement (varices oesophagiennes); **ou** **Maintien de la nutrition :** • Perte de poids involontaire de 20 % à 25 %.
Quarante-trois	**Affections du foie et de la vésicule biliaire :** • Maladie du foie progressive avec encéphalopathie hépatique **ou deux** des signes objectifs suivants au cours de la dernière année : - jaunisse persistante - ascites - 1 saignement (varices oesophagiennes); **ou** **Maintien de la nutrition :** • Perte de poids involontaire de 26 à 30%.
Soixante et un	**Affections du foie et de la vésicule biliaire :** • Maladie du foie progressive avec encéphalopathie hépatique **et deux** des signes objectifs suivants au cours de la dernière année : • jaunisse persistante - ascites - 1 saignement (varices oesophagiennes); **ou** **Maintien de la nutrition :** • Perte de poids involontaire supérieure à 30 %.
Quatre-vingt-un	**Affections du foie et de la vésicule biliaire :** • Maladie du foie progressive avec **TOUS** les signes objectifs suivants au cours de la dernière année : • jaunisse persistante • ascites • 1 saignement (varices oesophagiennes) • encéphalopathie hépatique.

Étapes à suivre pour évaluer les affections gastro-intestinales du foie et de la vésicule biliaire

Étape 1 : Déterminer la cote dans le **tableau 14.6** (Autres déficiences - Foie et vésicule biliaire).

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 indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Note : S'il faut coter une affection du foie et une affection de la vésicule biliaire, on doit répéter les étapes.

Tableau 14.7 - Autres déficiences - Pancréas

Une seule cote peut être donnée à l'aide du **tableau 14.7**. 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 14.7**, il faut satisfaire à un seul critère à un niveau de déficience pour que cette cote soit choisie.

Tableau 14.7 - Autres déficiences - Pancréas

Cote	Critères
Zéro	**Affections du pancréas :** • Maladie pancréatique : asymptomatique; **ou** **Maintien de la nutrition :** • Pas de perte de poids involontaire.
Un	**Affections du pancréas :** • Maladie pancréatique accompagnée de légers symptômes peu fréquents.
Deux	**Maintien de la nutrition :** • Modifications mineures de l'alimentation, p. ex. élimination permanente de certains aliments.
Quatre	**Maintien de la nutrition :** • Malabsorption accompagnée de symptômes bien contrôlés par des mesures alimentaires et une médication continues.
Neuf	**Affections du pancréas :** • Pseudo-kyste pancréatique* : raisonnablement contrôlé
Treize	**Affections du pancréas :** • Pancréatite chronique accompagnée d'attaques intermittentes de douleurs abdominales; **ou** **Maintien de la nutrition :** • Perte de poids involontaire de 10 % à 14 %; **ou** • Malabsorption et déficiences nutritionnelles avec certains signes et symptômes (p. ex. stéatorrhée) malgré des mesures alimentaires et une médication continues.
Dix-huit	**Affections du pancréas :** • Pancréatite chronique accompagnée d'attaques fréquentes de douleurs abdominales ou au moins deux hospitalisations au cours de l'année écoulée.
Vingt-six	**Maintien de la nutrition :** • Perte de poids involontaire de 15 % à 19 %.
Trente-quatre	**Maintien de la nutrition :** • Perte de poids involontaire de 20 % à 25 %.

Cote	Critères
Quarante-trois	**Maintien de la nutrition :** • Perte de poids involontaire de 26 % à 30 %.
Soixante et un	**Maintien de la nutrition :** • Perte de poids involontaire supérieure à 30 %.

***Les pseudo-kystes pancréatiques nécessitant une décompression chirurgicale seront évalués individuellement.**

Étapes à suivre pour évaluer les affections gastro-intestinales du pancréas

Étape 1 : Déterminer la cote dans le **tableau 14.7** (Autres déficiences - Pancréas)**.**

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 indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Tableau 14.8 - Autres déficiences - Affections gastro-intestinales diverses

On ne peut donner qu'une cote pour chaque affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité à l'aide du **tableau 14.8**. 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 14.8**, il faut satisfaire à un seul critère à un niveau de déficience pour que cette cote soit choisie.

Tableau 14.8 - Autres déficiences - Affections gastro-intestinales diverses

Cote	Critères
Zéro	• **Hernie de la paroi abdominale :** asymptomatique, absence de douleur ou de malaise; **ou** • **Hernie de la paroi abdominale** : opérée sans symptômes, bien guérie; **ou** • **Hernie inguinale :** opérée sans symptômes, bien guérie; **ou** • **Sinus pilonidal :** asymptomatique; **ou** • **Sinus pilonidal :** opéré sans symptômes, bien guéri.
Deux	• **Hernie de la paroi abdominale :** provoquant seulement une légère protrusion visible avec pression abdominale accrue, malaise léger occasionnel; **ou** • **Hernie inguinale :** avec légère protrusion visible avec pression abdominale accrue, malaise léger occasionnel; **ou** • **Hernie de la paroi abdominale :** opérée avec malaise continu, bien cicatrisée mais la cicatrice peut être sensible; **ou** • **Hernie inguinale :** opérée avec malaise continu, bien cicatrisée mais la cicatrice peut être sensible.
Trois	• **Hernie de la paroi abdominale :** provoquant une protrusion visible réductible manuellement, malaises fréquents qui empêchent de soulever des objets lourds mais ne nuisent pas aux activités quotidiennes normales; **ou** • **Hernie inguinale :** provoquant une protrusion visible réductible manuellement, malaises fréquents qui empêchent de soulever des objets lourds mais ne nuisent pas aux activités quotidiennes normales.
Quatre	• **Sinus pilonidal :** récurrent avec symptômes intermittents malgré l'opération chirurgicale; **ou** • **Obésité morbide :** indice de masse corporelle (IMC) supérieur ou égal à 40.
Neuf	• **Hernie de la paroi abdominale :** provoquant une importante protrusion visible irréductible et irréparable, malaise persistant, limite les activités normales; **ou** • **Hernie inguinale** : de grosse taille, pas facilement réductible et irréparable, malaise persistant, limite les activités normales; **ou** • **Sinus pilonidal :** avec drainage chronique malgré l'opération chirurgicale.

Étapes à suivre pour évaluer les affections gastro-intestinales diverses

Étape 1 : Déterminer la cote dans le **tableau 14.8** (Autres déficiences - Affections gastro-intestinales 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 indemnités 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, on doit répéter les étapes.

Graphique de référence 1 - Poids par sexe, grandeur et masse corporelle

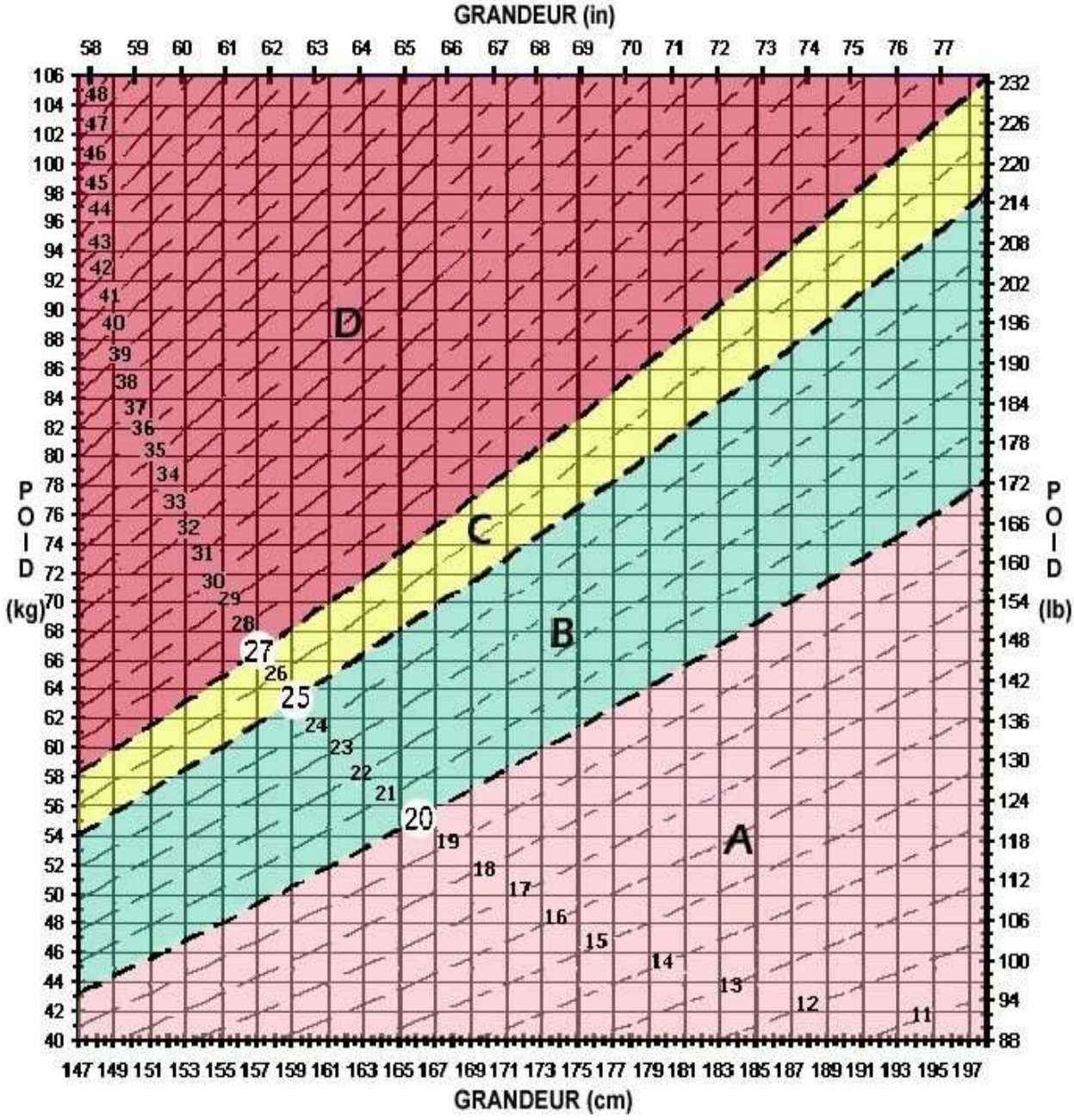
Vêtements d'intérieur pesant 2,3 kg [5 lb] pour les hommes et 1,4 kg [3 lb] pour les femmes; chaussures ayant des talons de 2,5 cm [1 po]

Hommes

Grandeur en (cm)	Poids lb (kg)		
	Petite taille	**Taille moyenne**	**Grande taille**
62 (157)	128-134 (58,0-60,7)	131-141 (59,2-63,9)	138-150 (62,5-67,8)
63 (160)	130-136 (59,0-61,7)	133-143 (60,3-64,9)	140-153 (63,5-69,4)
64 (163)	132-138 (60,0-62,7)	135-145 (61,3-66,0)	142-156 (64,5-71,1)
65 (165)	134-140 (60,8-63,5)	137-148 (62,1-67,0)	144-160 (65,3-72,5)
66 (168)	136-142 (61,8-64,6)	139-151 (63,2-68,7)	146-164 (66,4-74,7)
67 (170)	138-145 (62,5-65,7)	142-154 (64,3-69,8)	149-168 (67,5-76,1)
68 (173)	140-148 (63,6-67,3)	145-157 (65,9-71,4)	152-172 (69,1-78,2)
69 (175)	142-151 (64,3-68,3)	148-160 (66,9-72,4)	155-176 (70,1-79,6)
70 (178)	144-154 (65,4-70,0)	151-163 (68,6-74,0)	158-180 (71,8-81,8)
71 (180)	146-157 (66,1-71,0)	154-166 (69,7-75,1)	161-184 (72,8-83,3)
72 (183)	149-160 (67,7-72,7)	157-170 (71,3-77,2)	164-188 (74,5-85,4)
73 (185)	152-164 (68,7-74,1)	160-174 (72,4-78,6)	168-192 (75,9-86,8)
74 (188)	155-168 (70,3-76,2)	164-178 (74,4-80,7)	172-197 (78,0-89,4)
75 (190)	158-172 (71,4-77,6)	167-182 (75,4-82,2)	176-202 (79,4-91,2)
76 (193)	162-176 (73,5-79,8)	171-187 (77,6-84,8)	181-207 (82,1-93,9)

Femmes

Grandeur en (cm)	Poids lb (kg)		
	Petite taille	**Taille moyenne**	**Grande taille**
58 (147)	102-111 (46,2-50,2)	109-121 (49,3-54,7)	118-131 (53,3-59,3)
59 (150)	103-113 (46,7-51,3)	111-123 (50,3-55,9)	120-134 (54,4-60,9)
60 (152)	104-115 (47,1-52,1)	113-126 (51,1-57,0)	122-137 (55,2-61,9)
61 (155)	106-118 (48,1-53,6)	115-129 (52,2-58,6)	125-140 (56,8-63,6)
62 (157)	108-121 (48,8-54,6)	118-132 (53,2-59,6)	128-143 (57,8-64,6)
63 (160)	111-124 (50,3-56,2)	121-135 (54,9-61,2)	131-147 (59,4-66,7)
64 (163)	114-127 (51,9-57,8)	124-138 (56,4-62,8)	134-151 (61,0-68,8)
65 (165)	117-130 (53,0-58,9)	127-141 (57,5-63,9)	137-155 (62,0-70,2)
66 (168)	120-133 (54,6-60,5)	130-144 (59,2-65,5)	140-159 (63,7-72,4)
67 (170)	123-136 (55,7-61,6)	133-147 (60,2-66,6)	143-163 (64,8-73,8)
68 (173)	126-139 (57,3-63,2)	136-150 (61,8-68,2)	146-167 (66,4-75,9)
69 (175)	129-142 (58,3-64,2)	139-153 (62,8-69,2)	149-170 (67,4-76,9)
70 (178)	132-145 (60,0-65,9)	142-156 (64,5-70,9)	152-173 (69,0-78,6)
71 (180)	135-148 (61,0-66,9)	145-159 (65,6-71,9)	155-176 (70,1-79,6)
72 (183)	138-151 (62,6-68,4)	148-162 (67,0-73,4)	158-179 (71,6-81,2)


GRANDEUR (in)
58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77
POID (kg)
106 104 102 100 98 96 94 92 90 88 86 84 82 80 78 76 74 72 70 68 66 64 62 60 58 56 54 52 50 48 46 44 42 40
POID (lb)
232 226 220 214 208 202 196 190 184 178 172 166 160 154 148 142 136 130 124 118 112 106 100 94 88
48 47 46 45 44 43 42 41 40 39 38 37 36 35 34 33 32 31 30 29 28 27 26 25 24 23 22 21 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11
D
C
B
A
147 149 151 153 155 157 159 161 163 165 167 169 171 173 175 177 179 181 183 185 187 189 191 193 195 197
GRANDEUR (cm)

Graphique de référence 2 - Graphique IMC

Graphique de référence 2 - Graphique IMC

Instructions pour l'utilisation du graphique IMC

Pour estimer le poids prémorbide, repérer le point sur le graphique où la taille et le point médian de la zone B se rejoignent et suivre la ligne horizontale pour déterminer le poids estimatif. Lire le chiffre sur la ligne hachurée la plus près de ce point.

Par exemple, pour une taille de 173 cm et un IMC d'environ 22 au point médian de la zone B, le poids estimatif serait de 66 kg.

On peut calculer son IMC à l'aide de la formule : IMC = poids(kg)/taille(m2).

Zone A = Insuffisance pondérale
Zone B = Normal
Zone C = Surcharge pondérale
Zone D = Obésité

Chapitre 15
AFFECTIONS ENDOCRINES ET MÉTABOLIQUES

Introduction

Ce chapitre contient les critères permettant d'évaluer la déficience permanente résultant des affections endocrines et métaboliques.

Le système endocrinien est composé de l'axe hypothalamo-pituitaire, de la glande thyroïde, des glandes parathyroïdes, des glandes surrénales et du tissu des cellules des îlots pancréatiques et des gonades.

Les troubles endocriniens et métaboliques courants évalués dans ce chapitre sont notamment les suivants :

- hyperthyroïdie
- hypothyroïdie
- hyperparathyroïdie
- hypoparathyroïdie
- hypercorticisme (p. ex. syndrome de Cushing)
- insuffisance surrénale (p. ex. maladie d'Addison)
- diabète sucré
- hyperlipidémie
- maladie métabolique des os (p. ex. ostéoporose).

Sont également évalués dans ce chapitre les troubles de l'axe hypothalamo-pituitaire et la maladie de Paget.

La glande pituitaire, influencée par l'hypothalamus, libère plusieurs hormones qui contrôlent l'activité d'autres glandes endocrines ou influent directement sur les tissus corporels. Les hormones libérées sont notamment les suivantes :

- la thyréostimuline (TSH) qui contrôle l'activité de la glande thyroïde
- la corticotrophine (ACTH) qui contrôle l'activité des glandes surrénales
- l'hormone lutéinisante (LH) et l'hormone folliculo-stimulante (FSH) qui contrôlent l'activité des gonades
- l'hormone de croissance (GH)
- la prolactine
- l'hormone antidiurétique (ADH)
- l'oxytocine.

Les troubles de l'axe hypothalamo-pituitaire peuvent affecter une ou plusieurs de ces hormones. Chaque hormone affectée peut entraîner une déficience permanente.

La maladie osseuse de Paget est une maladie osseuse non métabolique, mais à des fins d'évaluation, cette affection est cotée à l'aide des critères figurant dans le **tableau 15.3**.

On **ne** donne **pas** de cote dans ce chapitre pour les affections énumérées ci-dessous. Chaque puce indique le chapitre à utiliser.

- La déficience due aux affections des gonades (ovarienne et testiculaire) est cotée dans le chapitre 16, Affections urinaires, sexuelles et reproductives.

- La déficience due aux affections des glandes mammaires est cotée dans le chapitre 16, Affections urinaires, sexuelles et reproductives.

Si des cotes s'appliquent au **tableau 15.3** et au chapitre 16 pour des troubles de l'axe hypothalamo-pituitaire, elles sont **additionnées**.

La déficience résultant des affections endocrines malignes est cotée au chapitre 18, Affections malignes. Suivre les étapes indiquées dans ce chapitre.

Tableaux de cotation

Le présent chapitre contient deux tableaux « Perte fonctionnelle » et un tableau « Autres déficiences » que l'on peut utiliser pour évaluer la déficience résultant des affections endocrines et métaboliques ouvrant droit à des indemnités d'invalidité.

Voici les tableaux de ce chapitre :

Tableau 15.1	Perte fonctionnelle - Diabète sucré	Ce tableau permet de coter la déficience résultant du diabète sucré.
Tableau 15.2	Autres déficiences - Ulcères diabétiques du pied	Ce tableau permet de coter la déficience résultant des ulcères diabétiques du pied.
Tableau 15.3	Perte fonctionnelle - Troubles endocriniens et métaboliques (à l'exclusion du diabète sucré)	Ce tableau permet de coter la déficience résultant des troubles endocriniens et métaboliques autres que le diabète sucré.

Perte fonctionnelle - Diabète sucré

Le **tableau 15.1** permet de coter la déficience résultant du diabète sucré. On ne peut choisir qu'une seule cote. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Le diabète sucré peut entraîner une déficience permanente d'autres systèmes et appareils de l'organisme (p. ex. rétinopathie diabétique, neuropathie diabétique, ulcères diabétiques du pied, néphropathie diabétique). Dans ce cas, il faut rendre une décision relative à une affection consécutive. Si celle-ci est favorable, la déficience de ce système de l'organisme sera cotée à l'aide des tableaux pertinents sur les systèmes et appareils de l'organisme. Les ulcères diabétiques du pied sont cotés dans ce chapitre à l'aide du **tableau 15.2**.

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 aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Autres déficiences - Ulcères diabétiques du pied

Le **tableau 15.2** permet de coter la déficience résultant des ulcères diabétiques du pied. On ne peut choisir qu'une seule cote. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Les amputations sont cotées à l'aide du tableau Amputations au chapitre 17, Affections musculosquelettiques. Les cotes du **tableau 15.2** et du chapitre 17 sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Si les ulcères diabétiques du pied et les maladies vasculaires périphériques ouvrent droit à des indemnités d'invalidité, les affections sont regroupées et une cote est obtenue à l'aide du **tableau 13.2** du chapitre 13, Hypertension et affections vasculaires. Aucune cote n'est obtenue à l'aide du **tableau 15.2.**

Les ulcères diabétiques du pied peuvent entraîner une déficience permanente d'autres systèmes de l'organisme (p. ex. ostéomyélite chronique). Dans ce cas, il faut rendre une décision relative à une affection consécutive. Si celle-ci est favorable, la déficience de ce système de l'organisme 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 aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Perte fonctionnelle - Troubles endocriniens et métaboliques (à l'exclusion du diabète sucré)

Le **tableau 15.3** permet de coter la déficience résultant de troubles endocriniens et métaboliques autres que le diabète sucré. On ne peut choisir qu'une seule cote pour chaque affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité (à l'exclusion du diabète et des troubles de l'axe hypothalamo-pituitaire). Si plusieurs s'appliquent à une affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Dans la plupart des cas, le traitement permettra de contrôler ou de corriger définitivement les troubles endocriniens et métaboliques. Si les activités de la vie quotidiennes sont touchées malgré un traitement optimal ou si un traitement optimal ne peut être administré en raison d'autres déficiences médicales, une cote sera établie à l'aide du chapitre 19, Activités de la vie quotidienne. Si une cote s'applique au **tableau 15.3** et au chapitre AVQ, les cotes sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Les troubles endocriniens et métaboliques peuvent entraîner une déficience permanente d'autres d'autres systèmes de l'organisme. Dans ce cas, il faut rendre une décision relative à une affection consécutive. Si celle-ci est favorable, la déficience de ce système de l'organisme 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 aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Tableau 15.1 - Perte fonctionnelle - Diabète sucré

On ne peut attribuer qu'une seule cote à partir du **tableau 15.1.** 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 15.1**, il faut satisfaire à tous les critères désignés à ce niveau de cote.

Tableau 15.1 - Perte fonctionnelle - Diabète sucré

Cote	Critères
Quatre	• Diabète sucré contrôlé par un régime restreint et de l'exercice.
Treize	• Diabète sucré contrôlé par un régime restreint, de l'exercice et le recours à des hypoglycémiants par voie orale.
Vingt et un	• Diabète sucré nécessitant l'utilisation d'insuline.
Trente-quatre	• Diabète sucré mal contrôlé malgré une thérapie optimale; **et** • Complications intrinsèques* au diabète sucré présentes de façon régulière.

* Complications intrinsèques - prurit, infections cutanées transitoires, réactions hypoglycémiantes, acidocétose.

Tableau 15.2 - Autres déficiences - Ulcères diabétiques du pied

On ne peut attribuer qu'une seule cote à l'aide du **tableau 15.2.** 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 15.2**, il faut satisfaire à un seul critère à un niveau de déficience.

Tableau 15.2 - Autres déficiences - Ulcères diabétiques du pied

Cote	Critères
Neuf	• Ulcère(s) diabétique(s) d'un pied.
Vingt et un	• Ulcères diabétiques aux deux pieds.

Tableau 15.3 - Perte fonctionnelle - Troubles endocriniens et métaboliques (à l'exclusion du diabète sucré)

On peut accorder une cote à l'aide du **tableau 15.3** pour chaque trouble endocrinien et métabolique ouvrant droit à des indemnités d'invalidité (à l'exclusion du diabète sucré et des troubles de l'axe hypothalamo-pituitaire). Si plusieurs cotes s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Dans les cas de troubles de l'axe hypothalamo-pituitaire ouvrant droit à des indemnités d'invalidité, on peut choisir une cote dans le **tableau 15.3** pour chaque anomalie endocrinienne résultante. Si plus d'une s'applique, les cotes sont **additionnées**.

Chaque puce (•) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **tableau 15.3**, suivre les « **et** » et les « **ou** ».

Tableau 15.3 - Perte fonctionnelle - Troubles endocriniens et métaboliques (à l'exclusion du diabète sucré)

Cote	Critères
Zéro	• Asymptomatique; **et** • Pas de traitement nécessaire; **ou** • Antécédents de troubles endocriniens ou métaboliques corrigés de façon permanente par un traitement.
Un	• Trouble endocrinien ou métabolique nécessitant des injections régulières moins d'une fois par mois.
Deux	• Trouble endocrinien ou métabolique nécessitant des injections régulières chaque mois; **ou** • Trouble endocrinien ou métabolique nécessitant un régime alimentaire spécifique.
Trois	• Trouble endocrinien ou métabolique nécessitant une médication orale ou nasale continue; **ou** • Trouble endocrinien ou métabolique nécessitant des injections régulières plus d'une fois par mois mais moins d'une fois par semaine.
Quatre	• Trouble endocrinien ou métabolique nécessitant des injections hebdomadaires.
Neuf	• Trouble endocrinien ou métabolique symptomatique malgré un traitement optimal, mais pas de difficulté à accomplir les activités de la vie quotidienne; **ou** • Trouble endocrinien ou métabolique nécessitant des injections quotidiennes.

Étapes à suivre pour évaluer le diabète sucré et les ulcères diabétiques du pied

Étape 1 : Déterminer la cote dans le **tableau 15.1** (Perte fonctionnelle - Diabète sucré).

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 indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité pour le diabète sucré.

Étape 6 : Déterminer la cote dans le **tableau 15.2** (Autres déficiences - Ulcères diabétiques du pied).

Étape 7 : Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 6.

Note : Si les ulcères diabétiques du pied ***et*** une maladie vasculaire périphérique sont présents ***à la fois***, ***aucune cote n'est obtenue de ce chapitre***. On ne peut obtenir une cote ***que*** du **tableau 13.2** - Autres déficiences - Maladies vasculaires périphériques, au chapitre 13, Hypertension et affections vasculaires.

Étape 8 : Déterminer la cote de la qualité de vie.

Étape 9 : Additionner les cotes des étapes 7 et 8.

Étape 10 : S'il existe un droit partiel à des indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 9.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité pour les ulcères diabétiques du pied.

Étapes à suivre pour évaluer les troubles endocriniens et métaboliques (à l'exclusion du diabète sucré et des ulcères diabétiques du pied)

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 15.3** (Perte fonctionnelle - Troubles endocriniens et métaboliques [à l'exclusion du diabète sucré]).

Note : Si l'affection à évaluer au **tableau 15.3** est une affection de l'axe hypothalamo-pituitaire, on peut accorder une cote du **tableau 15.3** pour chaque anomalie pituitaire résultante. Dans ce cas, les cotes sont **additionnées.**

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 indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Étape 6 : Si les activités de la vie quotidiennes sont touchées malgré un traitement optimal ou si un traitement optimal ne peut être administré en raison d'autres déficiences médicales, une cote sera établie à l'aide du **chapitre 19**, Activités de la vie quotidienne.

Étape 7 : **Comparer** les cotes des étape 5 et 6, et choisir la **plus élevée.**

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Chapitre 16

AFFECTIONS URINAIRES, SEXUELLES, REPRODUCTIVES ET DU SEIN

Introduction

Ce chapitre présente les critères permettant d'évaluer la déficience permanente résultant d'affections urinaires, sexuelles, génitales et du sein ouvrant droit à des prestations d'invalidité.

Le chapitre est divisé en deux sections. La première contient les critères permettant de coter la déficience liée aux affections des voies urinaires supérieures et inférieures. La deuxième contient les critères permettant de coter la déficience liée aux affections sexuelles, génitales et du sein.

La déficience liée aux fistules recto-vaginales est cotée au chapitre 14, Affections gastrointestinales.

La déficience liée à la perte d'un rein à la suite d'une tuberculose est cotée au chapitre 24, Tuberculose.

La déficience liée aux affections urinaires, sexuelles, génitales et du sein de nature maligne est cotée au chapitre 18, Affections malignes. Suivre les étapes indiquées dans ce chapitre.

Aux fins du présent chapitre :

Femme : désigne une femme cisgenre, c'est-à-dire une personne à qui le genre féminin a été assigné à la naissance et qui s'identifie comme étant une femme.

Homme : désigne un homme cisgenre, c'est-à-dire une personne à qui le genre masculin a été assigné à la naissance et qui s'identifie comme étant un homme.

Personne de sexe ou de genre différent : désigne une personne qui présente des différences de développement sexuel, une personne qui ne correspond pas à un homme ou à une femme conformément à la représentation binaire des sexes ou des genres, ou une personne qui s'identifie comme étant transgenre.

L'anatomie actuelle de la personne est utilisée pour choisir les tableaux des affections qui s'appliquent. Cela comprend les personnes de genre ou de sexe différents qui n'ont pas encore entrepris de traitement d'affirmation de genre (hormones ou chirurgie).

Pour les personnes de sexe ou de genre différent qui ont suivi un traitement d'affirmation de genre (hormones ou chirurgie), la cote de la déficience médicale est déterminée en fonction du bien-fondé du cas.

Activité sexuelle avec pénétration désigne l'introduction d'un membre corporel ou d'un autre objet dans la bouche, le vagin ou l'anus dans le cadre d'une activité sexuelle humaine.

Activité sexuelle désigne la façon dont les humaines vivent et expriment leur sexualité.

Tableaux de cotation

Ce chapitre contient quatre tableaux « Perte fonctionnelle » et deux tableaux « Autres déficiences » qui servent à coter les affections urinaires, sexuelles, génitales et des seins ouvrant droit à des prestations d'invalidité.

Voici les tableaux de ce chapitre :

Tableau 16.1	Perte fonctionnelle – Voies urinaires supérieures	Ce tableau permet de coter les affections des voies urinaires supérieures.
Tableau 16.2	Perte fonctionnelle – Voies urinaires inférieures	Ce tableau permet de coter les affections des voies urinaires inférieures.
Tableau 16.3	Perte fonctionnelle – Sexuelle et reproductive – Anatomie masculine	Ce tableau permet de coter les affections de la fonction sexuelle et reproductive – anatomie masculine.
Tableau 16.4	Perte fonctionnelle – Sexuelle et reproductive – Anatomie féminine	Ce tableau permet de coter les affections de la fonction sexuelle et reproductive -anatomie féminine
Tableau 16.5	Autres déficiences - Seins – Anatomie masculine	Ce tableau permet de coter les affections du sein chez les hommes.
Tableau 16.6	Autres déficiences - Seins – anatomie féminine	Ce tableau permet de coter les affections du sein chez les femmes.

Section 1

Évaluer l'affection de la fonction des voies urinaires

Tableaux pouvant servir à coter la déficience liée aux affections des voies urinaires :

Tableau 16.1	Perte fonctionnelle – Voies urinaires supérieures	Ce tableau permet de coter les affections des voies urinaires supérieures.
Tableau 16.2	Perte fonctionnelle – Voies urinaires inférieures	Ce tableau permet de coter les affections des voies urinaires inférieures.

Perte fonctionnelle – Voies urinaires supérieures

Le tableau 16.1 permet de coter la déficience liée aux affections des voies urinaires supérieures (rein et urètre). On ne peut choisir qu'une seule cote pour chaque affection ouvrant droit à des prestations d'invalidité. Si plusieurs cotes s'appliquent à une affection ouvrant droit à des prestations d'invalidité, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Les cotes du tableau sur les voies urinaires supérieures tiennent compte de la présence de signes et de symptômes ainsi que des résultats d'analyses de laboratoire pouvant accompagner l'affection des voies urinaires. Les signes et les symptômes peuvent comprendre l'hypertension, l'anémie chronique, les œdèmes, les maux de tête, la dyspnée, la fatigue, la fièvre, les frissons, les maux de dos, les étourdissements, l'hématurie, l'anurie et les infections à répétition des voies urinaires supérieures.

Le débit de filtration glomérulaire (DFG) est le meilleur indicateur de la fonction rénale générale. Le DFG estimé (eDFG) calculé au moyen d'une équation demeure la façon acceptée et la plus pratique d'évaluer la fonction rénale. L'équation de référence actuelle pour calculer l'eDFG est l'équation CKD-EPI[1] (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration Equation).

Si les affections des voies urinaires supérieures ouvrant droit à des prestations d'invalidité

[1] eGFRcr = 142 x min(Scr/κ, 1)α x max(Scr/κ, 1)-1,200 x 0,9938Âge x 1,012 [si le sujet est une femme]
Où :
Scr = créatinine sérique en mg/dL
κ = 0,7 (femmes) ou 0,9 (hommes)
α = -0,241 (femmes) ou -0,302 (hommes)
min(Scr/κ, 1) indique le minimum de Scr/κ ou 1
max(Scr/κ, 1) indique le maximum de Scr/κ ou 1
Âge (ans)

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 de l'organisme sera évaluée à l'aide des tableaux pertinents sur les systèmes et appareils de l'organisme.

La perte fonctionnelle ou l'affection de la fonction d'un deuxième rein peut donner lieu à l'octroi de prestations en vertu du principe régissant les organes pairs. Dans de tels cas, consultez le chapitre 4- Organes pairs et membres pairs à des fins d'évaluation.

Si des affections n'ouvrant pas droit à des prestations 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 aux affections ouvrant droit à des prestations d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Perte fonctionnelle – Voies urinaires inférieures

Le **tableau 16.2** permet de coter la déficience liée aux affections des voies urinaires inférieures (vessie et urètre), de la prostate et de l'épididyme. On ne peut choisir qu'une seule cote pour chaque affection ouvrant droit à des prestations d'invalidité. Si plusieurs cotes s'appliquent à une affection ouvrant droit à des prestations d'invalidité, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Si les affections des voies urinaires inférieures 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 de l'organisme sera évaluée à l'aide des tableaux pertinents sur les systèmes et appareils de l'organisme.

Si des affections n'ouvrant pas droit à des prestations 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 aux affections ouvrant droit à des prestations d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Tableau 16.1 – Perte fonctionnelle – Voies urinaires supérieures

On ne peut attribuer qu'une seule cote pour chaque affection ouvrant droit à des prestations d'invalidité à l'aide du **tableau 16.1**. Si plusieurs cotes s'appliquent à une affection ouvrant droit à des prestations d'invalidité, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Chaque puce (•) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **tableau 16.1**, suivre les **« et »** et les **« ou »**.

Tableau 16.1 – Perte fonctionnelle – Voies urinaires supérieures

Cote	Critères
Zéro	• Fonction rénale normale ou légèrement déficiente; **et** • Aucun signe clinique de néphropathie.
Quatre	• Pyélonéphrite : jusqu'à 2 crises par an; **ou** • Calculs rénaux: crises occasionnelles de coliques néphrétiques; **ou** • DFG normale, mais besoin d'une surveillance continue de la fonction rénale.
Neuf	• Diminution de la fonction rénale constatée par une DFG entre 60 et 89 mL/min/1.73 m^2. Possibilités de signes et de symptômes et de résultats de laboratoires anormaux; **ou** • Pyélonéphrite : 3 à 4 crises par an; **ou** • Calculs rénaux : crises annuelles de coliques néphrétiques; **ou** • Hydronéphrose unilatérale chronique avec infection.
Treize	• Pyélonéphrite : plus de 4 crises par an; **ou** • Néphrectomie; **ou** • Hydronéphrose bilatérale chronique avec infection.
Vingt et un	• Greffe du rein réussie (cote minimale).
Vingt-six	• Diminution de la fonction rénale constatée par une DFG entre 45 et 59 mL/min/1.73 m^2. Possibilités de signes et de symptômes et de résultats de laboratoires anormaux; **ou** • Diversion urinaire permanente avec stomie cutanée (néphrostomie, stomie urétéro-intestinale, iléostomie, urétérostomie).
Quarante-trois	• Diminution de la fonction rénale constatée par une DFG entre 30 et 44 mL/min/1.73 m^2. Possibilités de signes et de symptômes et de résultats de laboratoires anormaux.
Cinquante-sept	• Diminution de la fonction rénale constatée par une DFG entre 15 et 29 mL/min/1.73 m^2. Possibilités de signes et de symptômes et de résultats de laboratoires anormaux.
Quatre-vingt-un	• Diminution de la fonction rénale constatée par une DFG inférieure à 15 mL/min/1.73 m^2. Possibilités de signes et de symptômes et de résultats de laboratoires anormaux; **ou** • Besoin constant de dialyse péritonéale ou d'hémodialyse.

Étapes à suivre pour évaluer les affections des voies urinaires (voies supérieures)

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **Tableau 16.1** (Perte fonctionnelle – Voies urinaires supérieures).

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 : Si un droit partiel à des prestations d'invalidité existe, appliquer à la cote ci-dessus.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Tableau 16.2 – Perte fonctionnelle – Voies urinaires inférieures

On ne peut attribuer qu'une seule cote pour chaque affection ouvrant droit à des prestations d'invalidité à l'aide du **Tableau 16.2**. Si plusieurs s'appliquent à une affection ouvrant droit à des prestations d'invalidité, elle sont **comparées,** et la **plus élevée** est retenue.

Chaque puce (•) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **Tableau 16.2**, il faut répondre à un seul critère à un niveau de déficience pour que cette cote soit choisie.

Tableau 16.2 – Perte fonctionnelle – Voies urinaires inférieures

Cote	Critères
Zéro	• **Dysfonctionnement mictionnel :** symptômes de dysurie, d'urgence ou de fréquence; **ou** • Prostatectomie.
Un	• **Miction obstruée :** flux hésitant ou réduit; **ou** • **Infection des voies urinaires inférieures :** 1 à 2 fois par an.
Quatre	• **Dysfonctionnement mictionnel :** symptômes de dysurie, d'urgence ou de fréquence; miction diurne toutes les 3 heures **et** réveil une fois par nuit; **ou** • 1 à 2 serviettes pour incontinent par jour; **ou** • **Épididymite chronique** sans symptômes de voies urinaires mais accompagnée de douleur constante.
Neuf	• **Miction obstruée :** nécessitant de 2 à 4 dilatations par an; **ou** • **Infection des voies urinaires inférieures :** au moins 4 fois par an malgré une antibioprophylaxie de longue durée.
Treize	• **Dysfonctionnement mictionnel :** symptômes de dysurie, d'urgence ou de fréquence; miction diurne toutes les 2 heures **et** nocturne 2 à 3 fois par nuit; **ou** • Plus de 2 serviettes pour incontinent par jour.
Dix-huit	• **Dysfonctionnement mictionnel :** symptômes de dysurie, d'urgence ou de fréquence; miction diurne toutes les heures **et** nocturne 4 à 5 fois par nuit; **ou**; • Utilisation permanente d'un condom collecteur; **ou** • **Miction obstruée :** accompagnée de **l'un** des signes suivants : o Résidus postmictionnels supérieurs à 150 cc; o Débitmétrie – débit de pointe très diminué (moins de 10 cc/sec); o Rétrécissement nécessitant plus de 4 dilatations par an.
Vingt-six	• **Dysfonctionnement mictionnel :** symptômes de dysurie, d'urgence ou de fréquence, avec moins de 30 minutes entre les mictions **et** miction plus de 5 fois par nuit; **ou** • **Miction obstruée :** accompagnée d'une rétention urinaire nécessitant un cathétérisme intermittent quotidien.
Trente-quatre	• **Dysfonctionnement mictionnel :** aucun contrôle volontaire de la vessie; **ou** • Sonde à demeure permanente.
Quarante-trois	• **Dysfonctionnement mictionnel :** avec fréquence urinaire douloureuse et mictions toutes les 15 minutes jour et nuit; **ou** • Sonde sus-pubienne permanente.

Étapes à suivre pour évaluer les affections des voies urinaires (voies inférieures)

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **Tableau 16.2** (Perte fonctionnelle – Voies urinaires inférieures).

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

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Section 2

Déterminer la déficience liée aux affections sexuelles, génitales et mammaires

Sélection des tableaux

Tableaux pouvant servir à coter la déficience liée aux affections sexuelles et génitales :

Tableau 16.3	Perte fonctionnelle – Sexuelle et génitale – Anatomie masculine	Ce tableau permet de coter la déficience de la fonction sexuelle et génitale de l'anatomie masculine.
Tableau 16.4	Perte fonctionnelle – Sexuelle et génitale – Anatomie féminine	Ce tableau permet de coter la déficience de la fonction sexuelle et génitale de l'anatomie féminine.
Tableau 16.5	Autres déficiences – Seins – Anatomie masculine	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections du sein chez les hommes.
Tableau 16.6	Autres déficiences – Seins – Anatomie féminine	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections du sein chez les femmes.

Perte fonctionnelle – Sexuelle et génitale – Anatomie masculine

Le **Tableau 16.3** permet de coter la déficience liée aux affections sexuelles et génitales affectant l'anatomie masculine.

On ne peut choisir qu'une seule cote pour chaque affection ouvrant droit à des prestations d'invalidité. Si plusieurs s'appliquent à une affection ouvrant droit à des prestations d'invalidité, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Aux fins des prestations d'Anciens Combattants Canada (ACC), la « **stérilité** » est définie comme l'incapacité totale de produire une descendance malgré les interventions médicales.

L'« **infertilité** » est définie comme l'incapacité de concevoir un enfant après une année ou plus de rapports sexuels sans utiliser de méthode contraceptive. Aux fins des prestations d'ACC, lorsqu'une affection ouvrant droit à des prestations d'invalidité entraîne une infertilité, celle-ci sera évaluée au cas par cas.

Si les affections sexuelles et génitales affectant l'anatomie masculine 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 de l'organisme sera évaluée à l'aide des tableaux pertinents sur les systèmes et appareils de l'organisme.

Si des affections n'ouvrant pas droit à des prestations 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 aux affections ouvrant droit à des prestations d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Perte fonctionnelle – Sexuelle et génitale – Anatomie féminine

Le **Tableau 16.4** permet de coter la déficience liée aux affections sexuelles et génitales affectant l'anatomie féminine.

On ne peut choisir qu'une seule cote pour chaque affection ouvrant droit à des prestations d'invalidité. Si plusieurs s'appliquent à une affection ouvrant droit à des prestations d'invalidité, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Aux fins des prestations d'Anciens Combattants Canada (ACC), la « **stérilité** » est définie comme l'incapacité totale de produire une descendance malgré les interventions médicales.

L'« **infertilité** » est définie comme l'incapacité de concevoir un enfant après une année ou plus de rapports sexuels sans utiliser de méthode contraceptive. Aux fins des prestations d'ACC, lorsqu'une affection ouvrant droit à des prestations d'invalidité entraîne une infertilité, celle-ci sera évaluée au cas par cas.

Si les affections sexuelles et génitales affectant l'anatomie féminine 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 de l'organisme sera évaluée à l'aide des tableaux pertinents sur les systèmes et appareils de l'organisme.

Si des affections n'ouvrant pas droit à des prestations 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 aux affections ouvrant droit à des prestations d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Autres déficiences – Seins – Anatomie masculine

Le **Tableau 16.5** permet de coter la déficience liée aux affections du sein chez les hommes. On ne peut attribuer qu'une seule cote pour chaque affection ouvrant droit à des prestations d'invalidité. Si plusieurs s'appliquent à une affection ouvrant droit à des prestations d'invalidité, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Si les affections du sein chez les hommes 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 de l'organisme sera évaluée 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 aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Autres déficiences – Seins – Anatomie féminine

Le **Tableau 16.6** permet de coter la déficience liée aux affections du sein chez les femmes. On ne peut attribuer qu'une seule cote pour chaque affection ouvrant droit à des prestations d'invalidité.. Si plusieurs s'appliquent à une affection ouvrant droit à des prestations d'invalidité, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Si les affections du sein chez les femmes 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 de l'organisme sera évaluée 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 aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Tableau 16.3 – Perte fonctionnelle – Sexuelle et génitale – Anatomie masculine

On ne peut attribuer qu'une seule cote pour chaque affection ouvrant droit à des prestations

d'invalidité à l'aide du **tableau 16.3**. Si plusieurs s'appliquent à une affection ouvrant droit à des prestations d'invalidité, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Chaque puce (•) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **tableau 16.3**, il faut répondre à un seul critère à un niveau de déficience pour que cette cote soit choisie.

Tableau 16.3 – Perte fonctionnelle – Sexuelle et génitale – Anatomie masculine

Cote	Critères
Zéro	• Circoncision; **ou** • Varicocèle, hydrocèle ou spermatocèle asymptomatique; **ou** • Vasectomie*; **ou** • Dysfonctionnement érectile ne nécessitant pas de traitement.
Un	• Atrophie d'un testicule ou des deux testicules; atrophie d'une gonade externe ou des deux gonades externes; **ou** • Aversion sexuelle ou trouble de l'excitation sexuelle sans évitement d'activités sexuelles.
Quatre	• Perte d'un testicule ou d'une gonade externe (orchidectomie); **ou** • Maladie de La Peyronie; sujet encore capable de participer à des activités sexuelles avec pénétration; **ou** • Varicocèle, hydrocèle ou spermatocèle symptomatique; **ou** • Dysfonctionnement érectile traité avec des médicaments ou des services de counseling; **ou** • Difficulté à parvenir à l'éjaculation; **ou** • Douleur éjaculatoire; capacité de participer à des activités sexuelles avec pénétration; **ou** • Aversion sexuelle ou trouble de l'excitation sexuelle avec évitement occasionnel d'activités sexuelles.
Neuf	• Stérilité permanente; **ou** • Incapacité totale de parvenir à l'éjaculation*; **ou** • Dysfonctionnement érectile traité avec des injections intrathécales, des pompes ou des prothèses; **ou** • Douleur génitale répondant au traitement dans une certaine mesure.
Dix-huit	• Douleur éjaculatoire et incapacité de participer à des activités sexuelles avec pénétration; **ou** • Maladie de La Peyronie; incapacité de participer à des activités sexuelles avec pénétration; **ou** • Dysfonctionnement érectile ne répondant pas au traitement*; **ou** • Perte allant jusqu'à la moitié du pénis*; **ou** • Aversion sexuelle ou trouble de l'excitation sexuelle avec évitement total d'activités sexuelles.

Cote	Critères
Vingt-six	• Perte de plus de la moitié du pénis*; **ou** • Perte des deux testicules/gonades externes*; **ou** • Douleur génitale intense et persistante ne répondant au traitement.

*On ne donne pas de cote distincte pour la stérilité permanente dans le cas de ces affections.

Étapes à suivre pour évaluer les affections sexuelles et génitales (anatomie masculine)

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 16.3** (Perte fonctionnelle – Sexuelle et génitale – Anatomie masculine).

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

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Tableau 16.4 Perte fonctionnelle – Sexuelle et génitale – Anatomie féminine

On ne peut attribuer qu'une seule cote pour chaque affection ouvrant droit à des prestations d'invalidité à l'aide du **tableau 16.4**. Si plusieurs s'appliquent à une affection ouvrant droit à des prestations d'invalidité, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Chaque puce (•) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **tableau 16.4**, il faut

répondre à un seul critère à un niveau de déficience pour que cette cote soit choisie.

Tableau 16.4 – Perte fonctionnelle – Sexuelle et génitale – Anatomie féminine

Cote	Critères
Zéro	• Ligature des trompes*; **ou** • Stérilité permanente à la ménopause naturelle ou après; **ou** • Hystérectomie* après la ménopause; **ou** • Perte unilatérale de la perméabilité des trompes.
Un	• Dysménorrhée; **ou** • Aversion sexuelle ou trouble de l'excitation sexuelle sans évitement d'activités sexuelles.
Quatre	• Perte d'un ovaire ou d'une gonade interne (ovariectomie) avant la ménopause; **ou** • Saignements intenses (ménorragie) et/ou saignements irréguliers (métrorragie) répondant au traitement; **ou** • Difficulté à parvenir à l'orgasme*; **ou** • Douleur à la pénétration vaginale et capacité de participer à des activités sexuelles avec pénétration du vagin; **ou** • Aversion sexuelle ou trouble de l'excitation sexuelle avec évitement occasionnel d'activités sexuelles.
Neuf	• Douleur génito-pelvienne et/ou saignements intenses irréguliers nécessitant un traitement continu pour les contrôler; **ou** • Stérilité permanente avant la ménopause; **ou** • Perte bilatérale de la perméabilité des trompes* avant la ménopause; **ou** • Salpingectomie bilatérale* (à des fins non contraceptives) avant la ménopause; **ou** • Hystérectomie* avant la ménopause; **ou** • Incapacité totale de parvenir à l'orgasme*.
Dix-huit	• Douleur à la pénétration vaginale et incapacité de participer à des activités sexuelles avec pénétration du vagin; **ou** • Aversion sexuelle ou trouble de l'excitation sexuelle avec évitement total d'activités sexuelles.
Vingt-six	• Vulvectomie; **ou** • Clitoridectomie; **ou** • Perte des deux ovaires/gonades internes* avant la ménopause; **ou** • Sténose vaginale grave; **ou** • Douleur génito-pelvienne (p. ex. endométriose ou autres causes) intense et persistante ne répondant au traitement.

*On ne donne pas de cote distincte pour la stérilité permanente dans le cas de ces affections.

Étapes à suivre pour évaluer les affections sexuelles et génitales (anatomie féminine)

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 16.4** (Perte fonctionnelle – Sexuelle et génitale – Anatomie féminine).

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

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Tableau 16.5 – Autres déficiences – Seins – Anatomie masculine

On ne peut attribuer qu'une seule cote pour chaque affection ouvrant droit à des prestations d'invalidité à l'aide du **tableau 16.5**. Si plusieurs s'appliquent à une affection ouvrant droit à des prestations d'invalidité, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Chaque puce (•) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **tableau 16.5**, il faut répondre à un seul critère à un niveau de déficience pour que cette cote soit choisie.

Tableau 16.5 – Autres déficiences – Seins – Anatomie masculine

Cote	Critères
Zéro	• Tumorectomie; **ou** • Gynécomastie, opérée.
Un	• Gynécomastie, non opérée; **ou** • Mastectomie unilatérale.
Quatre	• Mastectomie bilatérale; **ou** • Écoulement mammaire persistant.

Étapes à suivre pour l'évaluation (Seins – Anatomie masculine)

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 16.5** (Autres déficiences – Seins – Anatomie masculine).

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

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Tableau 16.6 – Autres déficiences – Seins – Anatomie féminine

On ne peut attribuer qu'une seule cote pour chaque affection ouvrant droit à des prestations d'invalidité à l'aide du **tableau 16.6**. Si plusieurs s'appliquent à une affection ouvrant droit à des prestations d'invalidité, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Chaque puce (•) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **tableau 16.6**, il faut répondre à un seul critère à un niveau de déficience pour que cette cote soit choisie.

Tableau 16.6 – Autres déficiences – Seins – Anatomie féminine

Cote	Critères
Zéro	• Tumorectomie.
Quatre	• Mastectomie unilatérale partielle ou résection segmentaire; **ou** • Mastectomie unilatérale avec reconstruction; **ou** • Écoulement mammaire persistant.
Neuf	• Mastectomie unilatérale sans reconstruction; **ou** • Mastectomie bilatérale avec reconstruction.
Treize	• Mastectomie unilatérale radicale; **ou** • Mastectomie bilatérale simple sans reconstruction.
Vingt-six	• Mastectomie bilatérale radicale sans reconstruction.

Étapes à suivre pour l'évaluation (Seins – Anatomie féminine)

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 16.6** (Autres déficiences – Seins – Anatomie féminine).

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

Le résultat est l’évaluation de l’invalidité.

Chapitre 17
AFFECTIONS MUSCULOSQUELETTIQUES

Introduction

Ce chapitre contient les critères permettant d'évaluer la déficience permanente ouvrant droit à des indemnités d'invalidité résultant des affections musculosquelettiques. La principale fonction du système musculosquelettique est l'exécution des mouvements corporels normaux avec une force, une vitesse, une coordination et une endurance normales pour accomplir les activités quotidiennes.

Le chapitre est divisé en trois sections. La première contient les critères permettant d'évaluer la déficience liée aux affections des membres supérieurs et du thorax du système musculosquelettique. La deuxième contient les critères permettant d'évaluer la déficience liée aux affections des membres inférieurs. La troisième contient les critères permettant d'évaluer la déficience liée aux affections de la colonne vertébrale, du bassin et de l'articulation sacro-iliaque. Chaque section contient un tableau permettant d'évaluer l'ostéomyélite.

Les fractures des os des membres supérieurs et inférieurs qui n'impliquent pas la surface d'une articulation et qui se sont consolidées sans déviation, difformité ou raccourcissement ne sont pas considérées comme une cause de déficience permanente et *sont évaluées à zéro*. De même, les fractures simples de la clavicule, du sternum, de l'omoplate et des côtes ne sont pas considérées comme une cause de déficience permanente et *sont évaluées à zéro*.

La déficience associée au remplacement d'une articulation est évaluée en fonction des critères de perte fonctionnelle, et aucune autre cote n'est attribuée pour la présence d'une articulation artificielle.

La maladie vasculaire périphérique est évaluée au chapitre 13, Hypertension et affections vasculaires. Si une amputation est nécessaire à la suite d'une maladie vasculaire périphérique, une cote supplémentaire est attribuée à l'aide du tableau des amputations dans ce chapitre. Les cotes du chapitre 13 et du tableau des amputations sont ensuite **ajoutées**.

Les varices sont évaluées au chapitre 13, Hypertension et affections vasculaires. Si une amputation est nécessaire en raison de varices, une cote est également attribuée à l'aide du tableau des amputations dans ce chapitre. Les cotes du chapitre 13 et du tableau des amputations sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Les engelures, pied d'immersion et autres lésions dues au froid sont évaluées au chapitre 13, Hypertension et affections vasculaires. Si une amputation est nécessaire en raison d'engelures, pied d'immersion et autres lésions dues au froid, une cote est également attribuée à l'aide du tableau des amputations dans ce chapitre. Les cotes du chapitre 13 et du tableau des amputations sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Les affections de nature neurologiques qui sont évaluées dans ce chapitre sont notamment les suivantes :

- lésion ou maladie du cerveau avec atteinte à un membre inférieur ou supérieur mais pas aux deux
- lésion ou maladie de la moelle épinière (y compris la sténose spinale centrale, mais excluant une lésion ou une maladie de la moelle épinière avec atteinte **à la fois** à la fonction des membres supérieurs et à celle des membres inférieurs)
- compression des racines nerveuses de la colonne vertébrale
- syndromes complexes de douleur locale de type 1 et de type 2
- syndrome de loge
- syndrome du défilé thoracobrachial
- affections neurologiques périphériques affectant les membres qui ne sont pas évaluées à l'aide du **tableau 20.5** du chapitre 20, 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 une lésion ou une maladie de la moelle épinière qui affecte à la fois la fonction des membres supérieurs et inférieurs est évaluée au chapitre 19, Activités de la vie quotidienne.
- La déficience liée à des affections vasculaires périphériques est évaluée au chapitre 13, Hypertension et affections vasculaires.
- La déficience liée aux troubles de la douleur reconnue dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) et au syndrome de la douleur chronique est évaluée au chapitre 21, Affections psychiatriques, et au chapitre 19, Activités de la vie quotidienne. Les cotes sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

- La déficience liée aux affections musculosquelettiques qui ont des effets sur l'ensemble de l'organisme comme l'arthrite rhumatoïde, l'arthrose généralisée et la spondylarthrite ankylosante est évaluée au chapitre 19, Activités de la vie quotidienne.
- Le syndrome du défilé thoracobrachial ne causant qu'une déficience vasculaire est évalué au chapitre 13, Hypertension et affections vasculaires.
- La déficience liée à la thoracoplastie à la suite d'une tuberculose est évaluée au chapitre 24, Tuberculose.
- La déficience liée aux affections malignes musculosquelettiques est évaluée au chapitre 18, Affections malignes. Suivre les étapes indiquées dans ce chapitre.

Tableaux et graphiques de cotation

Ce chapitre contient treize tableaux sur la « Perte fonctionnelle » et huit tableaux « Autres déficiences » que l'on peut utiliser pour évaluer les affections musculosquelettiques ouvrant droit à des indemnités d'invalidité. Ce chapitre contient également six graphiques de référence dont cinq donnent les valeurs pour la position optimale d'une articulation ankylosée et l'amplitude moyenne des mouvements des articulations. Un graphique décrit les effets de la compression des racines nerveuses (compression radiculaire).

Tableaux et graphiques de ce chapitre :

Table	Loss of Function	Other Impairment
Tableau 17.1	Perte fonctionnelle – Membres supérieurs	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques qui influent sur la fonction d'un membre supérieur dans son ensemble.
Tableau 17.2	Perte fonctionnelle – Membres supérieurs – Épaule	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques affectant l'amplitude active des mouvements de l'épaule.
Tableau 17.3	Perte fonctionnelle – Membres supérieurs – Coude	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques affectant l'amplitude active des mouvements du coude.
Tableau 17.4	Perte fonctionnelle – Membres supérieurs – Poignet	Ce tableau permet de coter la déficience liée à affections musculosquelettiques affectant l'amplitude active des mouvements du poignet.
Tableau 17.5	Perte fonctionnelle – Membres supérieurs – Pouce et doigts	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques affectant l'amplitude active des mouvements du pouce et des doigts.

Tableau 17.6	Autres déficiences – Fractures et affections musculosquelettiques diverses des membres supérieurs et du thorax	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux fractures et affections musculosquelettiques diverses des membres supérieurs et du thorax.
Tableau 17.7	Autres déficiences – Membres supérieurs – Amputations	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux amputations de membres supérieurs.
Tableau 17.8	Autres déficiences – Ostéomyélite – Membres supérieurs	Ce tableau permet de coter la déficience liée à l'ostéomyélite d'un membre supérieur.
Tableau 17.9	Perte fonctionnelle – Membres inférieurs	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques qui influent sur la fonction des membres inférieurs dans leur ensemble.
Tableau 17.10	Perte fonctionnelle – Membres inférieurs – Hanche	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques qui influent sur l'amplitude active des mouvements de la hanche.
Tableau 17.11	Perte fonctionnelle – Membres inférieurs – Genou	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques qui influent sur l'amplitude active des mouvements du genou.
Tableau 17.12	Perte fonctionnelle – Membres inférieurs – Cheville	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques qui influent sur l'amplitude active des mouvements de la cheville.
Tableau 17.13	Perte fonctionnelle – Membres inférieurs – Pieds et orteils	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques des pieds et des orteils.
Tableau 17.14	Autres déficiences – Fractures des membres inférieurs	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux fractures des membres inférieurs.
Tableau 17.15	Autres déficiences – Membres inférieurs – Amputations	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux amputations de membres inférieurs.
Tableau 17.16	Autres déficiences – Ostéomyélite – Membres inférieurs	Ce tableau permet de coter la déficience liée à l'ostéomyélite des membres inférieurs.
Tableau 17.17	Perte fonctionnelle – Colonne cervicale	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques influant sur la colonne cervicale.

Tableau 17.18	Perte fonctionnelle – Colonne dorsale	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques influant sur la colonne dorsale.
Tableau 17.19	Perte fonctionnelle – Colonne lombaire	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques influant sur la colonne lombaire.
Tableau 17.20	Autres déficiences – Coccyx, bassin, et articulations sacro-iliaques	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques influant sur le coccyx, le bassin et les articulations sacro-iliaques.
Tableau 17.21	Autres déficiences – Ostéomyélite – Colonne vertébrale et bassin	Ce tableau permet de coter la déficience liée à l'ostéomyélite de la colonne vertébrale et du bassin.
Graphique 1	Position optimale d'une articulation ankylosée – Membres supérieurs	Ce graphique contient les valeurs correspondant à la position optimale d'une articulation ankylosée d'un membre supérieur.
Graphique 2	Amplitude moyenne des mouvements de l'articulation – Membres supérieurs	Ce graphique contient les valeurs correspondant à l'amplitude des mouvements d'articulations particulières du membre supérieur.
Graphique 3	Position optimale d'une articulation ankylosée – Membres inférieurs	Ce graphique contient les valeurs correspondant à la position optimale d'une articulation ankylosée d'un membre inférieur.
Graphique 4	Amplitude moyenne des mouvements de l'articulation – Membres inférieurs	Ce graphique contient les valeurs correspondant à l'amplitude des mouvements des articulations d'un membre inférieur.
Graphique 5	Amplitude moyenne des mouvements de l'articulation – Colonne vertébrale	Ce graphique contient les valeurs correspondant à l'amplitude des mouvements de la colonne vertébrale.
Graphique 6	Syndrome de compression radiculaire	Ce graphique décrit les effets de la compression des racines nerveuses.

Amplitude des mouvements

Les tableaux sur la perte fonctionnelle de ce chapitre se fondent sur l'amplitude **active** (indépendante) des mouvements. L'amplitude active des mouvements de toutes les articulations doit être inscrite en degrés. L'amplitude des mouvements est mesurée dans la position anatomique neutre de toutes les articulations à l'exception de la supination et pronation de l'avant-bras qui sont mesurées dans la position neutre de l'avant-bras (supination/pronation médiane). Il est préférable d'utiliser un goniomètre, mais une évaluation visuelle des degrés des mouvements est acceptable. Les graphiques de référence indiquent les valeurs normales de l'amplitude des mouvements et la position optimale de l'ankylose des articulations.

Certains mouvements d'une articulation sont jugés plus importants sur le plan fonctionnel. Cette importance fonctionnelle a été prise en compte dans les tableaux de cotation.

Douleur

La cotation dans les tableaux sur les affections musculosquelettiques tient compte de la présence de douleurs pouvant accompagner une affection musculosquelettique et limiter l'amplitude des mouvements ou la fonction. Dans les tableaux sur les affections musculosquelettiques, la douleur est considérée comme faisant partie de nombreuses affections et on estime qu'elle est présente dans la plupart des cas au-delà des niveaux de déficience minimaux. Lorsqu'elle est indiquée à un niveau donné du tableau, la présence de la douleur est considérée comme un facteur distinctif entre les niveaux de cotation. Une fois qu'il est déterminé qu'il y a douleur, on estime qu'elle est présente à tous les niveaux successifs.

Ostéomyélite

Une cote est attribuée à l'aide du tableau applicable pour chaque ostéomyélite ouvrant droit à des indemnités d'invalidité.

Compression des racines nerveuses de la colonne vertébrale et lésion ou maladie de la moelle épinière

On doit suivre les instructions suivantes pour attribuer les cotes pour la compression des racines nerveuses de la colonne vertébrale et/ou les lésions ou maladies de la moelle épinière.

Colonne cervicale

- La compression des racines nerveuses due à une affection de la colonne cervicale est évaluée au **tableau 17.17** – Perte fonctionnelle – Colonne cervicale.

- Les lésions ou maladies de la moelle épinière au niveau cervical accompagnées de troubles neurologiques dans les membres supérieurs sont évaluées au **tableau 17.1** – Perte fonctionnelle – Membres supérieurs. Si l'on doit évaluer la colonne cervicale, la cote du **tableau 17.1** est **comparée** à celle du **tableau 17.17** – Perte fonctionnelle – Colonne cervicale, et la plus **élevée** est retenue.

- Les lésions ou maladies de la moelle épinière au niveau cervical accompagnées de troubles neurologiques dans les membres supérieurs et inférieurs sont évaluées au chapitre 19, Activités de la vie quotidienne. Si l'on doit évaluer la colonne cervicale, la cote du **chapitre 19** est **comparée** à celle du **tableau 17.17** – Perte fonctionnelle – Colonne cervicale, et la **plus élevée** est retenue.

Colonne dorsale

- La compression des racines nerveuses due à une affection de la colonne dorsale est évaluée individuellement.

- Les lésions ou maladies de la moelle épinière au niveau du thorax accompagnées de troubles neurologiques dans les membres supérieurs sont évaluées au **tableau 17.1** – Perte fonctionnelle – Membres supérieurs. Si l'on doit évaluer la colonne dorsale, la cote du **tableau 17.1** est **comparée** à celle du **tableau 17.18** – Perte fonctionnelle – Colonne dorsale, et la **plus élevée** est retenue.

- Les lésions ou maladies de la moelle épinière au niveau du thorax accompagnées de troubles neurologiques dans les membres inférieurs sont évaluées au **tableau 17.9** – Perte fonctionnelle – Membres inférieurs. Si l'on doit évaluer la colonne dorsale, la cote du **tableau 17.9** est **comparée** à celle du **tableau 17.18** – Perte fonctionnelle – Colonne dorsale, et la **plus élevée** est retenue.

- Les lésions ou maladies de la moelle épinière au niveau du thorax accompagnées de troubles neurologiques dans les membres inférieurs et supérieurs sont évaluées au chapitre 19, Activités de la vie quotidienne. Si l'on

doit évaluer la colonne dorsale, la cote du chapitre 19 est **comparée** à celle du **tableau 17.18** – Perte fonctionnelle – Colonne dorsale, et la **plus élevée** est retenue.

Colonne lombaire :

- La compression des racines nerveuses due à une affection de la colonne lombaire est évaluée au **tableau 17.19** – Perte fonctionnelle – Colonne lombaire.

- Les lésions ou maladies de la moelle épinière au niveau lombaire accompagnées de troubles neurologiques dans les membres inférieurs sont évaluées au **tableau 17.9** – Perte fonctionnelle – Membres inférieurs. Si l'on doit évaluer la colonne lombaire, la cote du **tableau 17.9** est **comparée** à celle du **tableau 17.19** – Perte fonctionnelle – Colonne lombaire, et la **plus élevée** est retenue.

- Le syndrome de la queue de cheval est évalué individuellement.

Section 1 – Déterminer la déficience liée aux affections musculosquelettiques des membres supérieurs et du thorax

Pour évaluer la déficience de membres supérieurs, une cote supérieure peut convenir pour le membre supérieur dominant. S'il y a lieu, les tableaux de cette section indiquent les cotes pour le membre supérieur dominant et le membre supérieur non dominant.

Sélection des tableaux et graphiques

Tableaux pouvant servir à coter les déficiences liées aux affections musculosquelettiques des membres supérieurs et du thorax :

Table	Loss of Function	Other Impairment
Tableau 17.1	Perte fonctionnelle – Membres supérieurs	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques qui influent sur la fonction d'un membre supérieur dans son ensemble.
Tableau 17.2	Perte fonctionnelle – Membres supérieurs – Épaule	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques affectant l'amplitude active des mouvements de l'épaule.
Tableau 17.3	Perte fonctionnelle – Membres supérieurs – Coude	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques affectant l'amplitude active des mouvements du coude.
Tableau 17.4	Perte fonctionnelle – Membres supérieurs – Poignet	Ce tableau permet de coter la déficience liée à affections musculosquelettiques affectant l'amplitude active des mouvements du poignet.
Tableau 17.5	Perte fonctionnelle – Membres supérieurs – Pouce et doigts	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques affectant l'amplitude active des mouvements du pouce et des doigts.
Tableau 17.6	Autres déficiences – Fractures et affections musculosquelettiques diverses des membres supérieurs et du thorax	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux fractures et affections musculosquelettiques diverses des membres supérieurs et du thorax.
Tableau 17.7	Autres déficiences – Membres supérieurs – Amputations	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux amputations de membres supérieurs.
Tableau 17.8	Autres déficiences – Ostéomyélite – Membres supérieurs	Ce tableau permet de coter la déficience liée à l'ostéomyélite d'un membre supérieur.

Graphique 1	Position optimale d'une articulation ankylosée – Membres supérieurs	Ce graphique contient les valeurs correspondant à la position optimale d'une articulation ankylosée d'un membre supérieur.
Graphique 2	Amplitude moyenne des mouvements de l'articulation – Membres supérieurs	Ce graphique contient les valeurs correspondant à l'amplitude des mouvements d'articulations particulières du membre supérieur.

Perte fonctionnelle - Membre supérieur

Le tableau 17.1 contient les critères permettant d'évaluer la capacité des membres supérieurs dans leur ensemble à accomplir les activités quotidiennes. On ne peut attribuer qu'une seule cote pour chaque membre supérieur. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Ce tableau permet de coter certaines affections, notamment les suivantes :

- lésion ou maladie du cerveau influant sur la fonction d'un membre supérieur ou des deux
- lésion ou maladie de la moelle épinière influant sur la fonction d'un membre supérieur ou des deux
- syndromes complexes de douleur locale de type 1 et de type 2 d'un membre supérieur ou des deux
- syndrome de loge d'un membre supérieur ou des deux
- syndrome du défilé thoracobrachial influant sur un membre supérieur ou les deux
- affections neurologiques périphériques influant sur un membre supérieur ou les deux qui ne sont pas évaluées au **tableau 20.5** du chapitre 20, Affections neurologiques.

Pour les cas de lésion ou de maladie de la moelle épinière, voir les instructions données dans l'introduction du présent chapitre.

Si l'on doit évaluer plus d'une affection du même membre à l'aide du **tableau 17.1**, les affections sont regroupées aux fins de l'évaluation.

Si les affections des membres supérieurs 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 de l'organisme sera évaluée 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 (TCP) pour établir la cote correspondant aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Perte fonctionnelle - Membres supérieurs - Épaule

Le **tableau 17.2** permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques de l'épaule. On ne peut attribuer qu'une seule cote pour chaque épaule. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Si l'on doit évaluer plus d'une affection de l'épaule d'un même membre à l'aide du **tableau 17.2**, les affections sont regroupées aux fins de l'évaluation.

Si les affections de l'épaule d'un membre supérieur 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 de l'organisme sera évaluée 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 TCP pour établir la cote correspondant aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Perte fonctionnelle - Membres supérieurs - Coude

Le **tableau 17.3** permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques du coude. On ne peut attribuer qu'une seule cote pour chaque coude. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Si l'on doit évaluer plus d'une affection du coude d'un même membre à l'aide du **tableau 17.3**, les affections sont regroupées aux fins de l'évaluation.
Si les affections du coude d'un membre supérieur 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 de l'organisme sera évaluée 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 TCP pour établir la cote correspondant aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Perte fonctionnelle - Membres supérieurs - Poignet

Le tableau 17.4 permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques du poignet. On ne peut attribuer qu'une seule cote pour chaque poignet. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Si l'on doit évaluer plus d'une affection du poignet d'un même membre à l'aide du **tableau 17.4**, les affections sont regroupées aux fins de l'évaluation.

Si les affections du poignet d'un membre supérieur 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 de l'organisme sera évaluée 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 TCP pour établir la cote correspondant aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Perte fonctionnelle - Membres supérieurs - Pouce et doigts

Le tableau 17.5 permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques du pouce et des doigts. On ne peut attribuer qu'une seule cote pour chaque doigt à l'aide du **tableau 17.5**. Si plusieurs s'appliquent à un seul doigt, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Si plus d'une affection d'un seul doigt donne droit à des indemnités d'invalidité, les affections sont regroupées aux fins de l'évaluation.

Si les affections du pouce et des doigts 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 de l'organisme sera évaluée 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 TCP pour établir la cote correspondant aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Autres déficiences - Fractures et affections musculosquelettiques diverses des membres supérieurs et du thorax

Le **tableau 17.6** permet de coter la déficience liée aux fractures et aux affections musculosquelettiques diverses des membres supérieurs et du thorax. On peut attribuer 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,** la **plus élevée** est retenue.

Si une fracture est intra-articulaire, on doit également utiliser le tableau applicable des articulations pour coter la déficience.

Si les fractures et affections musculosquelettiques diverses des membres supérieurs et du thorax 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 de l'organisme sera évaluée 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 TCP pour établir la cote correspondant aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Autres déficiences - Amputations de membres supérieurs

Le **tableau 17.7** permet de coter la déficience liée à l'amputation d'un membre supérieur.

Les amputations d'un membre supérieur, quelle que soit la cause de l'amputation (vasculaire, traumatisme ou infection), sont évaluées à l'aide de ce tableau.

Lorsque des affections antérieures ouvrant droit à des indemnités d'invalidité sont retirées ultérieurement en raison d'une amputation ouvrant droit à des indemnités d'invalidité, la nouvelle cote est attribuée à l'aide du **tableau 17.7** - Autres déficiences –

Amputations de membres supérieurs. Mais dans quelques cas rares, il existe plus d'une affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité d'un membre supérieur et la somme des cotes pourrait être supérieure à la cote d'amputation. Dans ces cas, on doit conserver les cotes correspondant aux affections antérieures ouvrant droit à des indemnités d'invalidité qui s'appliquaient immédiatement avant l'amputation.

Lorsqu'une ou plusieurs affections antérieures ouvrant droit à des indemnités d'invalidité sont retirées en raison d'une amputation n'ouvrant pas droit à des indemnités d'invalidité, on doit conserver la cote correspondant aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité qui s'appliquait immédiatement avant l'amputation.

Si les amputations de membres supérieurs 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 de l'organisme sera évaluée 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 TCP pour établir la cote correspondant aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Autres déficiences - Ostéomyélite - Membres supérieurs

Le **tableau 17.8** permet de coter la déficience liée à ostéomyélite d'un membre supérieur. On peut attribuer une cote pour chaque partie affectée par l'ostéomyélite. Si plusieurs s'appliquent à une partie, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Si l'ostéomyélite d'un membre supérieur 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 de l'organisme sera évaluée 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 TCP pour établir la cote correspondant aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Tableaux, Étapes et Graphiques

Tableau 17.1 - Perte fonctionnelle - Membres supérieurs

On ne peut donner qu'une cote pour chaque membre supérieur **à l'aide du tableau 17.1.** 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 17.1**, suivre les « **et** » et les « **ou** ».

Tableau 17.1 - Perte fonctionnelle - Membres supérieurs

Cote membre dominant	Cote membre non dominant	Critères
Zéro	**Zéro**	• Peut se servir du membre facilement pour manger, s'habiller, écrire et accomplir d'autres tâches quotidiennes.
Deux	**Un**	• Peut se servir du membre facilement pour des tâches normales mais avec une fatigue excessive et/ou des douleurs vers la fin de la journée; **ou** • Paresthésie et/ou engourdissement.
Quatre	**Deux**	• Peut se servir du membre facilement pour des tâches normales mais avec une fatigue excessive et/ou des douleurs survenant au bout d'une heure.
Neuf	**Quatre**	• Peut se servir du membre assez bien dans la **plupart** des cas, mais difficultés fréquentes se manifestant par : - une perte mineure de la dextérité des doigts entraînant un changement d'écriture, ou difficulté à manipuler des objets fins ou de petite taille, p. ex. lacer des chaussures ou remonter une montre, **ou** - une perte mineure de la force de préhension causant des difficultés à saisir des objets modérément lourds à lourds comme une casserole, un seau et un arrosoir; **ou** • Peut se servir du membre facilement pour des tâches normales mais avec une fatigue excessive et/ou des douleurs survenant au bout de 10 minutes.

Treize	**Neuf**	• Peut se servir du membre assez bien dans la **plupart** des cas, mais difficultés fréquentes se manifestant par : • une perte mineure de la dextérité des doigts entraînant un changement d'écriture, ou difficulté à manipuler des objets fins ou de petite taille, p. ex. lacer des chaussures ou remonter une montre; **et** • une perte mineure de la force de préhension causant des difficultés à saisir des objets modérément lourds à lourds comme une casserole, un seau et un arrosoir.
Vingt et un	**Treize**	• Peut se servir du membre assez bien dans **certains** cas, mais avec des difficultés plus marquées se manifestant par : - une perte modérée de la dextérité des doigts entraînant de la difficulté à manipuler de gros objets, p. ex. tourner la poignée d'une porte; **et/ou** - une forte perte de la force de préhension causant des difficultés à saisir des objets légers comme un couteau, une fourchette, une tasse, une brosse à dents, etc.
Trente-quatre	**Vingt et un**	• Utilise le membre avec difficulté dans toutes les circonstances. L'utilisation du membre est gravement limitée; préhension légère seulement. Plusieurs aides peuvent être nécessaires pour les activités quotidiennes comme l'écriture et l'alimentation.
Trente-quatre	**Trente-quatre**	• Douleur rebelle*.
Cinquante-deux	**Trente-neuf**	• Incapable de se servir du membre pour les soins personnels ou les activités quotidiennes. Le membre est pratiquement inutile.

* Une douleur rebelle est une douleur grave, persistante et continue qui ne répond pas aux traitements habituels.

Étapes à suivre pour évaluer la déficience musculosquelettique des membres supérieurs

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 17.1** (Perte fonctionnelle - Membres supérieurs)**.**

***Note** :* Le **tableau 17.1** permet de coter des affections particulières dont :

- lésion ou maladie du cerveau influant sur la fonction d'un membre supérieur ou des deux
- lésion ou maladie de la moelle épinière influant sur la fonction d'un membre supérieur ou des deux
- syndromes complexes de la douleur locale de type 1 et de type 2 d'un membre supérieur ou des deux
- syndromes de loge d'un membre supérieur ou des deux
- syndrome du défilé thoroacobrachial influant sur un membre supérieur ou les deux
- affections neurologiques périphériques influant sur un membre supérieur ou les deux qui ne sont pas évaluées à l'aide du **tableau 20.5** du chapitre 20, Affections neurologiques

Si l'on doit évaluer plus d'une affection d'un seul membre supérieur ouvrant droit à des indemnités d'invalidité à l'aide du **tableau 17.1**, on doit regrouper les affections.

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 indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Tableau 17.2 - Perte fonctionnelle - Membres supérieurs - Épaule

On ne peut donner qu'une cote pour chaque épaule à l'aide du **tableau 17.2**. 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 17.2**, suivre les « **et** » et les « **ou** ».

Tableau 17.2 - Perte fonctionnelle - Membres supérieurs – Épaule

Cote du membre dominant	Cote du membre non dominant	Critères
Zéro	**Zéro**	• Amplitude normale des mouvements sans douleur.
Quatre	**Deux**	• Amplitude normale des mouvements en général, mais douleur présente quotidiennement et/ou avec le mouvement.
Neuf	**Quatre**	• Flexion + extension d'au plus 150°; **ou** • Rotations interne + externe d'au plus 130°; **ou** • Abduction + adduction d'au plus 175°.
Treize	**Neuf**	• Rotations interne + externe d'au plus 50°; **et** • Pas d'abduction au-delà de 90°.
Vingt et un	**Treize**	• Flexion + extension d'au plus 40°; **et** • Rotations interne + externe d'au plus 30°; **et** • Pas d'abduction au-delà de 60°.
Vingt-six	**Vingt-trois**	• Flexion + extension d'au plus 20°; **et** • Rotations interne + externe d'au plus 15°; **et** • Pas d'abduction au-delà de 25°.
Trente-quatre	**Vingt-six**	• Ankylose en position de fonction.
Cinquante-deux	**Quarante-cinq**	• Ankylose dans une position défavorable; **ou** • Articulation ballante*

* **Une articulation ballante** est une articulation présentant une mobilité anormale et paradoxale.

Étapes à suivre pour évaluer la déficience musculosquelettique - Épaule

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 17.2** (Perte fonctionnelle - Membres supérieurs - Épaule).

Note : Si l'on doit évaluer plus d'une affection de l'épaule d'un seul membre supérieur, *on doit regrouper les affections*.

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 indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Tableau 17.3 - Perte fonctionnelle - Membre supérieur - Coude

On ne peut donner qu'une cote pour chaque coude à l'aide du **tableau 17.3.** Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** retenue.

Chaque puce (•) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **tableau 17.3**, suivre les « **et** » et les « **ou** ».

Tableau 17.3 - Perte fonctionnelle - Membres supérieurs – Coude

Cote du membre dominant	Cote du membre non dominant	Critères
Zéro	**Zéro**	• Amplitude normale des mouvements sans douleur.
Quatre	**Deux**	• Amplitude normale des mouvements en général, mais douleur présente quotidiennement et/ou avec le mouvement.
Neuf	**Quatre**	• Pas de flexion au-delà de 100°; **ou** • Perte de 10° d'extension; **ou** • Pronation plus supination d'au plus 30°.
Treize	**Neuf**	• Pas de flexion au-delà de 75°; **et** • Perte de 30° d'extension; **ou** • Perte complète de la pronation et la supination.
Vingt et un	**Treize**	• Pas de flexion au-delà de 60°; **et** • Perte de 45° d'extension.
Vingt-six	**Vingt-trois**	• Ankylose en position de fonction.
Trente-quatre	**Vingt-six**	• Ankylose dans une position défavorable; **ou** • Articulation ballante*

***Une articulation ballante** est une articulation présentant une mobilité anormale et paradoxale.

Étapes à suivre pour évaluer la déficience musculosquelettique du coude

Étape 1 *:* Déterminer la cote à l'aide du **tableau 17.3** (Perte fonctionnelle - Membres supérieurs - Coude).

Note : Si l'on doit évaluer plus d'une affection du coude d'un seul membre supérieur ouvrant droit à des indemnités d'invalidité à l'aide du **tableau 17.3**, il faut regrouper les affections.

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 indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Tableau 17.4 - Perte fonctionnelle - Membres supérieurs - Poignet

On ne peut donner qu'une cote pour chaque poignet à l'aide du **tableau 17.4.** 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 17.4**, un seul critère doit être respecté à un niveau de déficience pour que cette cote soit choisie.

Tableau 17.4 - Perte fonctionnelle - Membres supérieurs – Poignet

Cote du membre dominant	Cote du membre non dominant	Critères
Zéro	**Zéro**	• Amplitude normale des mouvements sans douleur.
Quatre	**Deux**	• Amplitude normale des mouvements en général, mais douleur présente quotidiennement et/ou avec le mouvement.
Neuf	**Quatre**	• Flexion palmaire d'au plus 15°; **ou** • Dorsiflexion d'au plus 25°.
Treize	**Neuf**	• Flexion palmaire d'au plus 10°; **ou** • Dorsiflexion d'au plus 10°.
Dix-huit	**Douze**	• Ankylose en position de fonction.
Vingt et un	**Quinze**	• Ankylose dans une position défavorable; **ou** • Articulation ballante*.

*__Une articulation ballante__ est une articulation présentant une mobilité anormale et paradoxale.

Étapes à suivre pour évaluer la déficience musculosquelettique du poignet

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 17.4** (Perte fonctionnelle - Membres supérieurs - Poignet).

Note : Si l'on doit évaluer plus d'une affection du poignet d'un seul membre supérieur ouvrant droit à des indemnités d'invalidité à l'aide du **tableau 17.4**, il faut regrouper les affections.

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 indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Tableau 17.5 - Perte fonctionnelle - Membres supérieurs - Pouce et doigts

On ne peut donner qu'une cote pour chaque doigt à l'aide du **tableau 17.5**. Si plusieurs s'appliquent à un seul doigt, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Chaque puce (·) du **tableau 17.5** représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **tableau 17.5**, tous les critères désignés à ce niveau de cote doivent être respectés.

Tableau 17.5 - Perte fonctionnelle – Membres supérieurs - Pouce et doigts

Pouce		
Cote du membre dominant	**Cote du membre non dominant**	**Critère**
Un	**Zéro**	• Amplitude réduite des mouvements **et/ou** amplitude douloureuse des mouvements de l'articulation interphalangienne (IP), **et/ou** de l'articulation métacarpophalangienne (MCP) **et/ou** de l'articulation carpométacarpienne (CMC).
Deux	**Un**	• Ankylose en position favorable de fonction d'**une** ou **de deux** des articulations suivantes : IP, MCP, CMC.
Treize	**Treize**	• Ankylose en position défavorable de fonction d'**une** ou **de deux** des articulations suivantes : IP, MCP, CMC; **ou** • Ankylose en position favorable de fonction de **toutes** les articulations suivantes : IP, MCP, CMC.
Dix-huit	**Dix-huit**	• Ankylose en position défavorable de fonction de **toutes** les articulations suivantes : IP, MCP, CMC.
Index ou Majeur		
Cote du membre dominant	**Cote du membre non dominant**	**Critère**
Un	**Zéro**	• Amplitude réduite des mouvements **et/ou** amplitude douloureuse des mouvements de l'articulation interphalangienne distale (IPD) **et/ou** de l'articulation interphalangienne proximale (IPP) **et/ou** de l'articulation métacarpophalangienne (MCP).
Deux	**Un**	• Ankylose en position favorable de fonction d'**une** ou **de deux** des articulations suivantes : IPD, IPP, MCP.

Cinq	**Trois**	• Ankylose en position défavorable de fonction d'**une** ou **de deux** des articulations suivantes : IPD, IPP, MCP; **ou** • Ankylose en position favorable de fonction de **toutes** les articulations suivantes : IPD, IPP, MCP.
Neuf	**Quatre**	• Ankylose en position défavorable de fonction de **toutes** les articulations suivantes : IPD, IPP, MCP.

Annulaire ou auriculaire		
Cote du membre dominant	**Cote du membre non dominant**	**Critère**
Zéro	**Zéro**	• Amplitude réduite des mouvements **et/ou** amplitude douloureuse des mouvements de l'articulation interphalangienne distale (IPD) **et/ou** de l'articulation interphalangienne proximale (IPP) **et/ou** de l'articulation métacarpophalangienne (MCP).
Un	**Zéro**	• Ankylose en position favorable de fonction d'**une** ou **de deux** des articulations suivantes : IPD, IPP, MCP.
Deux	**Un**	• Ankylose en position défavorable de fonction d'**une** ou **de deux** des articulations suivantes : IPD, IPP, MCP; **ou** • Ankylose en position favorable de fonction de **toutes** les articulations suivantes : IPD, IPP, MCP.
Trois	**Deux**	• Ankylose en position défavorable de fonction de **toutes** les articulations suivantes : DIP, PIP, MCP.

Étapes à suivre pour évaluer la déficience musculosquelettique - Pouce et doigts

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 17.5** (Perte fonctionnelle - Membres supérieurs - Pouce et doigts).

Note : On peut sélectionner **une** cote pour **chaque** doigt à l'aide du **tableau 17.5.** Mais si plus d'une affection d'un seul doigt donne droit à des indemnités d'invalidité, on doit regrouper les affections aux fins de l'évaluation. Les cotes applicables sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

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 indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Tableau 17.6 - Autres déficiences - Fractures et affections musculosquelettiques diverses des membres supérieurs et du thorax

On ne peut donner qu'une cote à chaque affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité à l'aide du **tableau 17.6**. 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 17.6**, un seul critère doit être respecté à un niveau de déficience pour que cette cote soit choisie.

Tableau 17.6 - Autres déficiences - Fractures et affections musculosquelettiques diverses des membres supérieurs et du thorax

Cote	Critères
Zéro	• Fractures du sternum, des côtes, de l'omoplate, de la clavicule, de l'humérus, du cubitus, du radius, des os carpiens, des os métacarpiens et des phalanges qui ne sont pas articulaires et sont bien guéries sans difformité ni déviation ou sans absence de consolidation; **ou** • Séparations costales.
Un	• Rupture du tendon de la longue portion du biceps; **ou** • Fracture de la clavicule avec défigurement; **ou** • Fracture des os métacarpiens ou des phalanges avec difformité ou déviation.
Deux	• Syndrome chondrocostal/de Tietze avec malaise/douleur intermittents.
Trois	• Fracture de l'humérus, du radius ou du cubitus avec difformité ou déviation.
Quatre	• Fracture de l'omoplate avec défaut d'alignement donnant lieu à une crépitation scapulo-dorsale douloureuse; **ou** • Syndrome chondrocostal/de Tietze avec malaise/douleur persistants.

Les fractures qui ne sont pas consolidées seront évaluées individuellement.

Étapes à suivre pour évaluer la déficience liée aux fractures et affections musculosquelettiques diverses des membres supérieurs et du thorax

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 17.6** (Autres déficiences - Fractures et affections diverses des membres supérieurs et du thorax).

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 indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Tableau 17.7 - Autres déficiences - Membres supérieurs - Amputations

On ne peut donner qu'une cote pour chaque amputation ou combinaison d'amputations ouvrant droit à des indemnités d'invalidité à l'aide du **tableau 17.6**. Si plusieurs s'appliquent à une affection ou combinaison d'amputations 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 17.7**, un seul critère doit être respecté à un niveau de déficience pour que cette cote soit choisie.

Tableau 17.7 - Autres déficiences - Amputation de membres supérieurs

Cote	Critère
Auriculaire	
Un **Deux** **Trois**	• Amputation d'une phalange de l'auriculaire. • Amputation de deux phalanges de l'auriculaire. • Amputation de trois phalanges de l'auriculaire.
Annulaire	
Un **Deux** **Quatre**	• Amputation d'une phalange de l'annulaire. • Amputation de deux phalanges de l'annulaire. • Amputation de trois phalanges de l'annulaire.
Majeur	
Deux **Quatre** **Neuf**	• Amputation d'une phalange du majeur. • Amputation de deux phalanges du majeur. • Amputation de trois phalanges du majeur.
Index	
Trois **Six** **Neuf**	• Amputation d'une phalange de l'index. • Amputation de deux phalanges de l'index. • Amputation de trois phalanges de l'index.
Pouce	
Neuf **Treize** **Dix-huit**	• Amputation d'une phalange. • Amputation de deux phalanges du pouce. • Amputation de deux phalanges du pouce et amputation du métacarpe.
Autres	
Neuf	• Amputation de l'annulaire et de l'auriculaire.

Vingt et un	• Amputation de l'index et du majeur; **ou** • Amputation du majeur, de l'annulaire et de l'auriculaire.
Vingt-six	• Amputation de l'index, du majeur et de l'annulaire; **ou** • Amputation du pouce et de l'index; **ou** • Amputation du pouce et du majeur.
Trente-quatre	• Perte de deux pouces à l'articulation MCP.
Trente-neuf	• Perte de deux pouces et d'os métacarpiens; **ou** • Amputation de l'index, du majeur, de l'annulaire et de l'auriculaire; **ou** • Amputation du pouce, de l'index et du majeur.
Quarante-trois	• Amputation du pouce, de l'index, du majeur et de l'annulaire.
Cinquante-deux	• Amputation du pouce à l'articulation MCP et de tous les doigts; **ou** • Amputation au mi-carpien; **ou** Amputation au mi-métacarpien; **ou** • Désarticulation au niveau du poignet.
Soixante et un	• Amputation de l'avant-bras, de la partie supérieure à la désarticulation au poignet jusqu'à 7,5 cm au-dessous de l'extrémité de l'olécrâne.
Soixante-huit	• Amputation de l'avant-bras à moins de 7,5 cm au-dessous de l'extrémité de l'olécrâne à la perte du bras en-dessous du niveau de l'insertion du deltoïde.
Soixante et onze	• Amputation au-dessus de l'insertion du deltoïde; **ou** • Désarticulation à l'épaule.
Soixante-seize	• Amputation interscapulo-thoracique*.
Quatre-vingt-cinq	• Perte de tous les doigts (y compris les pouces), ou de tous sauf un, aux deux mains.

***L'amputation interscapulo-thoracique** est une amputation de l'articulation de l'épaule avec excision d'une partie de l'omoplate ainsi que de la clavicule.

Les amputations ne figurant pas dans ce tableau seront évaluées individuellement.

Étapes à suivre pour évaluer la déficience musculosquelettique
Amputations de membres supérieurs

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 17.7** (Autres déficiences - Membres supérieurs - Amputations).

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 indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Tableau 17.8 - Autres déficiences - Ostéomyélite - Membres supérieurs

On peut attribuer une cote for chaque partie touchée par l'ostéomyélite des membres supérieurs à l'aide du **tableau 17.8**. Si plusieurs s'appliquent à une partie, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Chaque puce (•) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **tableau 17.8**, un seul critère doit être respecté à un niveau de déficience pour que cette cote soit choisie.

Tableau 17.8 - Autres déficiences - Ostéomyélite - Membres supérieurs

Cote	Critères
Un	• Épisode unique d'ostéomyélite ayant cessé grâce à un traitement, sans effets résiduels.
Quatre	• Exacerbations répétées d'ostéomyélite dans les 5 dernières années sans douleur chronique, perte osseuse, formation d'un tractus sinusal ou drainage persistant.
Neuf	• Ostéomyélite chronique avec douleur chronique et/ou perte locale d'os.
Treize	• Ostéomyélite chronique avec formation d'un tractus sinusal et drainage persistant.

Étapes à suivre pour évaluer la déficience liée à l'ostéomyélite des membres supérieurs

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 17.8** (Autres déficiences - Membres supérieurs - Ostéomyélite).

Note : On peut attribuer une cote for chaque partie touchée par l'ostéomyélite du membre supérieur ouvrant droit à des indemnités d'invalidité. On doit répéter les étapes pour chaque partie ouvrant droit à des indemnités d'invalidité.

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 indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Graphique 1 - Position optimale de l’ankylose des articulations - Membres supérieurs

Les valeurs suivantes servent de guide. La position réelle d’une ankylose articulaire chirurgicale peut varier selon la décision du chirurgien en tenant compte des besoins et des circonstances particulières du membre, de l'ancien combattant ou du client**.**

Graphique 1 - Position optimale de l’ankylose des articulations - Membres supérieurs

Articulation		Position optimale de l’ankylose
Épaule		Articulation de l’épaule à 45° d’abduction avec soulèvement avant de 30° et rotation externe de 20°.
Coude		90 - 100° de flexion.
Poignet		25 - 30° de dorsiflexion sans inclinaison cubitale ou radiale.
Pouce	**IP** **MCP** **CMC**	20° de flexion. 25° de flexion. Métacarpe en opposition.
Doigts	**IPD** **IPP** **MCP**	15 - 20° de flexion. 40 - 50° de flexion. 20 - 30° de flexion.

Graphique 2 - Amplitude moyenne des mouvements articulaires - Membres supérieurs

Les mesures indiquées dans le graphique 2 ci-dessous sont établies dans une position anatomique neutre à l'exception de la supination et pronation de l'avant-bras qui sont mesurées dans une position neutre de l'avant-bras.

Graphique 2 - Amplitude moyenne des mouvements articulaires - Membres supérieurs

Articulation		Mouvement	Amplitude de mouvement
Épaule		Abduction Flexion (soulever vers l'avant) Rotation externe Adduction Extension (soulever vers l'arrière) Rotation interne	180° 170° 90° 45° 30° 90°
Coude		Flexion Supination Extension Pronation	140° 80° 0° 80°
Poignet		Extension (dorsiflexion) Inclinaison cubitale Flexion (flexion palmaire) Inclinaison radiale	60° 30° 70° 20°
Pouce	**IP** **MCP** **CMC**	Flexion Extension Flexion Extension Abduction Adduction Opposition	90° 20° 50° 0° 70° 0° Pouce vers les doigts
Doigts	**IPP** **IPD** **MCP**	Flexion Extension Flexion Extension Flexion Extension	45 - 90° 0 - 20° 100° 0° 90° 30 - 45°

Section 2 - Évaluer les affections musculosquelettiques des membres inférieurs

Sélection des tableaux et graphiques

Tableaux pouvant servir à évaluer la déficience liée aux affections musculosquelettiques des membres inférieurs :

Table	Loss of Function	Other Impairment
Tableau 17.9	Perte fonctionnelle – Membres inférieurs	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques qui influent sur la fonction des membres inférieurs dans leur ensemble.
Tableau 17.10	Perte fonctionnelle – Membres inférieurs – Hanche	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques qui influent sur l'amplitude active des mouvements de la hanche.
Tableau 17.11	Perte fonctionnelle – Membres inférieurs – Genou	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques qui influent sur l'amplitude active des mouvements du genou.
Tableau 17.12	Perte fonctionnelle – Membres inférieurs – Cheville	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques qui influent sur l'amplitude active des mouvements de la cheville.
Tableau 17.13	Perte fonctionnelle – Membres inférieurs – Pieds et orteils	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques des pieds et des orteils.
Tableau 17.14	Autres déficiences – Fractures des membres inférieurs	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux fractures des membres inférieurs.
Tableau 17.15	Autres déficiences – Membres inférieurs – Amputations	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux amputations de membres inférieurs.
Tableau 17.16	Autres déficiences – Ostéomyélite – Membres inférieurs	Ce tableau permet de coter la déficience liée à l'ostéomyélite des membres inférieurs.
Graphique 3	Position optimale d'une articulation ankylosée – Membres inférieurs	Ce graphique contient les valeurs correspondant à la position optimale d'une articulation ankylosée d'un membre inférieur.
Graphique 4	Amplitude moyenne des mouvements de l'articulation – Membres inférieurs	Ce graphique contient les valeurs correspondant à l'amplitude des mouvements des articulations d'un membre inférieur.

Perte fonctionnelle - Membres inférieurs

Le **tableau 17.9** contient les critères permettant d'évaluer la capacité des membres inférieurs en tant qu'unité fonctionnelle à accomplir les activités quotidiennes comme marcher et se tenir debout. On ne peut choisir qu'une seule cote pour les membres inférieurs en tant qu'unité. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Ce tableau permet de coter des affections particulières, notamment :

- lésions ou maladies du cerveau influant sur la fonction d'un membre inférieur ou des deux
- lésions ou maladies de la moelle épinière influant sur la fonction d'un membre inférieur ou des deux
- syndromes complexes de la douleur locale de type 1 et de type 2 d'un membre inférieur ou des deux
- syndrome de loge d'un membre inférieur ou des deux
- affections neurologiques périphériques influant sur un membre inférieur ou les deux qui ne sont pas évaluées à l'aide du **tableau 20.5** du chapitre 20, Affections neurologiques.

En cas de lésion ou de maladie de la moelle épinière, voir les instructions données dans l'introduction de ce chapitre.

Si l'on doit évaluer plus d'une affection des membres inférieurs à l'aide du **tableau 17.9**, il faut regrouper les affections aux fins de l'évaluation.

Si les affections des membres inférieurs 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 de l'organisme sera évaluée 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 TCP pour établir la cote correspondant à l'affection ou aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Perte fonctionnelle - Membres inférieurs - Hanche

Le **tableau 17.10** permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques de la hanche. On ne peut choisir qu'une seule cote pour chaque hanche. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Si l'on doit évaluer plus d'une affection de la hanche d'un même membre inférieur à l'aide du **tableau 17.10**, il faut regrouper les affections aux fins de l'évaluation.

Si les affections de la hanche 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 de l'organisme sera évaluée 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 TCP pour établir la cote correspondant à l'affection ou aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Perte fonctionnelle - Membres inférieurs - Genou

Le **tableau 17.11** permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques du genou. On ne peut choisir qu'une seule cote pour chaque genou. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Si l'on doit évaluer plus d'une affection du genou à l'aide du **tableau 17.11**, il faut regrouper les affections aux fins de l'évaluation.

Si les affections du genou 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 de l'organisme sera évaluée 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 TCP pour établir la cote correspondant à l'affection ou aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce

tableau.

Perte fonctionnelle - Membres inférieurs - Cheville

Le **tableau 17.12** permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques de la cheville. On ne peut choisir qu'une cote pour chaque cheville. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Si l'on doit évaluer plus d'une affection de la cheville à l'aide du **tableau 17.12**, il faut regrouper les affections aux fins de l'évaluation.

Si les affections de la cheville 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 de l'organisme sera évaluée à l'aide du tableau pertinent ou 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 TCP pour établir la cote correspondant à l'affection ou aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Perte fonctionnelle - Membres inférieurs - Pieds et orteils

Le **tableau 17.13** permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques des pieds et des orteils. On ne peut choisir qu'une cote **pour chaque pied** à l'aide du **tableau 17.13.** Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Si l'on doit évaluer plus d'une affection du pied ou des orteils à l'aide du **tableau 17.13**, il faut regrouper les affections aux fins de l'évaluation.

Si les affections des pieds et des orteils 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 de l'organisme sera évaluée 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 TCP pour établir la cote correspondant à l'affection ou aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Autres déficiences - Fractures des membres inférieurs

Le **tableau 17.14** permet de coter la déficience liée aux fractures des membres inférieurs. 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 une fracture est intra-articulaire, on utilise également le tableau applicable sur les articulations pour coter la déficience.

Si les fractures des membres inférieurs 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 de l'organisme sera évaluée à l'aide du tableau pertinent ou 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 TCP pour établir la cote correspondant à l'affection ou aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Autres déficiences - Membres inférieurs - Amputations

Le **tableau 17.15** permet de coter la déficience liée aux amputations de membres inférieurs.

Toutes les amputations de membres inférieurs quelle qu'en soit la cause (vasculaire, traumatisme ou infection) sont évaluées à l'aide de ce tableau.

On ne peut choisir qu'une seule cote pour chaque membre inférieur à l'aide du **tableau 17.15**. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Lorsque des affections antérieures ouvrant droit à des indemnités d'invalidité sont retirées ultérieurement en raison d'une amputation ouvrant droit à des indemnités

d'invalidité, la nouvelle cote est attribuée à l'aide du **tableau 17.7** - Autres déficiences - Amputations de membres inférieurs. Mais dans quelques cas rares, il existe plus d'une affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité d'un membre inférieur et la somme des cotes pourrait être supérieure à la cote d'amputation. Dans ce cas, on doit conserver les cotes correspondant aux affections antérieures ouvrant droit à des indemnités d'invalidité qui s'appliquaient immédiatement avant l'amputation.
Si les amputations de membres inférieurs 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 de l'organisme sera évaluée à l'aide du tableau pertinent ou des tableaux pertinents sur les systèmes et appareils de l'organisme.

Lorsqu'une ou plusieurs affections antérieures ouvrant droit à des indemnités d'invalidité sont retirées en raison d'une amputation n'ouvrant pas droit à des indemnités d'invalidité, on doit conserver la cote correspondant à l'affection ou aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité qui s'appliquait immédiatement avant l'amputation.

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 TCP pour établir la cote correspondant à l'affection ou aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Autres déficiences - Ostéomyélite - Membres inférieurs

Le **tableau 17.16** permet de coter la déficience liée à ostéomyélite des membres inférieurs. On peut choisir une cote pour chaque partie touchée par l'ostéomyélite. Si plusieurs s'appliquent à une partie, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Si l'ostéomyélite des membres inférieurs 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 de l'organisme sera évaluée à l'aide du tableau pertinent ou 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 TCP pour établir la cote correspondant à

l'affection ou aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Tableaux, Étapes et Graphiques

Tableau 17.9 - Perte fonctionnelle - Membres inférieurs

On ne peut donner qu'une cote pour les membres inférieurs en tant qu'unité fonctionnelle à l'aide du **tableau 17.9.** Lorsque plusieurs cotes s'appliquent**,** elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Chaque puce (•) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **tableau 17.9**, suivre les « **et** » et les « **ou** ».

Tableau 17.9 - Perte fonctionnelle - Membres inférieurs

Cote	Critères
Zéro	• Marche normalement pour son âge sur différents types de terrain et à des vitesses diverses.
Deux	• Paresthésie et/ou engourdissement d'une jambe ou des deux.
Quatre	• Peut se mettre debout sans aide et marche normalement sur terrain plat, mais avec des difficultés intermittentes pour monter des marches et sur du terrain inégal; **ou** • Douleur intermittente dans une jambe ou les deux.
Neuf	• Marche normalement sur terrain plat, mais difficulté constante à monter et descendre des marches ou sur terrain inégal; **ou** • Ne peut pas se lever à partir d'une position assise sans s'aider des deux mains; **ou** • Douleur quotidienne dans une jambe ou les deux; **ou** • La douleur limite la marche à 500 m ou moins.
Dix-huit	• Marche lentement sur terrain plat et a besoin normalement d'une canne ou de béquilles et ne peut pas monter des escaliers ou des rampes sans main courante; **ou** • La douleur limite la marche à 250 m ou moins.
Vingt et un	• Marche lentement sur terrain plat et a besoin normalement d'une canne ou de béquilles; **et** - une jambe ou les deux se dérobent fréquemment provoquant des chutes; o**u** - ne peut pas monter des escaliers sans une aide; **ou** • La douleur limite la marche à 100 m ou moins.
Trente-quatre	• Douleur rebelle*.

Cinquante-deux	• Ne peut marcher qu'à l'intérieur ou autour de la maison; **et** - a besoin d'une canne à quatre pieds, de béquilles, d'un déambulateur ou d'une aide semblable; **ou** - ne peut pas effectuer un transfert** sans aide.
Quatre-vingt-un	• Incapable de marcher ou de se tenir debout. Mobile seulement en fauteuil roulant.

* La douleur rebelle est une douleur grave, persistante et permanente qui ne répond pas aux modalités de traitement habituelles.

**On entend par transfert, par exemple, le fait de se déplacer d'un siège à un autre, de passer de la position assise à la position debout, de s'asseoir sur la cuvette des toilettes et de se lever, et de se coucher et de se lever.

Étapes à suivre pour évaluer la déficience musculosquelettique
Membres inférieurs

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 17.9** (Perte fonctionnelle - Membres inférieurs).

Note : Ce tableau permet de coter certaines affections, notamment :

- lésions ou maladies du cerveau qui influent sur la fonction d'un membre inférieur ou des deux
- lésions ou maladies de la moelle épinière qui influent sur la fonction d'un membre inférieur ou des deux
- syndromes complexes de la douleur locale de type 1 et de type 2 touchant un membre inférieur ou les deux
- syndrome de loge d'un membre inférieur ou des deux
- affections neurologiques périphériques des membres inférieurs qui ne sont pas évaluées à l'aide du **tableau 20.5** du chapitre 20, Affections neurologiques.

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 indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

(Table 17.10 modifiée novembre 2006)

Tableau 17.10 - Perte fonctionnelle - Membres inférieurs - Hanche

On ne peut donner qu'une cote pour chaque hanche à l'aide du **tableau 17.10**. 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 17.10**, suivre les « **et** » et les « **ou** ».

Tableau 17.10 – Perte fonctionnelle – Membres inférieurs – Hanche

Cote	Critères
Zéro	• Amplitude normale des mouvements sans douleur.
Quatre	• Amplitude normale des mouvements en général, mais douleur présente quotidiennement et/ou avec le mouvement.
Treize	• Perte d'environ un quart de l'amplitude normale des mouvements.
Vingt-six	• Perte d'environ la moitié de l'amplitude normale des mouvements.
Trente-six	• Perte d'environ trois quarts de l'amplitude normale des mouvements.
Quarante-trois	• Ankylose en position de fonction.
Cinquante-deux	• Ankylose en position défavorable; **ou** Articulation ballante*.

***Une articulation ballante** est une articulation présentant une mobilité anormale et paradoxale.

Étapes à suivre pour évaluer la déficience musculosquelettique - Hanche

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 17.10** (Perte fonctionnelle - Membres inférieurs - Hanche).

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 indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Tableau 17.11 - Perte fonctionnelle - Membres inférieurs - Genou

On ne peut donner qu'une cote pour chaque genou à l'aide du tableau **17.11**. 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 17.11**, un critère doit être respecté à un niveau de déficience pour que cette cote soit choisie.

Tableau 17.11 - Perte fonctionnelle - Membres inférieurs – Genou

Cote	Critères
Zéro	• Amplitude normale des mouvements sans douleur.
Quatre	• Amplitude normale des mouvements en général, mais douleur présente quotidiennement et/ou avec le mouvement.
Neuf	• Effusions intermittentes; **ou** • Perte de flexion d'au moins 15°.
Treize	• Genou instable* à l'examen clinique; **ou** • Perte d'extension de 10°; **ou** • Flexion d'au plus 90°.
Dix-huit	• Perte d'extension de 15°; **ou** **Deux** des signes suivants : • Genou instable* à l'examen clinique • Perte d'extension de 10° • Flexion d'au plus 90°.
Vingt-six	**Trois** des signes suivants : • Genou instable* à l'examen clinique • Perte d'extension de 10° • Flexion d'au plus 90°
Trente-quatre	• Ankylose en position de fonction.
Quarante-trois	• Ankylose en position défavorable; **ou** • Articulation ballante*.

On entend par genou cliniquement *instable une articulation du genou dont un médecin a démontré l'instabilité lors d'un examen clinique ou opératoire.

*Une articulation ballante est une articulation présentant une mobilité anormale et paradoxale.

Étapes à suivre pour évaluer la déficience musculosquelettique - Genou

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 17.11** (Perte fonctionnelle - Membres inférieurs - Genou).

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 indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Tableau 17.12 - Perte fonctionnelle - Membres inférieurs - Cheville

On ne peut donner qu'une cote pour chaque cheville à l'aide du tableau **17.12**. 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 **17.12**, suivre les « **et** » et les « **ou** ».

Tableau 17.12 - Perte fonctionnelle – Cheville

Cote	Critères
Zéro	• Amplitude normale des mouvements sans douleur.
Deux	• Foulures répétées de la cheville.
Quatre	• Amplitude normale des mouvements en général, mais douleur présente quotidiennement et/ou avec le mouvement.
Neuf	• Dorsiflexion d'au plus 10°; **ou** • Flexion plantaire d'au plus 15°; **ou** • Cheville instable* à l'examen clinique.
Treize	• Dorsiflexion d'au plus 5°; **et** • Flexion plantaire d'au plus 10°.
Dix-huit	• Ankylose en position de fonction.
Vingt-six	• Ankylose en position défavorable; **ou** • Articulation ballante**.

Une cheville ***cliniquement *instable*** est une articulation de la cheville dont un médecin a démontré l'instabilité lors d'un examen clinique ou opératoire.

****Une articulation ballante** est une articulation présentant une mobilité anormale et paradoxale.

Étapes à suivre pour évaluer la déficience musculosquelettique - Cheville

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 17.12** (Perte fonctionnelle - Membres inférieurs- Cheville).

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 indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Tableau 17.13 - Perte fonctionnelle - Membres inférieurs - Pieds et orteils

Le **tableau 17.13** permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques des pieds et des orteils. On ne peut donner qu'une cote pour chaque pied à l'aide du **tableau 17.13** pour toute affection musculosquelettique ou combinaison d'affections. Si plusieurs s'appliquent à un pied, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Les affections énumérées au **tableau 17.13** renvoient à des affections unilatérales.

Les affections évaluées au **tableau 17.13** comprennent notamment :

- pied plat
- pied creux
- callosité plantaire
- orteils en marteau
- orteils en griffe
- orteils en maillet
- hallux valgus
- hallux rigidus
- inflammation de l'orteil
- métatarsalgie
- fasciite plantaire
- épine calcanéenne
- talalgie plantaire
- douleur sous-cutanée calcanéenne
- bursite talonnière postérieure
- Névrome de Morton
- tendinite du pied, y compris les tendons péronier antérieur, tibial postérieur, fléchisseur du gros orteil et péronier
- blessure ligamentaire du pied
- arthrose d'une articulation du pied ou des orteils
- bursite du pied
- fractures des phalanges provoquant une ankylose
- arthrose de l'articulation sous-astragalienne.

Chaque puce (•) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **tableau 17.13**, il faut satisfaire à un seul critère à un niveau de déficience pour que cette cote soit choisie.

Tableau 17.13 - Perte fonctionnelle - Membres inférieurs - Pieds et orteils

Cote	Critères
Zéro	• Une des affections énumérées sans symptômes; **ou** • Perte incomplète de l'amplitude des mouvements d'un orteil; **ou** • Ankylose du 2e, 3e, 4e ou 5e orteil en position favorable.
Un	• Ankylose en position défavorable d'un orteil (2e, 3e, 4e ou 5e).
Deux	• Une des affections énumérées avec symptômes intermittents, avec ou sans traitement; **ou** • Ankylose en position défavorable de deux orteils (2e, 3e, 4e ou 5e); **ou** • Ankylose de l'articulation IP du gros orteil en position favorable; **ou** • Perte d'amplitude des mouvements dans l'articulation sous-astragalienne.
Trois	• Ankylose en position défavorable de trois orteils (2e, 3e, 4e ou 5e).
Quatre	• Une des affections énumérées avec symptômes quotidiens légers à modérés, avec ou sans traitement; **ou** • Ankylose en position défavorable de quatre orteils (2e, 3e, 4e ou 5e); **ou** • Ankylose de l'articulation IP du gros orteil en position défavorable; **ou** • Ankylose de l'articulation MTP du gros orteil en position favorable; **ou** • Ankylose de l'articulation sous-astragalienne en position favorable.
Sept	• Ankylose de l'articulation MTP du gros orteil en position défavorable; **ou** • Une des affections énumérées avec symptômes graves et persistants malgré un traitement régulier*.

L'ankylose de l'articulation sous-astragalienne en position défavorable de la fonction est évaluée individuellement.

***Le traitement comprend l'utilisation d'appareils orthopédiques et de médicaments.**

Étapes à suivre pour évaluer la déficience musculosquelettique
Pieds et orteils

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 17.13** (Perte fonctionnelle - Membres inférieurs - Pieds et orteils).

Note : Si plus d'une affection d'un pied et/ou d'un orteil donne droit à des indemnités d'invalidité et nécessite une évaluation, toutes les affections de ce pied ouvrant droit à des indemnités d'invalidité sont regroupées. Les cotes applicables sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

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 indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Tableau 17.14 - Autres déficiences - Fractures des membres inférieurs

On ne peut donner qu'une cote pour chaque affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité à l'aide du **tableau 17.14.** 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 17.14**, il faut satisfaire à un seul critère à un niveau de déficience pour que cette cote soit choisie.

Tableau 17.14 - Autres déficiences- Fracture des membres inférieurs

Cote	Critères
Zéro	• Fractures du fémur, du tibia, du péroné, du calcanéum, des tarses, métatarses ou phalanges qui ne sont pas articulaires et sont bien guéries, sans difformité ni déviation ou sans absence de consolidation; **ou** • Fracture entraînant un raccourcissement de la jambe de moins de 2,5 cm.
Un	• Fracture du calcanéum, des tarses ou métatarses avec difformité ou déviation.
Trois	• Fracture du fémur, du tibia ou du péroné avec difformité ou déviation.
Sept	• Fracture entraînant un raccourcissement de la jambe de 2,5 cm à 7,4 cm.
Treize	• Fracture entraînant un raccourcissement de la jambe de 7,5 cm à 13 cm.

Les fractures qui aboutissent à une absence de consolidation seront évaluées individuellement.

Les fractures des phalanges qui provoquent une ankylose seront évaluées au tableau 17.13.

Étapes à suivre pour évaluer la déficience musculosquelettique
Fractures des membres inférieurs

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 17.14** (Autres déficiences - Fractures des membres inférieurs).

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 indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Tableau 17.15 - Autres déficiences - Membres inférieurs - Amputations

Le **tableau 17.15** permet de coter la déficience liée aux amputations de membres inférieurs. On ne peut donner qu'une cote pour chaque membre inférieur à l'aide du **tableau 17.15** pour les amputations ouvrant droit à des indemnités d'invalidité. Si plusieurs cotes s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Chaque puce (•) du **tableau 17.15** représente un critère. Il faut satisfaire à un seul critère à un niveau particulier du **tableau 17.15** pour que cette cote soit choisie.

Tableau 17.15 – Autres déficiences – Amputations de membres inférieurs

Cote	Critères
Deux	• Amputation d'un orteil autre que le gros orteil aux articulations IPD, IPP ou MTP.
Quatre	• Amputation du gros orteil à l'articulation IP. • Amputation de 2 à 4 orteils à l'exclusion du gros orteil.
Sept	• Amputation du gros orteil.
Treize	• Amputation du gros orteil et d'un autre orteil à un pied.
Dix-huit	• Amputation du gros orteil et d'au moins 2 autres orteils à un pied; **ou** • Amputation mi-métatarsienne.
Vingt-six	• Amputation mi-tarsienne**.**
Quarante-trois	• Amputation à la cheville; **ou** • Amputation au-dessous du genou avec moignon d'au moins 11,5 cm.
Cinquante-deux	• Amputation au-dessous du genou avec moignon de moins de 11,5 cm; **ou** • Amputation à l'articulation du genou.
Soixante et un	• Amputation au-dessus du genou (tiers inférieur de la cuisse).
Soixante-trois	• Amputation au-dessus du genou (tiers médian de la cuisse).
Soixante-huit	• Amputation au-dessus du genou (tiers supérieur de la cuisse).
Soixante-seize	• Désarticulation de la hanche; **ou** • Amputation trans-pelvienne*; **ou** • Hémipelvectomie.

***On entend par amputation trans-pelvienne une amputation de toute l'articulation de la hanche ainsi que d'une portion des branches pubiennes et d'une portion de la tubérosité sciatique.**

Les amputations non mentionnées dans ce tableau seront évaluées individuellement.

Étapes à suivre pour évaluer la déficience musculosquelettique- Amputations de membres inférieurs

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 17.15** (Autres déficiences - Membres inférieurs - Amputations).

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 indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Tableau 17.16 - Autres Déficiences - Ostéomyélite - Membres inférieurs

On peut attribuer une cote pour chaque partie de l'ostéomyélite du membre inférieur à l'aide du **tableau 17.16**. Si plusieurs s'appliquent à une partie, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Chaque puce (•) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **tableau 17.16**, il faut satisfaire à un seul critère à un niveau de déficience pour que cette cote soit choisie.

Tableau 17.16 – Autres déficiences – Ostéomyélite – Membres inférieurs

Cote	Critères
Un	• Épisode unique d'ostéomyélite ayant cessé avec un traitement; pas d'effets résiduels**.**
Quatre	• Exacerbations répétées d'ostéomyélite dans les 5 dernières années sans douleur chronique, perte osseuse, formation d'un tractus sinusal ou drainage persistant.
Neuf	• Ostéomyélite chronique accompagnée de douleur chronique et/ou perte osseuse locale.
Treize	• Ostéomyélite chronique avec formation d'un tractus sinusal et drainage persistant.

Étapes à suivre pour évaluer l'ostéomyélite des membres inférieurs

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 17.16** (Autres déficiences - Ostéomyélite des membres inférieurs).

Note : On peut attribuer une cote à chaque partie des membres inférieurs touchée par l'ostéomyélite ouvrant droit à des indemnités d'invalidité. On doit répéter les étapes pour chaque partie ouvrant droit à des indemnités d'invalidité.

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 indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Graphique 3 - Position optimale de l'ankylose de l'articulation - Membres inférieurs

Les valeurs suivantes servent de guide. La position réelle d'une ankylose articulaire chirurgicale peut varier selon la décision du chirurgien en tenant compte des besoins et des circonstances particulières du membre, de l'ancien combattant ou du client.

Graphique 3 - Position optimale de l'ankylose de l'articulation - Membres inférieurs

Articulation	Position optimale de l'ankylose
Hanche	25 - 30° de flexion, 0 - 10° de rotation externe, 2 - 5° sans difformité ni deviation ou sans absence de consolidation d'adduction.
Genou	10 - 15° de flexion avec bon alignement.
Cheville	Position neuter sans flexion, extension, varus or valgus.

Graphique 4 - Amplitude moyenne des mouvements articulaires - Membres inférieurs

Graphique 4 - Amplitude moyenne des mouvements articulaires - Membres inférieurs

Articulation	Mouvement	Amplitude des mouvements
Hanche	Flexion Abduction Rotation interne Extension Adduction Rotation externe	120° 40° 30° 30° 20° 45°
Genou	Flexion Extension	130° 0°
Cheville	Dorsiflexion Inversion Flexion plantaire Éversion	25° 30° 40° 20°

Section 3 – Déterminer la déficience musculosquelettique – Colonne vertébrale, bassin et articulations sacro-iliaques.

Sélection des tableaux et graphiques

Voici les tableaux pouvant être utilisés pour coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques de la colonne vertébrale, du bassin et des articulations sacro-iliaques :

Table	Loss of Function	Other Impairment
Tableau 17.17	Perte fonctionnelle – Colonne cervicale	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques influant sur la colonne cervicale.
Tableau 17.18	Perte fonctionnelle – Colonne dorsale	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques influant sur la colonne dorsale.
Tableau 17.19	Perte fonctionnelle – Colonne lombaire	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques influant sur la colonne lombaire.
Tableau 17.20	Autres déficiences – Coccyx, bassin, et articulations sacro-iliaques	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques influant sur le coccyx, le bassin et les articulations sacro-iliaques.
Tableau 17.21	Autres déficiences – Ostéomyélite – Colonne vertébrale et bassin	Ce tableau permet de coter la déficience liée à l'ostéomyélite de la colonne vertébrale et du bassin.
Graphique 5	Amplitude moyenne des mouvements de l'articulation – Colonne vertébrale	Ce graphique contient les valeurs correspondant à l'amplitude des mouvements de la colonne vertébrale.
Graphique 6	Syndrome de compression radiculaire	Ce graphique décrit les effets de la compression des racines nerveuses.

Perte fonctionnelle - Colonne cervicale

Le **tableau 17.17** permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques de la colonne cervicale. On ne peut choisir qu'une seule cote à l'aide du **tableau 17.17.** Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Si l'on doit évaluer plus d'une affection de la colonne cervicale à l'aide du **tableau 17.17**, les affections sont regroupées aux fins de l'évaluation.

Les effets de la compression des racines nerveuses de la colonne cervicale sont évalués à l'aide de ce tableau.

Pour évaluer les lésions ou maladies de la moelle épinière, voir les instructions données dans l'introduction de ce chapitre.

Si les affections de la colonne cervicale 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 de l'organisme sera évaluée à l'aide du tableau pertinent ou 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 TCP pour établir la cote correspondant à l'affection ou aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Perte fonctionnelle - Colonne dorsale

Le **tableau 17.18** permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques de la colonne dorsale. On ne peut choisir qu'une cote à l'aide du t**ableau 17.18.** Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Si l'on doit évaluer plus d'une affection de la colonne dorsale à l'aide du **tableau 17.18**, les affections sont regroupées aux fins de l'évaluation.

Les effets de la compression des racines nerveuses due à une affection de la colonne dorsale sont évalués individuellement.

Pour évaluer les lésions ou maladies de la moelle épinière, voir les instructions données dans l'introduction de ce chapitre.

Si les affections de la colonne dorsale 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 de l'organisme sera évaluée à l'aide du tableau pertinent ou 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 TCP pour établir la cote correspondant à l'affection ou aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce

tableau.

Perte fonctionnelle - Colonne lombaire

Le **tableau 17.19** permet de coter la déficience liée aux affections musculosquelettiques de la colonne lombaire. On ne peut choisir qu'une cote dans le **tableau 17.19.** Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Si l'on doit évaluer plus d'une affection de la colonne lombaire à l'aide du **tableau 17.19**, les affections sont regroupées aux fins de l'évaluation.

Les effets de la compression des racines nerveuses de la colonne lombaire sont évalués à l'aide de ce tableau.

Lorsqu'on doit évaluer une lésion ou une maladie de la moelle épinière, voir les instructions données dans l'introduction de ce chapitre.

Si les affections de la colonne lombaire 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 de l'organisme sera évaluée à l'aide du tableau pertinent ou 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 TCP pour établir la cote correspondant à l'affection ou aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Autres déficiences - Coccyx, bassin et articulations sacro-iliaques

Le tableau 17.20 permet de coter la déficience musculosquelettique liée aux affections du coccyx, du bassin et des articulations sacro-iliaques. On peut attribuer une cote à l'aide du **tableau 17.20** à **chaque** partie ouvrant droit à des indemnités d'invalidité. Si plusieurs s'appliquent à une partie, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Aux fins de l'évaluation, les maladies de l'articulation sacro-iliaque sont considérées comme étant bilatérales.

Si les affections du coccyx, du bassin et des articulations sacro-iliaques 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 de l'organisme sera évaluée à l'aide du tableau pertinent ou 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 TCP pour établir la cote correspondant à l'affection ou aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Autres déficiences - Ostéomyélite - Colonne vertébrale et bassin

Le **tableau 17.21** permet de coter la déficience liée à l'ostéomyélite de la colonne vertébrale et du bassin. On peut choisir une cote pour chaque partie touchée par l'ostéomyélite. Si plusieurs s'appliquent à une partie, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Si l'ostéomyélite de la colonne vertébrale et du bassin 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 de l'organisme sera évaluée à l'aide du tableau pertinent ou 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 TCP pour établir la cote correspondant à l'affection ou aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Tableaux, Étapes et Graphiques

Tableau 17.17 - Perte fonctionnelle - Colonne cervicale

On ne peut donner qu'une cote pour la colonne cervicale à l'aide du **tableau 17.17**. 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 17.17** suivre les « **et** » et les « **ou** ».

Table 17.17 - Perte fonctionnelle - Colonne cervicale

Cote	Critères
Zéro	• Amplitude normale des mouvements sans douleur; **et** • Absence de douleur radiculaire; **et** • Absence de signes de compression radiculaire.
Quatre	• Amplitude normale des mouvements en général, mais douleur présente quotidiennement et/ou avec le mouvement.
Neuf	• Perte allant jusqu'à la moitié de l'amplitude des mouvements; **ou** • Douleur radiculaire intermittente.
Treize	• Perte égale ou supérieure à la moitié de l'amplitude des mouvements; **ou** • **Un** des signes de compression des racines nerveuses suivants sont présents dans les membres supérieurs : - Asymétrie importante des réflexes correspondants - Perte sensorielle au niveau du dermatome - Perte correspondante de la force musculaire.
Dix-huit	• Douleur radiculaire survenant au moins une fois par semaine; **ou** • **Deux** des signes de compression radiculaire suivants sont présents dans les membres supérieurs : - Asymétrie importante des réflexes correspondants - Perte sensorielle au niveau du dermatome - Perte correspondante de la force musculaire.
Vingt et un	• **Tous** les signes de compression radiculaire suivants sont présents dans les membre supérieurs : - Asymétrie importante des réflexes correspondants - Perte sensorielle au niveau du dermatome - Perte correspondante de la force musculaire.
Vingt-six	• Ankylose dans une position de fonction.
Trente-quatre	• Douleur rebelle*; **ou** • Ankylose en position défavorable de fonction.

* La douleur rebelle est une douleur grave, persistante et permanente qui ne répond pas aux modalités de traitement habituelles.

Étapes à suivre pour évaluer la déficience musculosquelettique
Affections de la colonne cervicale
(Compression radiculaire seulement, p. ex. C5, C6, C7 et C8)

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 17.17** (Perte fonctionnelle - Colonne cervicale).

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 indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Étapes à suivre pour évaluer la déficience musculosquelettique
Affections de la colonne cervicale
(Lésion ou maladie de la moelle épinière - Atteinte sur les membres supérieurs seulement)

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 17.17** (Perte fonctionnelle - Colonne cervicale).

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

Étape 3 : Attribuer une cote à l'aide du **tableau 17.1** (Perte fonctionnelle - Membres supérieurs).

Note : Si **un** membre supérieur est affecté, déterminer une cote pour ce membre.

ou

*Si **les deux** membres supérieurs* sont affectés, déterminer la cote appropriée pour chaque membre et les **additionner**.

Étape 4 : Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 3.

Étape 5 : **Comparer** les cotes aux étapes 2 et 4 et **choisir** la **plus élevée**.

Étape 6 : Déterminer la cote de la qualité de vie.

Étape 7 : Additionner les cotes des étapes 5 et 6.

Étape 8 : S'il existe un droit partiel à des indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 7.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Étapes à suivre pour évaluer la déficience musculosquelettique Affections de la colonne cervicale (Lésion ou maladie de la moelle épinière - Atteinte sur les membres supérieurs et inférieurs)

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 17.17** (Perte fonctionnelle - Colonne cervicale).

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

Étape 3 : Attribuer une cote à l'aide du chapitre 19 (Activités de la vie quotidienne).

Étape 4 : Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 3.

Étape 5 : **Comparer** les cotes des étapes 2 et 4 et choisir la **plus élevée.**

Étape 6 : Déterminer la cote de la qualité de vie.

Étape 7 : Additionner les cotes des étapes 5 et 6.

Étape 8 : S'il existe un droit partiel à des indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 7.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Table 17.18 - Perte fonctionnelle - Colonne dorsale

On ne peut donner qu'une cote pour la colonne dorsale à l'aide du **tableau 17.18**. 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 17.18,** tous les critères désignés à ce niveau de cote doivent être respectés.

Tableau 17.18 - Perte fonctionnelle - Colonne dorsale

Cote	Critères
Zéro	• Amplitude normale des mouvements sans douleur.
One	• Amplitude normale des mouvements en général, mais douleur présente quotidiennement et/ou avec le mouvement.
Deux	• Perte allant jusqu'à la moitié de l'amplitude des mouvements.
Trois	• Perte égale ou supérieure à la moitié de l'amplitude des mouvements.
Neuf	• Ankylose dans une position de fonction.
Treize	• Ankylose dans une position défavorable de fonction.

Note : Pour coter la colonne dorsale, on doit s'intéresser aux mouvements de rotation plutôt qu'aux mouvements de flexion et d'extension qui sont surtout une fonction de la colonne lombaire.

Les effets de la compression radiculaire de la colonne dorsale seront évalués individuellement.

Étapes à suivre pour évaluer la déficience musculosquelettique
Colonne dorsale
(Compression radiculaire seulement)

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 17.18** (Perte fonctionnelle - Colonne dorsale).

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 indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Étapes à suivre pour évaluer la déficience musculosquelettique Colonne dorsale (Lésion ou maladie de la moelle épinière - Atteinte aux membres supérieurs seulement)

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 17.18** (Perte fonctionnelle - Colonne dorsale).

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

Étape 3 : Déterminer les cotes à l'aide du **tableau 17.1** (Perte fonctionnelle - Membre supérieurs).

Note : Si **un** membre supérieur est affecté, déterminer une cote pour ce membre

ou

*Si **les deux** membres supérieurs* sont affectés, déterminer la cote qui convient pour chaque membre et les **additionner**.

Étape 4 : Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui,** appliquer à la cote de l'étape 3.

Étape 5 : **Comparer** les cotes des étapes 2 et 4 et **choisir** la **plus élevée**.

Étape 6 : Déterminer la cote de la qualité de vie.

Étape 7 : Additionner les cotes des étapes 5 et 6.

Étape 8 : S'il existe un droit partiel à des indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 7.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Étapes à suivre pour évaluer la déficience musculosquelettique Colonne dorsale (Lésion ou maladie de la moelle épinière - Atteinte aux membres inférieurs seulement)

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 17.18** (Perte fonctionnelle - Colonne dorsale).

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 ou les cotes à l'aide du **tableau 17.9** (Perte fonctionnelle - Membres inférieurs).

Étape 4 : Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui,** appliquer à la cote de l'étape 3.

Étape 5 : Comparer les cotes des étapes 2 et 4 et **choisir** la **plus élevée**.

Étape 6 : Déterminer la cote de la qualité de vie.

Étape 7 : Additionner les cotes des étapes 5 et 6.

Étape 8 : S'il existe un droit partiel à des indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 7.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Étapes à suivre pour évaluer la déficience musculosquelettique Colonne dorsale (Lésion ou maladie de la moelle épinière - Atteinte aux membres inférieurs et supérieurs)

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 17.18** (Perte fonctionnelle - Colonne dorsale).

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 dans le chapitre 19 (Activités de la vie quotidienne).

Étape 4 : Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui,** appliquer à la cote de l'étape 3.

Étape 5 *:* **Comparer** les cotes des étapes 2 et 4 et **choisir** la **plus élevée**.

Étape 6 : Déterminer la cote de la qualité de vie.

Étape 7 : Additionner les cotes des étapes 5 et 6.

Étape 8 : S'il existe un droit partiel à des indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 7.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Table 17.19 - Perte fonctionnelle - Colonne lombaire

On ne peut donner qu'une cote pour la colonne lombaire à l'aide du **tableau 17.19**. 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 17.19**, suivre les « **et** » et les « **ou** ».

Tableau 17.19 - Perte fonctionnelle - Colonne lombaire

Cote	Critères
Zéro	• Amplitude normale des mouvements sans douleur; **et** • Absence de névralgie sciatique*; **et** • Absence de signes de compression radiculaire.
Quatre	• Amplitude normale des mouvements en général, mais douleur présente quotidiennement et/ou avec le mouvement.
Neuf	• Perte allant jusqu'à la moitié de l'amplitude des mouvements; **ou** • Névralgie sciatique intermittente.
Treize	• Perte égale ou supérieure à la moitié de l'amplitude des mouvements; **ou** • **Un** des signes de compression des radiculaires suivants sont présents dans les membres inférieurs : - Asymétrie importante des réflexes correspondants - Perte sensorielle au niveau du dermatome - Perte correspondante de la force musculaire.
Dix-huit	• Névralgie sciatique survenant au moins une fois par semaine; **ou** • **Deux** des signes de compression radiculaire suivants sont présents dans les membres inférieurs : - Asymétrie importante des réflexes correspondants - Perte sensorielle au niveau du dermatome - Perte correspondante de la force musculaire.
Vingt et un	• Douleur sciatique presque tous les jours; **ou** • **Tous** les signes de compression radiculaire suivants sont présents dans les membres inférieurs : - Asymétrie importante des réflexes correspondants - Perte sensorielle au niveau du dermatome - Perte correspondante de la force musculaire.
Trente et un	• Ankylose dans une position de fonction.
Trente-quatre	• Douleur rebelle**.
Trente-neuf	• Ankylose dans une position de fonction défavorable.

* On définit la névralgie sciatique comme une douleur qui irradie lors la distribution d'un dermatome lombaire ou sacré en dessous du niveau du genou et qui peut être accompagnée ou non d'un déficit sur les plans neurosensoriel et moteur.
** La douleur rebelle est une douleur grave, persistante et permanente qui ne répond pas aux modalités de traitement habituelles.

Étapes à suivre pour évaluer la déficience musculosquelettique
Colonne lombaire
(Compression radiculaire seulement, p. ex. L4, L5 et S1)

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 17.19** (Perte fonctionnelle - Colonne lombaire).

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 indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Étapes à suivre pour évaluer la déficience musculosquelettique Colonne lombaire (Lésion ou maladie de la moelle épinière - Atteinte aux membres inférieurs seulement)

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 17.19** (Perte fonctionnelle - Colonne lombaire).

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 dans le **Table 17.9** (Perte fonctionnelle - Membres inférieurs - s'il y a lieu).

Note : Si une lésion ou maladie de la moelle épinière de la colonne lombaire ouvrant droit à des indemnités d'invalidité porte atteinte à la fonction d'un membre inférieur ou des deux, il faut établir une cote à l'aide du **tableau 17.9** (Perte fonctionnelle - Membres inférieurs). Que l'un des membres inférieurs ou les deux soient affectés, la cote établie à l'aide du **tableau 17.9** est **comparée** à celle du **Table 17.19**, et la **plus élevée** est retenue.

Étape 4 : Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 3.

Étape 5 : **Comparer** les cotes des étapes 2 et 4 et **choisir** la **plus élevée**.

Étape 6 : Déterminer la cote de la qualité de vie.

Étape 7 : Additionner les cotes des étapes 5 et 6.

Étape 8 : S'il existe un droit partiel à des indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 7.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Table 17.20 - Autres déficiences - Coccyx, bassin et articulations sacro-iliaques

On ne peut attribuer qu'une cote à l'aide du **tableau 17.20** pour chacune des parties suivantes : coccyx, bassin et articulations sacro-iliaques. Aux fins de l'évaluation, les maladies des articulations sacro-iliaques sont considérées comme étant bilatérales. Si plusieurs cotes s'appliquent à une partie, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Chaque puce (·) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **tableau 17.20**, un seul critère doit être respecté à un niveau de déficience pour que cette cote soit choisie.

Table 17.20 - Autres déficiences - Coccyx, bassin et articulations sacro-iliaques

Cote	Critères
Zéro	• Asymptomatique; site donneur de la greffe osseuse consolidé; **ou** • Asymptomatique; fracture du bassin consolidée avec ou sans déplacement; **ou** • Asymptomatique; maladie d'une articulation sacro-iliaque; **ou** • Asymptomatique; absence de consolidation, consolidation en mauvaise position ou excision du coccyx.
Un	• Site donneur de la greffe osseuse douloureux.
Quatre	• Fracture du bassin consolidée accompagnée de déplacement et de symptômes persistants; **ou** • Maladie d'une articulation sacro-iliaque accompagnée de sensibilité au toucher de l'articulation et de symptômes intermittents; **ou** • Absence de consolidation, consolidation en mauvaise position ou excision du coccyx accompagnée de symptômes intermittents.
Sept	• Maladie d'une articulation sacro-iliaque accompagnée de sensibilité au toucher de l'articulation et de symptômes persistants; **ou** Absence de consolidation, consolidation en mauvaise position ou excision du coccyx accompagnée de symptômes persistants.
Treize	• Fracture du bassin consolidée accompagnée de déplacement et de symptômes persistants.
Trente-quatre	• Fracture du bassin provoquant une douleur rebelle*.

* La douleur rebelle est une douleur grave, persistante et permanente qui ne répond pas aux modalités de traitement habituelles.

Étapes à suivre pour évaluer la déficience musculosquelettique Coccyx, bassin et articulations sacro-iliaques

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 17.20** (Autres déficiences - Coccyx, bassin et articulations sacro-iliaques).

Note : **Une** cote est choisie à l'aide du **tableau 17.20** pour chaque affection du coccyx et du bassin ouvrant droit à des indemnités d'invalidité.

Une cote est choisie à l'aide du **tableau 17.20** pour les affections de l'articulation sacro-iliaque ouvrant droit à des indemnités d'invalidité que l'affection soit unilatérale ou bilatérale.

On doit répéter les étapes pour chaque partie ouvrant droit à des indemnités d'invalidité.

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 indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Tableau 17.21 - Autres déficiences - Ostéomyélite - Colonne vertébrale et bassin

On ne peut attribuer qu'une cote à l'aide du **tableau 17.21** pour chaque partie de la colonne vertébrale et du bassin touchée par l'ostéomyélite. Si plusieurs cotes s'appliquent à une partie, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Chaque puce (•) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **tableau 17.21**, tous les critères à ce niveau de la cotation doivent être respectés.

Tableau 17.21 - Autres déficiences - Ostéomyélite - Colonne vertébrale et bassin

Cote	Critères
Un	• Épisode unique d'ostéomyélite ayant cessé grâce à un traitement; sans effets résiduels.
Quatre	• Exacerbations répétées d'ostéomyélite dans les 5 dernières années sans progression vers un écoulement sinusal, une perte osseuse locale et/ou une douleur chronique.
Neuf	• Ostéomyélite chronique accompagnée de perte osseuse locale et/ou de douleur chronique.
Treize	• Ostéomyélite chronique accompagnée de la formation d'un sinus et d'un écoulement persistant.

Étapes à suivre pour évaluer la déficience liée à l'ostéomyélite - Colonne vertébrale et bassin

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 17.21** (Autres déficiences - Ostéomyélite - Colonne vertébrale et bassin).

Note : On peut attribuer une cote pour chaque partie de la colonne vertébrale et du bassin touchée par l'ostéomyélite et ouvrant droit à des indemnités d'invalidité.

On doit répéter les étapes pour chaque partie ouvrant droit à des indemnités d'invalidité.

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 indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Graphique 5 - Amplitude moyenne du mouvement des articulations - Colonne vertébrale

Graphique 5 - Amplitude moyenne du mouvement des articulations - Colonne vertébrale

Articulation	Mouvement	Amplitude des mouvements
Colonne cervicale	Flexion Flexion latérale droite Rotation droite Extension Flexion latérale gauche Rotation gauche	60° 45° 70° 60° 45° 70°
Colonne dorso-lombaire*	Flexion Flexion latérale droite Rotations droite Extension Flexion latérale gauche Rotation gauche	90° 35° 35° 30° 35° 35°

*En règle générale, chaque vertèbre dorsale contribue à environ 3 degrés de flexion (3 x 12 = 36 degrés de flexion totale due à la colonne dorsale) et chaque vertèbre lombaire à environ 9 degrés de flexion (9 x 5 = 45 degrés de flexion totale due à la colonne lombaire) pour une flexion totale de la colonne dorso-lombaire de 81 degrés.

Graphique 6 - Syndrome de compression radiculaire

Ce graphique donne une description des signes fréquents associés au syndrome de compression radiculaire au niveau de la colonne cervicale et de la colonne lombaire.

Graphique 6 - Syndrome de compression radiculaire

Racine nerveuse	Effets de la compression des racines nerveuses
Syndrome de compression radiculaire C5	• Faiblesse de l'abduction de l'épaule et de la flexion du coude. • Perte du réflexe du biceps. • Perte sensorielle sur la face externe du bras
Syndrome de compression radiculaire C6	• Faiblesse de la flexion du coude. • Faible réflexe du biceps. • Perte sensorielle sur la face radiale (externe) de l'avant-bras et sur le pouce.
Syndrome de compression radiculaire C7	• Faiblesse de l'extension du coude. • Perte du réflexe du triceps. • Perte sensorielle sur la face postérieure du bras et de l'avant-bras et sur le majeur.
Syndrome de compression radiculaire C8	• Faiblesse de la flexion des doigts. • Perte sensorielle sur la face cubitale (interne) de l'avant-bras et sur l'annulaire et l'auriculaire.
Syndrome de compression radiculaire L4	• Faiblesse de l'extension du genou. • Faiblesse du réflexe rotulien (genou). • Perte sensorielle sur la face interne de la jambe, en particulier la partie supérieure à la malléole interne.
Syndrome de compression radiculaire L5	• Faiblesse de la dorsiflexion de la cheville et de l'extension du gros orteil. Marche sur le talon restreinte. • Faiblesse de l'abduction de la hanche. Le test de Trendelenburg peut être positif. • Perte sensorielle sur la face latérale de la jambe et la face interne du dos du pied.
Syndrome de compression radiculaire S1	• Faiblesse de la flexion plantaire de la cheville. Marche sur la pointe du pied restreinte. • Faiblesse du grand fessier. Extension de la hanche restreinte. • Faiblesse du réflexe du tendon d'Achille (cheville). • Perte sensorielle sur la face postéro-latérale de la cuisse et de la jambe et sur la face latérale du pied.

Chapitre 18
AFFECTIONS MALIGNES

Introduction

Ce chapitre contient les critères permettant d'évaluer la déficience permanente liée aux affections malignes ouvrant droit à des indemnités d'invalidité.

On doit tenir compte des cotes des tableaux figurant dans d'autres chapitres pour calculer la cote correspondant à une affection maligne. On décide du chapitre à utiliser selon l'emplacement de la malignité (par exemple, le cancer du poumon est évalué à l'aide des tableaux du chapitre sur les affections malignes et des tableaux du chapitre sur les affections cardiorespiratoires). Tous les taux applicables sont comparés et le plus élevé est choisi.

Tableaux de cotation

Ce chapitre contient un tableau « Perte fonctionnelle » et un tableau « Autres déficiences » qui peuvent être utilisés pour évaluer les affections malignes ouvrant droit à des indemnités d'invalidité.

On doit également tenir compte des cotes des tableaux d'autres chapitres comme il est indiqué dans « Étapes à suivre pour évaluer la déficience due à des affections malignes » à la dernière page de ce chapitre. Le chapitre à utiliser dépend de l'emplacement de la malignité.

Dans ce chapitre, lorsqu'une invalidité est cotée à partie du **tableau 18.1** - Perte fonctionnelle - Affections malignes et du **tableau 18.2** - Autres déficiences - Espérance de vie - Affections malignes, les cotes sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Voici les tableaux de ce chapitre :

Tableau 18.1	Perte fonctionnelle - Affections malignes	Ce tableau permet de coter la déficience liée la perte fonctionnelle due à des affections malignes.
Tableau 18.2	Autres déficiences - Espérance de vie - Affections malignes	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux estimations de l'espérance de vie.

Perte fonctionnelle - Affections malignes

Le **tableau 18.1** permet de coter la déficience liée aux affections malignes ouvrant droit à des indemnités d'invalidité. 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.

Aux fins du **tableau 18.1**, « symptômes » s'entend des symptômes (y compris la douleur) de l'affection maligne elle-même et des symptômes des effets de son traitement.

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.

Autres déficiences - Espérance de vie - Affections malignes

Le **tableau 18.2** permet de coter la déficience liée aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité par rapport à l'espérance de vie et au pronostic. On ne peut choisir qu'une cote pour chaque affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité.

Dans la mesure du possible, la cotation faite à l'aide du **tableau 18.2** doit se fonder sur une estimation de survie donnée par un oncologue ou autre médecin traitant. En l'absence de cette estimation, on utilise des preuves justificatives d'une référence médicale reconnue normalisée pour obtenir une estimation. Les estimations doivent se fonder sur des malignités de même type et de même degré de propagation que le cas évalué. L'estimation ou l'espérance de vie prévue utilisée au **tableau 18.2** est projetée à partir de la date du diagnostic ou de la date de toute procédure de stadification ou opération importante.

Une fois que l'on a établi une cote à l'aide du **tableau 18.2, on ne doit pas la changer à moins de nouveaux résultats indiquant que le pronostic antérieur était fondé sur des données cliniques erronées.**

La cote ne **doit pas être modifiée de façon posthume** pour rendre compte de la durée réelle de la survie du membre, de l'ancien combattant ou du client à la suite du diagnostic ou de la stadification. L'estimation de l'espérance de vie ne peut être fondée que sur une probabilité prévue de survie et non sur la durée réelle de survie.

La cote établie à l'aide du **tableau 18.2 ne peut pas être actualisée pour tenir compte de la progression naturelle de l'affection.** À mesure que la maladie évolue, on s'attend à ce que les cotes établies à l'aide du **tableau 18.1** dépasseront celles du **tableau 18.2.**

On **ne peut pas réduire** une cote du **tableau 18.2** en raison d'une réaction favorable au traitement ou d'une survie plus longue que prévue.

Si l'affection est évaluée pour la première fois plus de cinq ans après le diagnostic **et** que l'affection est en rémission ou est susceptible d'être guérie, on attribue une cote de **zéro** à la déficience maligne.

Tableau 18.1- Perte fonctionnelle - Affections malignes

On ne peut choisir qu'une seule cote à l'aide du **tableau 18.1** 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.

Chaque puce (•) représente un critère. Pour établir une cote pour le **tableau 18.1**, tous les critères désignés à ce niveau de cotation doivent être respectés.

Tableau 18.1 - Perte fonctionnelle - Affections malignes

Cote	Critères
Zéro	• Asymptomatique.
Un	• Asymptomatique mais nécessitant de la surveillance et/ou une thérapie constante.
Neuf	• Symptômes légers à modérés qui sont irritants ou désagréables, mais empêchent rarement d'exercer des activités. Les symptômes peuvent causer une perte d'efficacité pour certaines activités.
Dix-huit	• Symptômes très graves qui sont pénibles et empêchent régulièrement d'exercer certaines activités de la vie quotidienne. Des activités physiques ardues (porter le linge à laver, pelleter la neige ou passer la tondeuse) sont impossibles, mais la personne reste ambulatoire et peut accomplir des tâches faciles à la maison ou au bureau. Les soins personnels ne sont pas touchés, et l'autonomie est maintenue.

Quarante-trois	• Les symptômes sont graves et empêchent d'accomplir de nombreuses activités quotidiennes. La personne a besoin d'une aide quotidienne pour ses soins personnels.
Soixante-trois	• Les symptômes sont graves et restreignent considérablement les activités quotidiennes. Les soins personnels sont de plus en plus difficiles à accomplir ce qui conduit à une dépendance partielle à l'égard de tiers. La personne est confinée au lit ou dans un fauteuil au moins une partie de la journée.
Quatre-vingt-un	• Les symptômes sont sévères et empêchent d'accomplir la plupart des activités quotidiennes. La personne dépend de tiers pour tous les soins personnels. Il se peut qu'elle doive être hospitalisée ou rester à la maison avec des soins médicaux fréquents. Elle est totalement confinée au lit ou dans un fauteuil.

Tableau 18.2 - Autres déficiences - Espérance de vie - Affections malignes

On ne peut choisir qu'une seule cote à l'aide du **tableau 18.2** pour chaque affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité.

Chaque puce (•) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **tableau 18.2**, tous les critères désignés à ce niveau de cotation doivent être respectés.

Tableau 18.2 - Autres déficiences - Espérance de vie - Affections malignes

Cote	Espérance de vie prévue au moment du diagnostic ou de la procédure de stadification
Zéro	• **Survie de cinq ans normale ou quasi normale .**
Quatre	• **Survie de cinq ans prévue, moins de 95 %.**
Neuf	• **Survie de cinq ans prévue, moins de 75 %.**
Dix-huit	• **Survie de cinq ans prévue, moins de 50 %.**
Quarante-trois	• **Survie de cinq ans prévue, moins de 25 %.**
Soixante-trois	• **Survie d'un ans prévue, moins de 50 %.**
Quatre-vingt-un	• **Survie d'un ans prévue, moins de 25 %.**

Étapes à suivre pour évaluer la déficience liée à des affections malignes

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 18.1** (Perte fonctionnelle - Affections malignes).

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 à l'aide du **tableau 18.2** (Autres déficiences - Espérance de vie - Affections malignes).

Étape 4 : **Comparer** les cotes des étapes 2 et 3 et choisir la **plus élevée**.

Étape 5 : Déterminer la ou les cotes dans les chapitres pertinents de la Table des invalidités à l'aide des tableaux et des étapes applicables des chapitres.

Étape 6 : Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 5.

Étape 7 : **Comparer** les cotes des étapes 4 et 6 et choisir la **plus élevée**.

Étape 8 : Déterminer la cote de la qualité de vie.

Étape 9 : Additionner les cotes des étapes 7 et 8.

Étape 10 : S'il existe un droit partiel à des indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 9.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Chapitre 19
DÉGRADATION DES ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE

Introduction

Les activités de la vie quotidienne (AVQ) sont un ensemble d'activités définies qui sont nécessaires aux soins personnels normaux, c'est-à-dire l'hygiène personnelle, le fait de s'habiller, de se nourrir, les transferts et la mobilité dans le lit, les déplacements et le contrôle des intestins et de la vessie.

Aux fins d'évaluation de l'invalidité d'ACC, les AVQ comprennent les activités nécessaires pour les soins personnels, notamment:

- **hygiène personnelle** - comprend le bain et les soins personnels. Le bain désigne le lavage du visage, du tronc, des extrémités et du périnée. Les soins personnels désignent le brossage des cheveux et des dents, le rasage et le maquillage.

- **habillage** - mettre et enlever des vêtements d'intérieur et d'extérieur.

- **alimentation** - manger et boire des aliments préparés. Comprend le fait de couper des aliments, de beurrer du pain, etc.

- **transferts/mobilité dans le lit** - passer de la position assise à la position debout, aller d'un siège à un autre ou s'asseoir dans un lit, se lever et se déplacer autour du lit.

- **déplacements** - marcher sur un terrain plat ou sur des pentes douces ou monter et descendre des escaliers.

- **contrôle des intestins et de la vessie** - désigne un degré de continence.

On utilise ce chapitre lorsqu'il n'existe pas de critères dans les tableaux du système, ou lorsqu'ils ne sont pas suffisants ou lorsque l'application de certain des tableaux est inadéquate.

Ce chapitre permet de coter la déficience permanente due à des affections qui ont des effets multiples ou globaux sur l'organisme, notamment: affections endocriniennes, métaboliques et hémopoïétiques qui ne répondent pas à un traitement optimal, l'arthrite

inflammatoire (p. ex. polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite ankylosante, syndrome de Reiter et polyarthrite psoriasique), arthrose généralisée, fibromyalgie, fatigue chronique, sclérose latérale amyotrophique (SLA), maladie de Parkinson, sclérose en plaques, polyneuropathie touchant la fonction des membres supérieurs et inférieurs, lésions de la moelle épinière ou maladies touchant la fonction des membres supérieurs et inférieurs, traumatisme crânien ou maladies touchant la fonction des membres supérieurs et inférieurs et autres « syndromes » de symptômes physiques non diagnostiqués.

Bon nombre des affections évaluées dans ce chapitre présentent des symptômes de douleur chronique. Ces symptômes sont cotés à l'aide du **tableau 19.7** - Autres déficiences - Douleur chronique.

La déficience liée aux affections psychiatriques est cotée dans le chapitre 21, Affections psychiatriques. Aucune autre cote ne doit être prise de ce chapitre.

La déficience liée à des affections malignes est cotée dans le chapitre 18, Affections malignes. Aucune autre cote ne doit être prise de ce chapitre.

Si plus d'une affection ouvrant droit à des prestations d'invalidité est cotée dans ce chapitre, les affections sont regroupées aux fins de l'évaluation.

Si les affections ouvrant droit à des prestations d'invalidité cotées dans ce chapitre entraînent la déficience permanente d'organes ou s'accompagnent de la déficience d'organes particuliers, il faut rendre une décision relative à une affection consécutive. Si celle-ci est favorable, la déficience organique qui en découle sera cotée à l'aide des tableaux spécifiques aux parties applicables de l'organisme.

Tableaux de cotation

Ce chapitre contient six tableaux sur la « Perte fonctionnelle » et un sur les « Autres déficiences» que l'on peut utiliser pour coter les affections ouvrant droit à des prestations d'invalidité qui ont des effets multiples ou globaux sur l'organisme. Lorsqu'une cote de plus d'un tableau s'applique, les cotes sont **additionnées.**

Les tableaux de ce chapitre sont les suivants:

Tableau	Perte fonctionnelle	Autres affections
Tableau 19.1	Perte fonctionnelle - Activités de la vie quotidienne - Hygiène personnelle	Ce tableau permet de coter la déficience d'une activité de la vie quotidienne, plus précisément l'hygiène personnelle.

Tableau 19.2	Perte fonctionnelle - Activités de la vie quotidienne - Habillage	Ce tableau permet de coter la déficience d'une activité de la vie quotidienne, plus précisément l'habillage.
Tableau 19.3	Perte fonctionnelle - Activités de la vie quotidienne - Alimentation	Ce tableau permet de coter la déficience d'une activité de la vie quotidienne, plus précisément l'alimentation.
Tableau 19.4	Perte fonctionnelle - Activités de la vie quotidienne - Transferts/mobilité dans le lit	Ce tableau permet de coter la déficience d'une activité de la vie quotidienne, plus précisément les transferts/la mobilité dans le lit.
Tableau 19.5	Perte fonctionnelle - Activités de la vie quotidienne - Déplacements	Ce tableau permet de coter la déficience d'une activité de la vie quotidienne, plus précisément les déplacements.
Tableau 19.6	Perte fonctionnelle - Activités de la vie quotidienne - Contrôle des intestins et de la vessie	Ce tableau permet de coter la déficience d'une activité de la vie quotidienne, plus précisément le contrôle des intestins et de la vessie.
Tableau 19.7	Autres déficiences - Douleur chronique	Ce tableau permet de coter la douleur chronique.

Perte fonctionnelle - AVQ

Les tableaux 19.1 à **19.6** permettent de coter les affections ouvrant droit à des prestations d'invalidité qui ont des effets multiples ou globaux sur l'organisme.

La cotation peut se faire à partir de chacun des **tableaux 19.1** à **19.6**. Si des affections n'ouvrant pas droit à des prestations d'invalidité ou des affections cotées dans un autre chapitre de la Table des invalidités contribuent à la déficience globale, le Tableau des contributions partielles (TCP) doit être utilisé pour la cotation de l'affection ou des affections ouvrant droit à des prestations d'invalidité cotées dans ce chapitre. Selon le cas, le TCP s'applique à chaque niveau du tableau.

Autres déficiences - Douleur chronique

On n'utilise qu'une seule cote du **tableau 19.7**. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Une cote choisie dans ce tableau **ne** peut **pas** être additionnée à une cote choisie dans un autre chapitre pour la **même** affection ouvrant droit à des prestations d'invalidité.

Douleur et **douleur chronique** sont définies de nombreuses façons.

L'Association internationale pour l'étude de la douleur définit la douleur comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à des lésions tissulaires réelles ou potentielles ou décrites en des termes évoquant de telles lésions ». La Commission américaine sur l'évaluation de la douleur la définit comme « une expérience complexe faisant intervenir des processus physiques, mentaux, sociaux et comportementaux qui compromettent la qualité de vie de nombreuses personnes ».

La American Medical Association définit la **douleur chronique** comme « un processus évolutif dans lequel la lésion peut produire un mécanisme pathogène qui en produit d'autres à son tour de sorte que les causes de la douleur changent avec le temps ».

La perception de la douleur et sa gravité sont un phénomène complexe et personnel. La douleur est fortement influencée par les émotions, la personnalité et les valeurs, le processus cognitif, les expériences, l'éducation et les origines ethniques et culturelles de chacun. La douleur chronique peut nuire au bien-être social et émotionnel de la personne, et les effets sont proportionnels à la durée de la douleur et à son intensité.

Comme la perception de la douleur est très subjective et que l'étude de l'évaluation de la douleur continue d'évoluer, il est extrêmement difficile d'évaluer objectivement la douleur chronique. Par conséquent, l'évaluation du comportement, de la situation et des attitudes émotives face à la douleur est importante pour évaluer la douleur chronique.

L'expression de la souffrance émotionnelle est très personnelle. Ce peut être le repli sur soi, la colère ou les abus, la dépression ou des troubles corporels.

Pour les besoins d'ACC, la « **douleur chronique »** est la douleur qui persiste au-delà de la période normalement nécessaire pour une guérison physique ou la douleur due à des affections physiques chroniques comme l'arthrite rhumatoïde. De plus, cette douleur doit durer depuis au moins 6 mois avant d'être considérée comme étant chronique. On s'attend généralement à ce que cette douleur persiste malgré des soins médicaux, bien qu'elle puisse aller et venir pendant la période de 6 mois et par la suite. Les principaux aspects à prendre en compte pour évaluer la souffrance émotionnelle liée à la douleur comprennent l'humeur générale, l'anxiété, des éléments dépressifs et l'irritabilité. Les maux de tête, la douleur musculosquelettique, la fatigue, les douleurs gastrointestinales, les troubles de la mémoire et l'insomnie sont des symptômes fréquents et seront pris en compte dans la cotation de l'affection dans ce tableau.

Si des affections n'ouvrant pas droit à des prestations d'invalidité ou des affections cotées dans un autre chapitre de la Table des invalidités contribuent à la déficience globale, le TCP doit être utilisé pour la cotation de l'affection ou des affections ouvrant droit à des prestations d'invalidité cotées dans ce chapitre.

Tableau 19.1- Perte fonctionnelle - Hygiène personnelle

Chaque puce (•) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **tableau 19.1**, tous les critères désignés à ce niveau de cotation doivent s'appliquer.

Tableau 19.1- Perte fonctionnelle - Hygiène personnelle

Cote	Critères	Exemples
Zéro	- Autonome. Peut se laver et s'acquitter des soins personnels seul(e).	- Se préparer pour les activités suivantes et les accomplir : se brosser les dents ou le dentier; se couper les ongles, se peigner ou se brosser les cheveux, se raser ou se maquiller et se laver, se rincer et s'essuyer le visage et le corps dans la baignoire, la douche ou à l'aide d'une éponge.
Un	- Autonome. Peut se laver et s'acquitter des soins personnels sans équipement spécial, adaptation ou aide de tierces personnes, mais a de la difficulté à le faire et/ou l'activité cause de la douleur.	- Douleur en se penchant pour se couper les ongles des pieds. - Difficulté à lever le bras au-dessus de la tête et à atteindre les cheveux pour les brosser. - Le temps nécessaire pour se laver et s'acquitter des soins personnels est anormalement long.
Quatre	• Autonome avec des aides, des appareils fonctionnels ou une adaptation de la tâche. Peut se laver et s'acquitter des soins personnels seul(e) avec des aides, des appareils fonctionnels ou une adaptation de la tâche.	- A besoin d'une éponge ou d'une brosse à long manche. - Doit utiliser un rasoir électrique pour des raisons de sécurité.
Neuf	• Le membre, l'ancien combattant ou le client a besoin de l'aide d'une autre personne pour se laver ou s'acquitter des soins personnels (préparation ou supervision) ou l'aide physique d'une autre personne dans la mesure où le membre, l'ancien combattant ou le client peut accomplir au moins 50% des tâches liées aux soins personnels et à la toilette.	- A besoin de l'aide d'une autre personne pour préparer l'équipement de douche ou pour se préparer pour un lavage à la serviette. - A besoin de l'aide d'une autre personne pour superviser la douche pour des raisons de sécurité. - Le membre, l'ancien combattant ou le client a besoin d'aide seulement pour le soin des ongles. - Le membre, l'ancien combattant ou le client peut se laver seul sauf pour les pieds. - Le membre, l'ancien combattant ou le client ne peut pas lever le bras pour se peigner ou se brosser les cheveux.

Cotes	Critères	Exemples
Treize	• Le membre, l'ancien combattant ou le client a besoin de l'aide d'une autre personne dans la mesure où il peut accomplir au moins 50% des tâches liées aux soins personnels et à la toilette, ou le membre, l'ancien combattant ou le client dépend d'une autre personne pour les soins personnels et la toilette.	- Le membre, l'ancien combattant ou le client a besoin d'aide pour laver les parties inférieures aux genoux/zones du périnée et du fessier, et pour se couper les ongles. - Le membre, l'ancien combattant ou le client peut contribuer de façon minime en positionnant les membres pour le bain, etc.

Tableau 19.2 - Perte fonctionnelle - Habillage

Chaque puce (•) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **tableau 19.2**, tous les critères désignés à ce niveau de cotation doivent s'appliquer.

Tableau 19.2 - Perte fonctionnelle - Habillage

Cote	Critères	Exemples
Zéro	- Autonome. Peut s'habiller et se déshabiller seul(e).	– Prend les vêtements à leur endroit habituel, tiroirs et placards; peut mettre un soutien-gorge, un vêtement à enfiler par la tête ou à ouverture frontale; peut mettre des sous-vêtements, des pantalons, une jupe, une ceinture, des collants et des chaussures; peut utiliser une fermeture éclair, des boutons ou des boutons pression et place et retire une prothèse ou une orthèse selon le cas.
Un	• Autonome. Peut s'habiller et se déshabiller seul(e) sans équipement spécial, adaptation ou aide de tierces personnes, mais a de la difficulté à le faire et/ou l'activité cause de la douleur.	– Plusieurs tentatives pour atteindre les pieds avant de pouvoir retirer les chaussettes. – Enlever les vêtements par la tête est douloureux, etc. – Temps anormalement long pour s'habiller et se déshabiller.
Quatre	• Autonome avec des aides, des appareils fonctionnels ou une adaptation de la tâche. Peut s'habiller et se déshabiller seul(e) avec des aides, des appareils fonctionnels ou une adaptation de la tâche.	– Porte des vêtements modifiés, par exemple équipés de velcro. - Utilise au moins un appareil fonctionnel comme une prothèse ou une orthèse, un crochet à boutons, un enfile-bas, des lacets élastiques, etc. pour s'habiller.
Neuf	• Le membre, l'ancien combattant ou le client a besoin de l'aide d'une autre personne pour la préparation ou la supervision ou de l'aide physique d'une autre personne dans la mesure où le membre, l'ancien combattant ou le client peut encore accomplir au moins 50% des tâches liées au fait de s'habiller.	– A besoin de l'aide d'une autre personne pour préparer et réunir les vêtements à porter. – Le membre, l'ancien combattant ou le client a besoin d'aide seulement pour mettre des chaussures et des chaussettes. – La personne membre, l'ancienne combattante ou la cliente ne peut pas mettre un soutien-gorge seule.

Cote	Critères	Exemples
		– Le membre, l'ancien combattant ou le client peut vêtir la partie supérieure du corpos mais a besoin d'aide pour passer les vêtements par les pieds.
Treize	• Le membre, l'ancien combattant ou le client a besoin de l'aide physique d'une autre personne dans la mesure où il peut exécuter moins de 50% des tâches liées au fait de s'habiller, ou le membre, l'ancien combattant ou le client dépend d'une autre personne pour s'habiller.	– Le membre, l'ancien combattant ou le client peut se vêtir d'un côté, mais a besoin d'aide pour fermer les vêtements et les faire passer par-dessus la tête et par les pieds. – Le membre, l'ancien combattant ou le client peut contribuer de façon minime en positionnant les membres pour s'habiller, etc.

Tableau 19.3- Perte fonctionnelle - Alimentation

Chaque puce (•) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **tableau 19.3**, tous les critères désignés à ce niveau de cotation doivent s'appliquer.

Tableau 19.3- Perte fonctionnelle – Alimentation

Cote	Critères	Exemples
Zéro	• Autonome. Peut se nourrir sans équipement spécial, adaptation ou l'aide d'un tiers.	– Utiliser une assiette; porter une cuillère ou une fourchette à la bouche; mâcher et avaler la nourriture, manger de la nourriture de toutes les consistances et boire dans un verre ou une tasse.
Trois	• Autonome. Peut se nourrir sans équipement spécial, adaptation ou l'aide d'un tiers, mais a de la difficulté à exécuter l'activité ou celle-ci lui cause de la douleur.	– Difficulté à couper la viande ou à beurrer du pain. – Le mouvement pour porter une fourchette ou un verre à la bouche est douloureux. – Difficulté à garder la nourriture sur la fourchette ou dans la cuillère. – Temps anormalement long pour manger.
Neuf	• Autonome avec des aides, appareils fonctionnels ou adaptation de la tâche. Peut se nourrir seul(e) avec des aides ou des appareils fonctionnels ou adaptation de la tâche.	– A besoin de vaisselle et d'ustensiles modifiés, comme un couteau à fil convexe, une assiette à bords élevés, des couverts à manche adapté, une paille, etc. – A besoin que la consistance de la nourriture soit modifiée ou d'une nourriture en purée.
Treize	• Le membre, l'ancien combattant ou le client a besoin de l'aide d'une autre personne pour se nourrir (préparation ou supervision) ou de l'aide physique d'une autre personne dans la mesure où le membre, l'ancien	– A besoin de l'aide d'une autre personne pour couper la viande, beurrer le pain, ouvrir les contenants. – A besoin de l'aide d'une autre personne pour

	combattant ou le client peut exécuter au moins 50% des tâches liées à l'alimentation. .	appliquer l'orthèse. – Le membre, l'ancien combattant ou le client peut manger seul la plus grande partie de son repas. A besoin d'aide pour tenir une tasse lourde et pour manger des aliments comme des pois, qui exigent une stabilité de mouvement. – Le membre, l'ancien combattant ou le client a besoin de supervision et d'aide, car il a tendance à s'étouffer, a de la difficulté à avaler ou est désorienté et oublie de manger.
Dix-huit	• Le membre, l'ancien combattant ou le client a besoin de l'aide physique d'une autre personne dans la mesure où le membre, l'ancien combattant ou le client peut exécuter moins de 50% des tâches liées à l'alimentation.	– Le membre, l'ancien combattant ou le client ne peut pas se servir d'ustensiles. Il peut apporter seul des aliments à sa bouche comme du pain, des biscuits, des sandwiches, etc., mais a besoin de l'aide d'une autre personne pour les aliments nécessitant des ustensiles.
Vingt et un	• Complètement dépendant. Le membre, l'ancien combattant ou le client dépend complètement d'une autre personne pour se nourrir.	– Le membre, l'ancien combattant ou le client est alimenté. – Le membre, l'ancien combattant ou le client n'est pas alimenté par la bouche.

Tableau 19.4- Perte fonctionnelle - Transferts/Mobilité dans le lit

Chaque puce (•) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **tableau 19.4**, tous les critères désignés à ce niveau de cotation doivent s'appliquer.

Tableau 19.4- Perte fonctionnelle - Transferts/Mobilité dans le lit

Cote	Critères	Exemples
Zéro	• Autonome. Peut passer d'un endroit à un autre et se mouvoir dans le lit sans équipement spécial, adaptation ou aide d'un tiers.	– Peut s'asseoir et se mouvoir dans le lit sans aide et peut passer de la position assise à debout et vice-versa sans aide.
Un	• Autonome. Peut passer d'un endroit à un autre et se mouvoir dans le lit sans équipement spécial, adaptation ou aide d'un tiers, mais de la difficulté à exécuter l'activité ou celle-ci cause de la douleur.	– Prend une position large, a des tremblements, etc., en passant de la position assise à la position debout et vice-versa. – Nombreuses tentatives avant de réussir un transfert ou de se déplacer dans le lit. – Douleur associée aux transferts et à la mobilité dans le lit. – Peut prendre un temps anormalement long pour exécuter l'activité.

Cote	Critères	Exemples
Quatre	• Autonome avec des aides, appareils fonctionnels ou adaptation de la tâche. Peut passer d'un endroit à un autre et se mouvoir dans le lit seul(e) avec des aides ou des appareils fonctionnels ou avec une adaptation de l'activité. Une prothèse ou orthèse est considérée comme un appareil fonctionnel s'il est utilisé pour un transfert.	– Doit utiliser les membres supérieurs pour passer de la position assise à la position debout et vice-versa. – A besoin d'une assise/surface surélevée. – A besoin d'appareils fonctionnels comme une échelle de lit ou un dispositif semblable, des rails de transfert ou une chaise avec des accoudoirs, etc.
Neuf	• Le membre, l'ancien combattant ou le client a besoin de l'aide d'une autre personne à des fins de préparation et supervision seulement, pour passer d'une surface à une autre et/ou se mouvoir dans le lit.	– A besoin d'une personne pour préparer les surfaces en vue du transfert (surélever ou abaisser la surface). – Difficulté à passer de la position assise à la position debout et vice-versa sans la présence d'une autre personne « au cas où ».
Treize	• Le membre, l'ancien combattant ou le client a besoin de l'aide physique d'une autre personne dans la mesure où il peut encore exécuter au moins 50% des tâches liées à la mobilité dans le lit et aux transferts.	– A besoin d'aide pour placer ses membres inférieurs dans le lit. – A besoin de l'aide physique d'une autre personne pour placer ses jambes en vue de transferts, etc.
Dix-huit	• Le client a besoin a besoin de l'aide physique d'une autre personne dans la mesure où il peut exécuter moins de 50% des tâches liées à la mobilité dans le lit et aux transferts.	– A besoin d'être soutenu ou relevé partiellement pour passer de la position assise à la position debout et vice-versa. – A besoin d'être relevé partiellement ou d'un élan pour passer de la position couchée à la position assise ou pour se mouvoir dans le lit.
Vingt et un	• Complètement dépendant. Le client dépend d'une autre personne pour tous les aspects des transferts entre surfaces et pour se déplacer dans le lit.	– A besoin d'un élévateur manuel ou électrique. – A besoin de deux personnes pour être soulevé.

Tableau 19.5- Perte fonctionnelle - Déplacements

Chaque puce (•) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **tableau 19.5**, tous les critères désignés à ce niveau de cotation doivent s'appliquer.

Tableau 19.5- Perte fonctionnelle - Déplacements

Cote	Critères	Exemples
Zéro	• Autonome. Peut marcher sur terrain plat plat et pentes douces et peut monter et descendre des escaliers sans équipement	– Marche normalement pour son âge sur différents terrains et à des vitesses variées.

Cote	Critères	Exemples
	spécial, adaptation ou aide de tiers.	
Quatre	• Autonome. Peut marcher sur terrain plat et pentes douces et peut prendre des escaliers sans équipement spécial, adaptation ou aide de tiers, mais a de la difficulté à exécuter l'activité ou celle-ci cause de la douleur.	– Marche à un rythme normal sur terrain plat, mais a parfois de la difficulté. – Doit prendre des précautions sur un terrain inégal et avec des marches. – Douleur intermittente sur les points d'appui.
Neuf	• Autonome avec des aides, appareils fonctionnels ou une légère réduction de la distance à parcourir. Peut marcher seul sur terrain plat et pentes douces et dans les escaliers avec des aides ou des appareils fonctionnels.	– Marche lentement par rapport à ses pairs sur terrain plat. – Ne peut pas prendre des escaliers ni des rampes sans main courante. – La douleur limite la distance de marche à 250 m ou moins à la fois. Peut marcher encore après une pause.
Dix-huit	• Le client a besoin d'une adaptation mineure de la tâche ou de l'aide physique mineure d'une autre personne pour les déplacements. Distance de marche modérément limitée.	– A besoin de l'aide physique d'une autre personne pour lui tenir le bras afin de le stabiliser. – Ne peut pas prendre des escaliers sans aide. – A régulièrement besoin d'une canne ou de béquilles. – La douleur limite la distance de marche à 100m ou moins. Peut marcher encore après une pause.
Vingt-six	• Le client a besoin de l'aide physique modérée d'une autre personne pour exécuter certains aspects des tâches ou d'une adaptation modérée de la tâche. Distance de marche très limitée.	– A régulièrement besoin d'un déambulateur. – La douleur limite la distance de marche à 50 m ou moins. Peut marcher encore après une pause.
Trente-quatre	• Complètement dépendant. Le client ne peut pas marcher ou se tenir debout. Mobile seulement dans un fauteuil roulant.	- Est confiné au lit ou dans un fauteuil**.**

Tableau 19.6- Perte fonctionnelle - Contrôle des intestins et de la vessie

Chaque puce (•) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **tableau 19.6**, un seul critère doit s'appliquer à un niveau de la déficience pour que cette cote soit choisie.

Tableau 19.6- Perte fonctionnelle - Contrôle des intestins et de la vessie

Cote	Critères
Zéro	• Continence fécale **et** • Continence urinaire, mais la personne peut présenter occasionnellement des symptômes de dysurie, de miction fréquente **et/ou** de miction impérieuse**.**
Un	• Infection urinaire inférieure 1 à 2 fois par année.
Quatre	• Incontinence fécale associée à des souillures occasionnelles; n'a pas besoin de serviettes pour incontinent; **ou** • Incontinence urinaire nécessitant 1 à 2 serviettes pour incontinent par jour; **ou** • Symptômes de dysurie, de miction fréquente et/ou de miction impérieuse, **et** mictions toutes les 3 heures pendant le jour et miction au moins une fois pendant la nuit.
Neuf	• Incontinence fécale associée à des souillures mais moins que quotidiennement; peut avoir parfois besoin de serviettes pour incontinent; **ou** • Peut avoir besoin de 2 à 4 dilatations urétrales par année; **ou** • Souffre d'infections urinaires inférieures au moins 4 fois par année malgré un traitement à long terme aux antibiotiques prophylactiques.
Treize	• Incontinence fécale nécessitant des changements fréquents des sous-vêtements ou 1 à 4 serviettes pour incontinent par jour; **ou** • Incontinence urinaire nécessitant plus de 2 serviettes pour incontinent par jour; **ou** • Symptômes de dysurie, de miction fréquente et/ou de miction impérieuse **et** mictions toutes les 2 heures pendant le jour et 2 ou 3 mictions pendant la nuit**.**
Dix-huit	• Utilisation permanente d'un condom urinaire**; ou** • Symptômes de dysurie, de miction fréquente et de miction impérieuse **et** mictions toutes les heures pendant le jour et 2 ou 3 mictions pendant la nuit; **ou** • **Mictions difficiles** et **l'un ou l'autre** des symptômes suivants : - Résidus post-miction dépassant les 150 cc; - Débit urinaire: débit de pointe manifestement diminué (moins de 10 cc/seconde); - Rétrécissement exigeant plus que 4 dilatations par année.
Vingt-six	• Incontinence fécale nécessitant l'utilisation de plus de 4 serviettes pour incontinent par jour; **ou** • Colostomie permanente; **ou** • Nécessité d'un cathétérisme quotidien intermittent; **ou** • Symptômes de dysurie, de miction fréquente et/ou de miction impérieuse; moins de 30 minutes entre les mictions **et** plus de 5 mictions pendant la nuit**.**
Trente-quatre	• Pas de contrôle volontaire de la vessie; **ou** • Sonde à demeure**; ou** • Incontinence fécale avec perte totale du contrôle du sphincter.
Quarante-trois	● Sonde urinaire sus-pubienne permanente.

Tableau 19.7 - Autres déficiences - Douleur chronique

Chaque puce (•) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **tableau 19.7**, la majorité des puces à un certain niveau de cotation doit s'appliquer.

Tableau 19.7- Autres déficiences - Douleur chronique

Cote	Critères
Zéro	• Pas de douleur chronique.
Deux	• Douleur légère (selon l'intensité ou la fréquence). • Besoin d'un traitement pour des douleurs intermittentes. • La douleur perturbe parfois le sommeil. • Pas ou peu de souffrance émotionnelle en réaction à la douleur.
Quatre	• Douleur modérée (selon l'intensité ou la fréquence), avec des symptômes quotidiens ou presque quotidiens. • A besoin d'une surveillance médicale permanente et d'une médication régulière et répond bien au traitement. • Jusqu'à 120 minutes de perte de sommeil presque toutes les nuits. • Perte de la mémoire subjective/manque de concentration. • Souffrance émotionnelle légère en réaction à la douleur se manifestant par un ou plusieurs des symptômes suivants : - symptômes de dépression occasionnels; - symptômes d'anxiété occasionnels; - irritabilité ou colère occasionnelles; - l'adaptation est normale, mais réagit au stress avec une certaine anxiété ou agitation; - difficulté occasionnelle à s'adapter à des conditions stressantes (p. ex. difficulté à faire face et réaction au stress avec aggravation des symptômes comportementaux).
Neuf	• Douleur modérée la plupart du temps mais a des exacerbations quotidiennes lorsque l'intensité de la douleur atteint 9 -10/10. • A besoin d'une médication régulière et permanente mais n'est que partiellement ou insuffisamment soulagé avec nécessité d'un arrêt occasionnel du traitement de la douleur. • Insomnie de plus de 120 minutes la plupart des nuits. • Souffrance émotionnelle modérée en réaction à la douleur se manifestant par un ou plusieurs des symptômes suivants : - symptômes de dépression fréquents; - symptômes d'anxiété fréquents mais sans symptômes physiologiques associés; - irritabilité ou colère fréquentes; - difficulté fréquente à faire face dans des circonstances stressantes (p. ex. réagit au stress avec beaucoup d'anxiété, d'agitation ou une aggravation marquée des symptômes comportementaux).
Treize	• Douleur rebelle*. • Souffrance émotionnelle grave par rapport à la douleur se manifestant par **un** ou **plusieurs** des symptômes suivants : - humeur dépressive communiquée subjectivement (p. ex. désespoir ou impuissance) et objectivement (p. ex. tendance à pleurer); - anxiété avec symptômes physiologiques associés; - difficultés persistante à faire face dans des circonstances stressantes (p. ex. réagit au stress avec beaucoup d'anxiété, d'agitation ou une aggravation marquée des symptômes comportementaux).

*La douleur rebelle est une douleur grave, persistante et permanente qui ne répond pas aux modalités de traitements habituelles.

Étapes à suivre pour évaluer la dégradation des activités de la vie quotidienne

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 19.1** (Perte fonctionnelle - Activités de la vie quotidienne - Hygiène personnelle).

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 à l'aide du **tableau 19.2** (Perte fonctionnelle - Activités de la vie quotidienne - Habillage).

Étape 4 : Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui,** appliquer à la cote de l'étape 2.

Étape 5 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 19.3** (Perte fonctionnelle - Activités de la vie quotidienne - Alimentation).

Étape 6 : Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 5.

Étape 7 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 19.4** (Perte fonctionnelle - Activités de la vie quotidienne -Transferts/Mobilité dans le lit).

Étape 8 : Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 7.

Étape 9 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 19.5** (Perte fonctionnelle - Activités de la vie quotidienne - Déplacements)**.**

Étape 10 : Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 9.

Étape 11 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 19.6** (Perte fonctionnelle - Activités de la vie quotidienne - Contrôle des intestins et de la vessie).

Étape 12 : Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui,** appliquer à la cote de l'étape 11.

Étape 13 : Déterminer la cote à partir du **tableau 19.7** (Autres déficiences - Activités de la vie quotidienne - Douleur chronique).

Étape 14 : Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 13.

Étape 15 : Additionner les cotes des étapes 2, 4, 6, 8, 10,12 et 14.

Étape 16 : Déterminer la cote de la qualité de vie.

Étape 17 : Additionner les cotes des étapes 15 et 16.

Étape 18 : S'il existe un droit partiel à des prestations d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 17.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

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 or 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	• Raisonnement et mémoire comparables à ceux des pairs.	• Pas de difficultés émotionnelles et/ou comportementales.	• Tout à fait capable d'assumer les soins personnels.
Neuf	• 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.	• 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	• 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.	• Résiste aux soins prodigués ou est apathique.	• Peut avoir à être encouragé à s'habiller, à faire sa toilette et à s'occuper de soi.
Vingt-trois	• 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		• 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.	• 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	• 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.	• 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.	• 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	• Incapable de planifier l'activité la plus simple; **ou** • Incapable d'acquérir 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.	• 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.	• 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	• Parole normale.	• Capacité conversationnelle normale.	• Pas de difficulté à écrire.
Quatre	• L'intensité de la parole et la qualité vocale sont suffisantes pour la plupart des besoins quotidiens, p.ex. : – 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.	• Difficulté à entamer la conversation, hésite et cherche parfois ses mots.	
Neuf	• L'intensité de la parole et la qualité vocale sont suffisantes pour bon nombre des besoins quotidiens, p. ex.: – 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.	• 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	• L'intensité de la parole et la qualité vocale sont suffisantes pour une partie des besoins quotidiens, p. ex.: – est entendu dans des endroits calmes, mais très difficilement dans un milieu le moindrement 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.	• Est incapable d'engager la conversation. Mais avec un effort considérable, peut répondre avec des phrases simples.	• 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	• L'intensité de la parole et la qualité vocale sont suffisantes pour seulement quelques-uns des besoins quotidiens, p. ex. : – 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.	• Est limité à des mots isolés ou à des phrases sociales familières ou stéréotypées nécessitant un grand effort de la part de l'auditeur.	• Dysgraphie* marquée. Ne peut écrire que quelques mots usuels, p. ex. articles d'une liste d'épicerie ou noms des proches.
Trente-quatre	• Ne peut pas parler, mais peut s'exprimer au moyen du langage non verbal.	• Incapable de participer à une conversation.	• 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	• Compréhension normale.
Quatre	• 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	• 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	• 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	• 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	• Incapable de lire des mots isolés, des étiquettes et des panneaux.
Quatre-vingt-un	• 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

	Cote	
Nerf périphérique	**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

	Cote	
Nerf périphérique	**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	**Motrice** - Aucune **Sensorielle** - Perte de l'odorat
II Optique	**Motrice** - Aucune **Sensorielle** - Perte de la vue
III Moteur oculaire commun	**Motrice** - Mouvements des yeux - paralysie du muscle droit interne, muscle droit supérieur, muscle droit inférieur et muscle oblique inférieur **Sensorielle** - Aucune **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
IV Trochléaire	**Motrice** - Paralysie du muscle oblique supérieur **Sensorielle** - Aucune **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

Nerf crânien	Fonctions affectées
V Trijumeau	**Motrice** (par la branche mandibulaire) - Paralysie des muscles de la mastication - Paralysie du muscle tenseur du tympan pouvant entraîner une déficience auditive **Sensorielle** - Visage, sinus, cavité buccale, langue, partie de l'oreille et de l'oeil - Anesthésie cornéenne pouvant se manifester rapidement *1re division (opthalmique)* - Sensorielle: front, paupière supérieure, conjonctive et côté du nez *2e division (maxillaire)* - 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 *3e division (mandibulaire)* - 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 **Présentation clinique** - La mâchoire dévie vers le côté touché - Déficience auditive - Perte du réflexe cornéen
VI Moteur oculaire externe	**Motrice** - Paralysie du muscle droit externe **Sensorielle** - Aucune **Présentation clinique** - Strabisme convergent et diplopie - Globe oculaire dévié vers l'intérieur

Nerf crânien	Fonctions affectées
VII Facial	**Motrice (maladie de Bell)** - Paralysie des muscles superficiels du visage et du cuir chevelu - Perturbation de la sécrétion des glandes lacrymales et parotides **Sensorielle** - Perte du goût sur les deux tiers antérieurs de la langue **Présentation clinique** - 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)	**Motrice** - Aucune **Sensorielle** - Portion cochléaire: surdité - Portion vestibulaire: troubles de l'équilibre **Présentation clinique** - Portion cochléaire: surdité, acouphènes - Portion vestibulaire: vertige, nystagmus
IX Glosso-pharyngien	**Motrice** - Dysphagie **Sensorielle** - Perte sur le pharynx supérieur **Présentation clinique** - Perte du réflexe nauséeux - Étourdissement orthostatique
X Vague	**Motrice** - Enrouement, dysphagie **Sensorielle** - Douleur ou paresthésie du larynx, pharynx **Présentation clinique** - Dysfonctionnement des glandes salivaires - Dysfonctionnement autonome des systèmes cardiopulmonaire et gastrointestinal

Nerf crânien	Fonctions affectées
XI Spinal	**Motrice** - Absence de rotation cervicale - Absence d'élévation de l'épaule **Sensorielle** - Aucune **Présentation clinique** - 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** - Paralysie de la langue **Sensorielle** - Aucune **Présentation clinique** - 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
Radial **(C6, C7, C8 et T1)** **(musculospiral)**	**Motrice** **À l'aisselle** - paralysie Coude - perte d'extension Poignet - perte d'extension Doigts - perte d'extension Incapable de saisir fermement **Au coude** Extension maintenue Perte d'extension du poignet et des doigts **Sensorielle** Face postérieure du bras et de l'avant-bras Face dorsale latérale de la main **Présentation clinique** Pouce tourné vers la paume
Médian **(C6, C7, C8 et T1)**	***Au coude*** **Motrice** Poignet - faible flexion Pouce - perte de flexion Index et majeur - perte de flexion **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 **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 ***Au poignet*** **Motrice** Pouce - ne peut pas être opposé. Doigts - capacité décroissante à l'abduction **Sensorielle** Au coude **Présentation clinique** Atrophie de l'éminence thénar

Nerf périphérique	Fonctions affectées
Cubital **(C8, T1)**	***Au-dessus du coude*** **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 **Sensorielle** Perte sur la partie cubitale (interne) de la main et de l'annulaire; tout l'auriculaire **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 ***Au-dessous du coude*** **Motrice** Poignet - flexion maintenue Doigt et pouces comme ci-dessus
Nerf musculo-cutané du bras **(C5 et C6)**	**Motrice** **Au coude** Faiblesse de flexion et de supination **Sensorielle** Perte sur la partie latérale de l'avant-bras
Axillaire **(circonflexe)**	**Motrice** Épaule - faiblesse de flexion, d'extension et d'initiation d'abduction Difficulté à soulever à la position horizontale **Sensorielle** Perte de sensation sur la moitié inférieure du deltoïde **Présentation clinique** Atrophie à l'épaule
Thoracique long **(C5, C6, C7)**	**Motrice** Épaule - faiblesse de l'élévation au-delà du plan horizontal. Ne peut pas soulever le bras au-dessus de la tête. **Sensorielle** Aucune **Présentation clinique** Scapula alata

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

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

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	• 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	• Antécédents lointains de crises d'épilepsie mais aucune dans les 5 dernières années; **et** • Prise régulière d'anti-convulsivants nécessaire.
Neuf	• 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	• 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	• 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	• 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	• 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	• 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	• Attaques narcoleptiques nécessitant une médication continue; **ou** • Attaques cataplectiques nécessitant une médication continue.
Treize	• Attaques narcoleptiques nécessitant une médication continue; **et** • Attaques cataplectiques nécessitant une médication continue.
Dix-huit	• 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	• Mal de tête moins de 30 jours par an. Alitement inutile sauf occasionnellement.
Quatre	• 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	• 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	• 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	• 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	• Névralgie faciale * (tic douloureux) presque tous les jours.
Treize	• Dysphagie avec étouffements fréquents à l'absorption de liquides ou d'aliments semi-solides.
Trente-quatre	• Dysphagie accompagnée de régurgitations ou d'aspirations fréquentes.
Soixante et onze	• 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.

Chapitre 21
AFFECTIONS PSYCHIATRIQUES

Introduction

Ce chapitre contient les critères permettant d'évaluer la déficience liée aux affections psychiatriques ouvrant droit à des prestations d'invalidité.

Pour les besoins de l'évaluation des affections par ACC, ce chapitre ne peut être utilisé que pour évaluer les affections psychiatriques chroniques pour lesquelles le diagnostic a été posé du « Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux » (DSM).

Les critères énoncés dans ce chapitre servent à évaluer les affections psychiatriques suivantes :

- troubles de l'adaptation
- troubles anxieux
- troubles bipolaires et connexes
- troubles dépressifs
- troubles dissociatifs
- troubles des conduites alimentaires
- troubles de l'humeur
- troubles obsessivo-compulsifs et connexes
- *troubles douloureux/syndrome de douleur chronique
  Remarque: diagnostic de troubles de l'Axe I selon le DSM-IV-TR
- troubles de la personnalité
- troubles du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques
  **trouble à symptomatologie somatique avec douleur prédominante
- troubles liés à l'abus de substances et à la toxicomanie
- troubles liés à des traumatismes et à des facteurs de stress

*Les troubles somatoformes du DSM-IV-TR (à l'exception des troubles de la douleur) sont cotés cas par cas.

**Les symptômes somatiques et troubles connexes du DSM-5 (à l'exception du trouble à symptomatologie somatique avec douleur prédominante) sont cotés cas par cas.

Dans le cas des affections psychiatriques, les signes, les symptômes et l'effet sur la capacité fonctionnelle (déficience médicale) se recoupent considérablement. Il est difficile de déterminer dans quelle mesure chaque affection psychiatrique contribue à la déficience médicale. C'est pourquoi l'évaluation de l'invalidité des affections psychiatriques ouvrant droit à des prestations d'invalidité comprend la déficience médicale liée aux affections psychiatriques ouvrant droit ou non à des prestations d'invalidité.

Dans le cas où une affection psychiatrique n'ouvrant pas droit à des prestations d'invalidité contribue à l'évaluation de l'invalidité psychiatrique, le Tableau des contributions partielles ne s'applique pas.

Par exemple, dans le cas d'un état de stress post-traumatique ouvrant droit à des prestations d'invalidité et d'un trouble lié à l'utilisation d'une substance n'ouvrant pas droit à des prestations d'invalidité, l'évaluation de l'invalidité de l'état de stress post-traumatique comprendrons les signes et les symptômes des deux affections psychiatriques.

Dans le cas où les affections qui ne sont pas évaluées au chapitre 21 (p. ex. démence, syndrome post commotion, syndrome de fibromyalgie) contribuent à la déficience médicale, le Tableau des contributions partielles doit être appliqué.

Si plusieurs affections doivent être cotées dans ce chapitre, elles sont regroupées aux fins de l'évaluation.

Dans le présent chapitre, on met l'accent sur la cotation des affections psychiatriques sous l'angle de l'effet qu'elles peuvent avoir sur les émotions, le comportement, la pensée, la cognition, l'adaptation (adaptabilité), les activités fondamentales de la vie quotidienne et les besoins de traitement. Les effets d'une affection psychiatrique sur les relations personnelles, le fonctionnement social et les activités de la vie autonome (préparation des repas, magasinage, entretien de la maison, etc.) sont cotés en fonction du chapitre 2, Qualité de vie.

Dans les **tableaux 21.1 - 21.4**, aucun signe ou symptôme ne peut être coté deux fois. Les caractéristiques des émotions et du comportement ou les symptômes associés à des troubles physiques qui ne répondent pas aux critères du DSM sont évaluées comme faisant partie de l'affection physique et ils ne doivent pas être cotés dans le présent chapitre.

L'évaluation de la déficience psychiatrique repose sur un examen approfondi de l'historique des signes et des symptômes. La gravité des symptômes d'une affection psychiatrique peut fluctuer. Il est important d'obtenir et d'évaluer les données sur le membre, l'ancien combattant ou le client sur une période d'au moins 6 mois à 1 an (en s'attardant sur la pire période et/ou la meilleure).

La déficience liée aux affections neurologiques qui influent sur la fonction cognitive (p. ex. démence, syndrome post commotion) est cotée au chapitre 20, Affections neurologiques.

Si les affections psychiatriques 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 de l'organisme sera cotée à l'aide des tableaux pertinents sur les systèmes et appareils de l'organisme.

Tableaux de cotation

Ce chapitre contient trois tableaux « Perte fonctionnelle » et un tableau « Autres déficiences » qui peuvent servir à coter les affections psychiatriques ouvrant droit à des indemnités d'invalidité.

Tableaux de ce chapitre :

Tableau 21.1	Perte fonctionnelle - Pensée et cognition	Ce tableau permet de coter la déficience de la pensée et de la cognition.
Tableau 21.2	Perte fonctionnelle - Émotions, comportement et adaptabilité	Ce tableau permet de coter la déficience des émotions, du comportement et de l'adaptabilité.
Tableau 21.3	Perte fonctionnelle - Activités de la vie quotidienne	Ce tableau permet de coter la déficience des activités de la vie quotidienne.
Tableau 21.4	Autres déficiences - Besoins de traitement	Ce tableau permet de coter la déficience associée aux besoins de traitement.

Perte fonctionnelle - Pensée et cognition

Le **tableau 21.1** permet de coter la déficience liée aux affections psychiatriques qui touchent la pensée et la cognition. Le tableau contient deux colonnes (catégories) qui sont cotées séparément. Les cotes sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

La fréquence, la gravité et la durée des signes et des symptômes psychiatriques sont des facteurs importants pour coter la déficience. Les signes et symptômes associés aux troubles de la pensée et de la cognition correspondent à différents points sur l'échelle de fonctionnement, depuis un fonctionnement normal jusqu'à un fonctionnement anormalement grave ou extrême.

Pour coter la déficience liée aux affections psychiatriques, il faut tenir compte des éléments suivants de la pensée et de la cognition: processus mental, perception et cognition.

Le processus mental est la capacité mentale d'évaluer, de planifier, de créer et de vouloir. Pour évaluer le processus mental, on évalue tant le cours que le contenu de la pensée. Les troubles de la pensée comprennent le délire, la paranoïa, l'inquiétude, l'obsession, la phobie, la pensée trouble, la désorientation, l'incohérence, le relâchement des associations, l'hyperidéation, l'hypervigilance, les idées suicidaires, la rumination, la méfiance, etc.

La perception est la transformation d'une stimulation physique en une information psychologique (procédé mental par lequel on prend conscience des stimuli sensoriels). Les troubles de la perception comprennent les hallucinations, les illusions et les troubles dissociatifs tels que la déréalisation et la dépersonnalisation.

La cognition est la capacité de demeurer attentif assez longtemps pour terminer l'exécution de tâches en temps voulu (concentration), acquérir des connaissances (apprentissage), assimiler et se rappeler des connaissances (mémoire) et utiliser des connaissances (raisonnement et résolution de problèmes). Les troubles de la cognition comprennent la perte de mémoire (récente ou lointaine), l'amnésie, la paramnésie, la désorientation dans l'espace et le temps et par rapport aux personnes, l'incapacité de penser dans l'abstrait ou de comprendre des concepts, et l'incapacité de prendre des décisions et d'accomplir des activités planifiées.

La concentration se décrit en fonction de la fréquence des erreurs, du temps qu'il faut pour terminer la tâche et de la mesure dans laquelle il faut de l'aide pour accomplir la tâche.

Sauf pour les affections psychiatriques mentionnées à la première page de ce chapitre, si des affections n'ouvrant pas droit à des indemnités d'invalidité ou des affections cotées dans un autre chapitre/tableau contribuent à la déficience, il faut alors utiliser le Tableau des contributions partielles pour établir la cote correspondant aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Perte fonctionnelle - Émotions, comportement et adaptabilité

Le **tableau 21.2** permet de coter la déficience liée aux affections psychiatriques qui touchent les émotions, le comportement et l'adaptabilité. Le tableau contient trois colonnes (catégories) faisant l'objet d'une cotation séparée. Les cotes sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

La déficience émotionnelle et comportementale est fonction de la gravité, de la fréquence et de la durée des troubles de l'humeur, de l'affect et du comportement, ainsi que de l'adaptabilité des émotions et du comportement aux changements dans l'environnement.

On tient compte de l'humeur et de l'affect pour évaluer l'état émotionnel.

L'humeur renvoie à l'émotion prédominante comme la tristesse, la dépression, la peur, l'angoisse, la panique, le désespoir, la manie, la colère, l'hostilité, etc. Elle comporte un élément subjectif (décrit par le sujet) et un élément objectif (observé ou décrit par des tiers). La durée (persistance de l'humeur mesurée en jours, semaines ou années), la réactivité (changements d'humeur en réaction à des circonstances ou des événements extérieurs) et le degré ou l'intensité de l'humeur sont des indicateurs importants de la déficience.

L'affect renvoie à l'expression et à l'expressivité de l'émotion. La capacité du client de moduler l'expression de ses émotions en fonction de la démarche de sa pensée ou la difficulté qu'il éprouve à le faire est un indicateur de déficience important. L'affect se décrit en fonction du registre et de l'intensité (étendu, restreint, abrasé et émoussé), des types de changement (modulé, monotone, labile) et de la convenance (différent de ce que l'on attendrait).

Le comportement renvoie à la conduite et comprend une partie ou la totalité des activités, en particulier celles qui peuvent être observées. Le comportement lui-même et la fréquence de ce comportement sont des indicateurs importants de la déficience.

L'adaptabilité dans ce contexte renvoie à la capacité de s'adapter à des circonstances stressantes (tolérance au stress). Face à des situations ou des expériences stressantes (p. ex. changements de thérapeute, décès dans la famille, déménagement, etc.), les symptômes ou comportements associés aux troubles psychiatriques (p. ex. toxicomanie, crises de panique, symptômes somatiques, etc.) peuvent augmenter ou s'aggraver.

Sauf pour les affections psychiatriques mentionnées à la première page de ce chapitre, si des affections n'ouvrant pas droit à des indemnités d'invalidité ou des affections cotées dans un autre chapitre/tableau contribuent à la déficience, il faut alors utiliser le Tableau des contributions partielles pour établir la cote correspondant aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Perte fonctionnelle - Activités de la vie quotidienne

Le **tableau 21.3** permet de coter la déficience liée aux affections psychiatriques qui touchent les activités de la vie quotidienne. On ne peut choisir qu'une cote. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Les activités de la vie quotidienne comprennent l'hygiène personnelle (bain et toilette), l'habillage, l'alimentation, les transferts ou la mobilité dans le lit, la locomotion ainsi que le contrôle des intestins et de la vessie.

La qualité de ces activités est évaluée en fonction de l'autonomie, de l'efficacité et de la durabilité. Il faut déterminer la mesure dans laquelle une personne peut entreprendre des activités et y participer sans supervision ni directives. Le nombre des activités qui sont limitées n'est pas aussi important que le niveau général de restriction.

Les effets de la maladie psychiatrique sur les activités de la vie autonome ou activités de la vie domestique (AVD) comme le magasinage, le ménage, la préparation des repas, etc., sont évalués dans le chapitre sur la qualité de vie.

Sauf pour les affections psychiatriques mentionnées à la première page de ce chapitre, si des affections n'ouvrant pas droit à des indemnités d'invalidité ou des affections cotées dans un autre chapitre/tableau contribuent à la déficience, il faut alors utiliser le Tableau des contributions partielles pour établir la cote correspondant aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Autres déficiences - Besoins de traitement

Le **tableau 21.4** permet de coter la déficience associée aux besoins de traitement. On ne

peut choisir qu'une cote. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Différentes possibilités de traitement s'offrent aux personnes atteintes d'affections psychiatriques, notamment les régimes médicamenteux, les groupes de soutien et d'entraide, la thérapie et le counselling offerts par un conseiller ou un généraliste autorisé, la thérapie assurée par un psychiatre en clinique externe, l'hospitalisation (de courte durée ou de longue durée) et les soins dans un établissement spécialisé. Sauf pour les affections psychiatriques mentionnées à la première page de ce chapitre, si des affections n'ouvrant pas droit à des indemnités d'invalidité ou des affections cotées dans un autre chapitre/tableau contribuent à la déficience, il faut alors utiliser le Tableau des contributions partielles pour établir la cote correspondant aux affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité évaluées dans ce tableau.

Définitions

Les termes suivants figurent dans les **tableaux 21.1 à 21.4**.

Rare = au moins une fois par an
Occasionnel = une ou deux fois par mois
Fréquent = au moins une fois par semaine
Persistant = tous les jours ou presque

Il faut établir les cotes de toutes les affections psychiatriques dans chacun des tableaux 21.1 à 21.4. Si une cote s'applique à plus d'un tableau, les cotes sont **additionnées**.

Tableau 21.1 - Perte fonctionnelle - Pensée et cognition

On ne peut attribuer qu'une cote dans le **tableau 21.1**. Chaque colonne du **tableau 21.1** fait l'objet d'une cotation séparée. Si plusieurs cotes s'appliquent dans une colonne, on retient la cote la plus **élevée**. Les cotes de chaque colonne sont ensuite **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Chaque puce (·) représente un critère. Afin d'établir une cote pour chaque colonne du **tableau 21.1**, un seul critère doit être respecté à un niveau de déficience.

Tableau 21.1 – Perte fonctionnelle – Pensée et cognition

Cote	Critères	
	Mémoire et concentration	**Pensée et perception**
Zéro	• Pas de déficience de la mémoire ou de la concentration.	• Pas de déficience de la pensée ou de la perception.

Tableau 21.1 – Perte fonctionnelle – Pensée et cognition (continue)

Cote	Critères	
	Mémoire et concentration	**Pensée et perception**
Cinq	• Perte de mémoire ou déficit de concentration subjectifs, mais non objectifs; **ou** • Un ou deux épisodes d'amnésie (trous de mémoire).	• Idées surinvesties ou idées de référence fréquentes dont on peut distraire la personne, sans délire manifeste; **ou** • Méfiance occasionnelle sans délire manifeste; **ou** • Souci d'ordre, de perfection et de contrôle; **ou** • Fixation sur une idée précise ou un thème général; ou • Troubles de la perception occasionnel comme la dépersonnalisation et la déréalisation; **ou** • Pensées suicidaires fréquentes sans projets, actions ni menaces précis; **ou** • Idées de culpabilité et rumination d'erreurs passées et/ou culpabilité de survivant; **ou** • Sentiments d'insuffisance et d'infériorité par rapport aux autres avec incidence sur la vie quotidienne; ou • Obsessions récurrentes suffisamment graves pour occuper une partie de la journée (plus d'une heure par jour); **ou** • Sentiment de perte ou de manque de contrôle sur le comportement alimentaire, mais sans rien y faire (p.ex. vomissements induits, prise excessive de diurétiques, etc.); **ou** • Perception faussée de la forme du corps et du poids.
Dix	• Perte de mémoire ou déficit de concentration subjectifs et objectifs légers à modérés; **ou** • Multiple épisodes d'amnésie (trous de mémoire).	• Certaine lenteur de la pensée ou de l'élocution; **ou** • Méfiance fréquente dont on peut distraire la personne, mais sans délire manifesté; **ou** • Troubles de la perception fréquente comme la dépersonnalisation et la déréalisation; **ou** • Idées suicidaires persistantes avec ou sans projet précis, mais sans gestes ou menaces.
Quinze	• Perte de mémoire ou déficit de concentration objectifs graves.	• Lenteur de la pensée ou de l'élocution marquée ou fuite des idées (hyperidéation); **ou** • Discours rapide et/ou tangentiel; **ou** • Troubles de la perception occasionnel comme les illusions, **ou** • Méfiance persistante sans délire manifeste; **ou** • Idées surinvesties ou idées de référence persistantes sans délire manifeste.

Tableau 21.1 – Perte fonctionnelle – Pensée et cognition (continue)

Cote	Critères	
	Mémoire et concentration	**Pensée et perception**
Vingt		• Délire persistant bizarre et non bizarre avec intuition (p.ex. impression d'être suivi ou épié); **ou** • Troubles de la perception dont des illusions fréquentes ou des hallucinations occasionnelles; **ou** • Désorientation dont on peut distraire la personne par des suggestions; **ou** • Idées de meurtre sans projet concret; **ou** • Troubles de la perception persistante comme la dépersonnalisation et la déréalisation.
Trente		• Illusions persistantes ou hallucinations fréquentes; **ou** • Projet de meurtre.
Trente-cinq		• Discours incohérent persistent; **ou** • Délire manifeste ou bizarre persistant sans intuition, **ou** • Hallucinations persistantes; **ou** Désorientation à tous les égards.

Tableau 21.2 - Perte fonctionnelle - Émotions, comportement et adaptabilité

On ne peut attribuer qu'une cote dans le **tableau 21.2**. Chaque colonne du **Tableau 21.2** est cotée indépendamment. Si plusieurs cotes s'appliquent dans une colonne, on retient la cote la **plus élevée** pour cette colonne. Les cotes dans chaque colonne sont ensuite **comparées**, et la plus **élevée** est retenue.

Chaque puce (·) représente un critère. Afin d'établir une cote pour chaque colonne du **tableau 21.2**, un seul critère doit être respecté à un niveau de déficience.

Tableau 21.2 – Perte fonctionnelle – Émotions, comportement et adaptabilité

Cote	Critères		
	Émotions	**Comportement**	**Adaptabilité**
Zéro	• Antécédents de maladie psychiatrique traitée ou en rémission durable sans signes de détresse.	• Antécédents de maladie psychiatrique traitée ou en rémission durable sans signées de détresse.	• Antécédents de maladie psychiatrique traitée ou en rémission durable sans signes de détresse.
Cinq	• Humeur dépressive ou euphorique occasionnelle; **ou**	• Comportement maniaque rare avec incidence sur la vie; **ou** • Rares situation où sont revécus des incidents traumatiques du passé, avec évitement minimal; **ou**	• Adaptabilité adéquate, mais réactions au stress dénotant une certaine angoisse ou agitation; **ou**

Tableau 21.2 – Perte fonctionnelle – Émotions, comportement et adaptabilité (continue)

Cote	Critères		
	Émotions	**Comportement**	**Adaptabilité**
Cinq (continue)	• Angoisse subjective occasionnelle avec manifestations physiologiques concomitantes; **ou** • Absence d'empathie ou de remords se manifestant par l'indifférence au fait d'avoir blessé, maltraité ou volé quelqu'un ou par la rationalisation d'un tel comportement; **ou** • Irritabilité/colère occasionnelle ou fréquente avec incidence sur la vie; **ou** • Crises de panique rares.	• Comportement nerveux occasionnel (p.ex. se tordre les mains, trembler, faire les cent pas, etc.); **ou** • Évitement occasionnel d'événements ou d'objets particuliers avec incidence sur la vie; **ou** • Symptômes obsessifs-compulsifs rares avec incidence sur la vie; **ou** • Dépendance envers autrui se manifestant par un comportement collant et soumis ou l'incapacité de prendre une décision; **ou** • Inquiétude occasionnelle au sujet de la santé physique avec incidence sur la vie; **ou** • Insomnie, avec au plus 120 minutes de perte de sommeil la plupart des nuits chaque semaine et somnolence diurne; **ou** • Recours occasionnel à des méthodes compensatoires inappropriées pour éviter de prendre du poids (vomissements induits, abus de laxatifs, de lavements et/ou de diurétiques, jeûnes, exercices excessifs; **ou** • Trouble de l'alimentation avec maintien du poids corporel à plus de 90% du poids attendu.	• Efforts pour éviter un abandon réel ou imaginé; **ou** • Rare manquement aux normes sociales en ce qui concerne les comportements licites.
Dix	• Angoisse subjective fréquente ou persistante avec manifestations phsyiologiques concomitantes; **ou** • Crises de panique occasionnelles.	• Comportement maniaque occasionnel avec incidence sur la vie; **ou** • Revit occasionnellement des événements traumatiques avec évitement et hyperexcitation; **ou** • Évitement fréquent ou persistant d'événements ou d'objets particuliers avec incidence sur la vie; **ou**	• Difficulté occasionnelle à s'adapter à des situations stressantes (p.ex. certaine difficulté à faire face et réagit au stress par une exacerbation des symptômes comportementaux); **ou** • Impulsivité occasionnelle dans des contextes susceptibles d'être autodestructeurs; **ou**

Tableau 21.2 – Perte fonctionnelle – Émotions, comportement et adaptabilité (continue)

Cote	Critères		
	Émotions	**Comportement**	**Adaptabilité**
Dix (continue)		• Symptômes obsessifs-compulsifs occasionnels avec incidence sur la vie **ou** • Symptômes végétatifs occasionnels (p.ex. retard psychomoteur ou diminution de l'appétit); **ou** • Souci fréquent de sa santé physique avec demandes d'interventions précises; **ou** • Insomnie, plus de 120 minutes de perte de sommeil la plupart des nuits chaque semaine, et somnolence diurne; **ou** • Comportement rare d'automutilation; **ou** • Rares gestes ou menaces de suicide; **ou** • Recours fréquent à des méthodes compensatoires inappropriées pour éviter de prendre du poids (vomissements induits, abus de laxatifs, de lavements et/ou de diurétiques, jeûnes, exercices excessifs); **ou** • Trouble de l'alimentation avec maintien du poids corporel à 85% - 90% du poids attendu.	• Mode de pensée persécutoire bref et transitoire, lié au stress.
Quinze	• Humeur dépressive ou euphorique fréquente.	• Comportement nerveux fréquent comme se tordre les mains, trembler, s'agiter et faire les cent pas; **ou** • Symptômes obsessifs-compulsifs fréquents avec incidence sur la vie; **ou** • Irritabilité ou colère fréquentes avec manifestations d'agressivité verbale ou physique; **ou** • Comportements d'automutilation occasionnels; **ou** • Gestes ou menaces suicidaires occasionnels; **ou**	• Difficulté fréquente à utiliser les techniques d'adaptabilité habituelles dans des situations stressantes (p. ex. réagit au stress avec beaucoup d'angoisse, d'agitation ou une exacerbation marquée des symptômes comportementaux); ou • Manquement récurrent aux normes sociales associées au comportement licites; ou

Tableau 21.2 – Perte fonctionnelle – Émotions, comportement et adaptabilité (continue)

Cote	Critères		
	Émotions	**Comportement**	**Adaptabilité**
Quinze (continue)		• Deux identités ou personnalités distinctes ou plus qui contrôlent le comportement de manière récurrente; **ou** • Recours persistant à des méthodes compensatoires inappropriées pour éviter de prendre du poids (vomissements induits, abus de laxatifs, de lavements et/ou de diurétiques, jeûnes, exercices excessifs); **ou** • Trouble de l'alimentation avec maintien du poids corporel à 75% - 84% du poids attendu; **ou** • Régime limité à quelques aliments.	• Impulsivité fréquente dans des contextes susceptibles d'être autodestructeurs.

Vingt	• Humeur dépressive ou euphorique persistante; ou
	• Crise de panique fréquentes avec évitement.
		• Comportement maniaque fréquent avec incidence sur la vie; **ou**
		• Revit fréquemment des événements traumatiques avec
		  ○ Hyperexcitation
		  ○ Évitement et/ou inertie considérables; **ou**
		• Symptômes obsessifs-compulsifs persistants avec incidence sur la vie; ou
		• Symptômes végétatifs fréquents; **ou**
		• Automutilations fréquentes ou persistantes; **ou**
		• Gestes ou menaces suicidaires fréquents ou persistants; ou
		• Trouble de l'alimentation avec maintien du poids corporel à 70% - 74% du poids attendu.
			• Angoisses persistante due au stress et besoin d'aide pour faire face à la plupart des situations complexes ou nouvelles; ou
			• Brefs (minutes – heures) épisodes psychotiques en réaction au stress.

Tableau 21.2 – Perte fonctionnelle – Émotions, comportement et adaptabilité (continue)

Cote	Critères		
	Émotions	**Comportement**	**Adaptabilité**

Trente	• Crises de panique récurrentes avec évitement marqué.	• Comportement maniaque persistant avec incidence sur la vie; **ou**
		• Revit de façon persistante des événements traumatiques avec
		  ○ hyperexcitation
		  ○ évitement et/ou inertie considérables; **ou**
		• Comportement nerveux persistant comme se tordre les mains, trembler, sagiter et faire les cent pas; **ou**
		• Symptômes végétatifs persistants; **ou**
		• Irritabilité ou colère persistante avec manifestations d'agressivité physique et verbale; **ou**
		• Tentative(s) de suicide sérieuse(s).
			• Incapacité de s'adapter aux situations courantes. Agitation extrême en réaction au stress; **ou**
			• Symptômes dissociatifs graves en réaction au stress.

Trente-cinq	• Épisodes euphoriques persistants alternant rapidement avec des épisodes dépressifs. (Cycles rapides)	• Tentative(s) de meurtre sérieuse(s); **ou** • Trouble de l'alimentation avec maintien du poids corporel à 70% du poids attendu.	• Régression marquée en réaction au stress; **ou** • Psychose (de plus de 24 heures) en réaction au stress.

Tableau 21.3 - Perte fonctionnelle - Activités de la vie quotidienne

On ne peut attribuer qu'une cote dans le **tableau 21.3**. Si plusieurs cotes s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Chaque puce (·) représente un critère. Afin d'établir une cote pour chaque colonne du **tableau 21.3**, un seul critère doit être respecté à un niveau de déficience.

Tableau 21.3 - Autres déficiences – Activités de la vie quotidienne

Cote	Critères
Zéro	• Peut accomplir sans aide les activités liés aux transferts*, aux déplacements, à l'alimentation, au bain et à la toilette personnelle.
Deux	• A besoin à l'occasion d'une incitation ou d'un rappel pour certains aspects des transferts*, des déplacements, de l'alimentation, du bain et/ou de la toilette personnelle.
Cinq	• A fréquemment besoin d'une incitation ou d'un rappel pour certains aspects des transferts*, déplacements, de l'alimentation, du bain et/ou de la toilette personnelle.
Dix	• A besoin tous les jours d'une incitation ou d'un rappel pour certains aspects des transferts*, déplacements, de l'alimentation, du bain et/ou de la toilette personnelle.
Quinze	• A besoin tous les jours d'une incitation ou d'un rappel **et** d'aide pour certains aspects des transferts*, déplacements, de l'alimentation, du bain et/ou de la toilette personnelle.
Vingt	• A besoin d'aide pour tous les aspects des transferts*, déplacements, de l'alimentation, du bain et/ou de la toilette personnelle.
Vingt-cinq	• Dépend totalement d'un soignant pour les activités de base de la vie quotidienne (transferts*, déplacements, alimentation, bain et/ou toilette personnelle).

*__Transfert__ indique la capacité de se déplacer du lit au fauteuil, du fauteuil au lit, etc.

Tableau 21.4 - Autres déficiences - Besoins de traitement

On ne peut attribuer qu'une cote dans le **tableau 21.4**. Si plusieurs cotes s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Chaque puce (·) représente un critère. Afin d'établir une cote pour chaque colonne du **tableau 21.4**, un seul critère doit être respecté à un niveau de déficience.

Tableau 21.4 - Autres déficiences - Besoins de traitement

Cote	Critères
Zéro	• Aucun traitement régulier* recherché ou recommandé.
Cinq	• Médication recommandée et/ou prescrite; **ou** • Participation régulière* à un programme d'entraide ou à un groupe de soutien par les pairs (p. ex. AA, NA, SSBSO, etc.); **ou** • Thérapie peu fréquente (moins d'une fois par mois) fournie par un conseiller autorisé / généraliste / psychiatre.
Sept	• Besoin d'une thérapie mensuelle régulière* fournie par un conseiller autorisé / généraliste / psychiatre.
Dix	• Nécessite au moins trois changements de médicament dans une période d'un an; **ou** • Participe, sur une base régulière*, à une thérapie intensive (plus d'une fois par mois) fournie par un conseiller autorisé / généraliste / psychiatre (p. ex. psychothérapie à exposition prolongée, thérapie cognitivo-comportementale (TCC), intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires (EMDR).
Douze	• Soins en milieu hospitalier pendant moins de trois mois au cours des deux dernières années.
Quinze	• Soins en milieu hospitalier pendant des périodes de trois mois ou plus au cours de deux dernières années, et besoin/recommandation de régimes d'assurance-médicaments de longue durée.
Vingt	• Traitement continu dans un établissement de soins spécialisé.

***Régulier : Qui se répète à intervalles fixes.**

Étapes À Suivre Pour Évaluer la Déficience Liée aux Affections Psychiatriques

Étape 1 : Déterminer la cote dans chaque colonne du **tableau 21.1** (Perte fonctionnelle - Pensée et cognition). Retenir la **plus élevée.**

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 à l'aide du **tableau 21.2** (Perte fonctionnelle - Émotions, comportement et adaptabilité). Retenir la **plus élevée**.

Étape 4 : Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 3.

Étape 5 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 21.3** (Perte fonctionnelle - Activités de la vie quotidienne).

Étape 6 : Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 5.

Étape 7 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 21.4** (Autres déficiences - Besoins de traitement).

Étape 8 : Le Tableau des contributions partielles s'applique-t-il? Si **oui**, appliquer à la cote de l'étape 7.

Étape 9 : Additionner les cotes des étapes 2, 4, 6 et 8.

Étape 10 : Déterminer la cote de la qualité de vie.

Étape 11 : Additionner les cotes des étapes 9 et 10.

Étape 12 : S'il existe un droit partiel à des prestations d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 11.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Chapitre 22
AFFECTIONS DERMATOLOGIQUES

Introduction

Ce chapitre contient les critères permettant d'évaluer la déficience permanente résultant des affections dermatologiques ouvrant droit à des indemnités d'invalidité.

La gravité des affections dermatologiques varie considérablement sur des périodes plus ou moins longues. C'est pourquoi, il faut tenir compte des tendances dans les signes et les symptômes de l'affection cutanée pour évaluer la déficience permanente résultant de ce type d'affection.

On tient compte de divers facteurs pour établir le niveau de l'affection. Ces facteurs sont notamment les suivants :

- La *nature* de l'affection ou des affections. Les affections dermatologiques qui causent des squames, qui suintent, qui forment des croûtes, qui saignent ou qui provoquent des fissures ou des érosions justifient une cote de déficience plus élevée.

- Les *symptômes* présentés. Les affections dermatologiques de type prurigineux et/ou celles qui causent des malaises ou de la douleur justifient une cote de déficience plus élevée.

- La *surface* de peau en cause. En général, plus la surface touchée est étendue, plus la cote de déficience sera élevée.

- L'*emplacement* de la lésion ou des lésions. En général, les affections dermatologiques du visage et des mains justifient une cote de déficience plus élevée que celles des autres parties du corps.

- Le *traitement* requis. En général, les affections dermatologiques qui nécessitent un traitement continu justifient une cote de déficience plus élevée que celles qui ne nécessitent qu'un traitement intermittent ou aucun traitement. Les affections dermatologiques qui exigent un traitement systémique plutôt qu'un traitement topique ou venant s'ajouter à ce traitement justifient une cote de déficience plus élevée que celles nécessitant un traitement topique uniquement.

Pour évaluer la déficience permanente liée à une affection de la peau, on inclut le défigurement dans la perte fonctionnelle.

Les affections dermatologiques accompagnées de complications dues à des infections systémiques graves ou constituant un danger de mort sont cotées au cas par cas.

On peut obtenir une cote supplémentaire au chapitre 17, Affections musculosquelettiques, lorsque les affections dermatologiques entraînent des cicatrices et des contractures causant une perte de la fonction articulaire.

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

- La déficience liée aux affections dermatologiques causées par des varices, une maladie artérielle vasculaire périphérique et une thrombose veineuse profonde est cotée au chapitre 13, Hypertension et affections vasculaires.

- La déficience liée aux ulcères diabétiques du pied est cotée au chapitre 15, Affections endocrines et métaboliques.

- La déficience liée aux affections dermatologiques dues à l'ostéomyélite est cotée au chapitre 17, Affections musculosquelettiques.

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

Tableaux de cotation

Ce chapitre contient six tableaux « Perte fonctionnelle », trois tableaux « Autres déficiences » et un diagramme « Règle des neuf » que l'on peut utiliser pour coter les affections dermatologiques ouvrant droit à des indemnités d'invalidité.

Tableaux et diagramme de ce chapitre :

Tableau 22.1	Perte fonctionnelle - Peau - Visage et cuir chevelu	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections dermatologiques du visage et du cuir chevelu.
Tableau 22.2	Perte fonctionnelle - Peau - Mains	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections dermatologiques des mains.
Tableau 22.3	Perte fonctionnelle - Peau - Pieds	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections dermatologiques des pieds.

Tableau 22.4	Perte fonctionnelle - Peau - Organes génitaux	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections dermatologiques des organes génitaux.
Tableau 22.5	Perte fonctionnelle - Peau - Généralisée	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections dermatologiques généralisées.
Tableau 22.6	Perte fonctionnelle - Ongles	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux affections des ongles.
Tableau 22.7	Autres déficiences - Blessures par balle et cicatrices superficielles - Visage	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux blessures par balle et cicatrices superficielles du visage.
Tableau 22.8	Autres déficiences - Blessures par balle et cicatrices superficielles - Mains	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux blessures par balle et cicatrices superficielles des mains.
Tableau 22.9	Autres déficiences - Blessures par balle et cicatrices superficielles - Autres	Ce tableau permet de coter la déficience liée aux blessures par balle et cicatrices superficielles **autres que** celles du visage et des mains.
Diagramme 22A	Règle des neuf	Ce diagramme sert à estimer le pourcentage de la surface du corps affectée.

Perte fonctionnelle - Peau - Visage et cuir chevelu

Le **tableau 22.1** permet de coter la déficience liée aux affections dermatologiques du visage et du cuir chevelu. Ce tableau compte trois colonnes. On choisit une cote dans chaque colonne. Les trois cotes sont **additionnées** pour obtenir la cote du **tableau 22.1.**

Si les affections dermatologiques du visage et du cuir chevelu 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 de l'organisme 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 - Peau - Mains

Le **tableau 22.2** permet de coter la déficience liée aux affections dermatologiques des mains. Les mains sont cotées ensemble. Ce tableau compte trois colonnes. On choisit une cote dans chaque colonne. Les trois cotes sont **additionnées** pour obtenir la cote du **tableau 22.2.**

Si les affections dermatologiques des mains 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 de l'organisme 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 - Peau - Pieds

Le **tableau 22.3** permet de coter la déficience liée aux affections dermatologiques des pieds. Les pieds sont cotés ensembles. Ce tableau compte trois colonnes. On choisit une cote dans chaque colonne. Les trois cotes sont **additionnées** pour obtenir la cote du **tableau 22.3.**

Si les affections dermatologiques des pieds 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 de l'organisme 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 - Peau - Organes génitaux

Le **tableau 22.4** permet de coter la déficience liée aux affections dermatologiques des organes génitaux/du périnée. Ce tableau compte trois colonnes. On choisit une cote dans chaque colonne. Les trois cotes sont **additionnées** pour obtenir la cote du **tableau 22.4.**

Si les affections dermatologiques des organes génitaux 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 de l'organisme 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 - Peau - Généralisée

Le **tableau 22.5** permet de coter la déficience liée aux affections dermatologiques généralisées. Ce tableau compte trois colonnes. On choisit une cote dans chaque colonne. Les trois cotes sont **additionnées** pour obtenir la cote du **tableau 22.5.**

Ce tableau sert à établir une cote de déficience dans les circonstances suivantes :

- L'affection de la peau ouvrant droit à des indemnités d'invalidité affecte une partie qui n'est pas cotée dans un tableau de ce chapitre correspondant à un endroit spécifique; **et/ou**

- Au moins deux parties du corps (à l'exclusion des ongles) sont affectées par la même affection de la peau ouvrant droit à des indemnités d'invalidité.

Pour déterminer la surface de peau touchée pour le **tableau 22.5**, on utilise le diagramme 22A, « Règle des neuf », qui divise toute la surface corporelle en sections où chaque section équivaut à un pourcentage de la surface totale du corps, comme il est indiqué ci-dessous :

- tête et cou - 9 %
- chaque main et bras - 9 %
- paume de la main - 1 %
- chaque pied et jambe - 18 % (9 % pour le pied et la jambe antérieurs; 9 % pour le pied et la jambe postérieurs)

- tronc antérieur - 18 %
- tronc postérieur (y compris le fessier) - 18 %
- périnée - 1 %.

Note : On doit faire des approximations en appliquant la « Règle des neuf » lorsqu'une partie seulement de la surface du corps est touchée.

Si les affections dermatologiques généralisées 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 de l'organisme 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 - Ongles

Le **tableau 22.6** permet de coter la déficience liée aux affections des ongles des mains et des pieds. Ce tableau compte deux colonnes. On choisit une cote dans chaque colonne. Les deux cotes sont **additionnées** pour obtenir la cote du **tableau 22.6.**

Si les affections des ongles 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 de l'organisme 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 - Blessures par balle et cicatrices superficielles - Visage

Le **tableau 22.7** permet de coter la déficience liée aux blessures par balle et cicatrices superficielles du visage. On utilise la surface totale de toutes les cicatrices sur le visage pour déterminer l'étendue de la peau touchée. Ce tableau compte deux colonnes. On choisit une cote dans chaque colonne. Les deux cotes sont **additionnées** pour obtenir la cote du **tableau 22.7.**

*** Les cicatrices de brûlures sont cotées dans chacun des tableaux spécifiques et/ou au tableau 22.5 - Peau - Généralisée de ce chapitre. Les cicatrices de brûlures ne sont pas cotées à l'aide du tableau 22.7.**

Si les blessures par balle et cicatrices superficielles du visage et du cuir chevelu 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 de l'organisme 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 - Blessures par balle et cicatrices superficielles - Mains

Le **tableau 22.8** permet de coter la déficience liée aux blessures par balle et cicatrices superficielles des mains. On utilise la surface totale de toutes les cicatrices sur les mains pour déterminer l'étendue de la peau touchée. Ce tableau compte deux colonnes. On choisit une cote dans chaque colonne. Les deux cotes sont **additionnées** pour obtenir la cote du **tableau 22.8.**

*** Les cicatrices de brûlures sont cotées dans chacun des tableaux spécifiques et/ou au tableau 22.5 - Peau - Généralisée de ce chapitre. Les cicatrices de brûlures ne sont pas cotées à l'aide du tableau 22.8.**

Si les blessures par balle et cicatrices superficielles des mains 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 de l'organisme 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 - Blessures par balle et cicatrices superficielles - Autres

Le **tableau 22.9** permet de coter la déficience liée aux blessures par balle et cicatrices superficielles autres que celles du visage et des mains. On utilise la surface totale de toutes les cicatrices autre que celles du visage et des mains pour déterminer l'étendue de la peau touchée. Ce tableau compte deux colonnes. On choisit une cote dans chaque colonne. Les deux cotes sont **additionnées** pour obtenir la cote du **tableau 22.9.**

*** Les greffes et les zones donneuses de la peau sont cotées dans ce tableau.**
*** Les cicatrices du cuir chevelu sont cotées au tableau 22.9.**
*** Les cicatrices de brûlures sont cotées dans chacun des tableaux spécifiques et/ou au tableau 22.5 - Peau - Généralisée de ce chapitre. Les cicatrices de brûlures ne sont pas cotées à l'aide du tableau 22.9.**

Si les blessures par balle et cicatrices superficielles des parties autres que le visage et les mains 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 de l'organisme 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 22.1 - Perte fonctionnelle - Peau - Visage et cuir chevelu

On ne peut attribuer qu'une cote à l'aide de la colonne du **tableau 22.1** pour chaque affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité. Si plusieurs cotes s'appliquent à une affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité dans une colonne, on retient la **plus élevée**. Les cotes de **chaque** colonne sont **additionnées** pour chaque affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité.

La calvitie masculine est évaluée à zéro.

Tableau 22.1 - Perte fonctionnelle - Peau - Visage et cuir chevelu

Cote	Étendue de la peau touchée	Signes et symptômes	Traitement
Zéro		Cicatrice de brûlure, bien guérie, non adhérente, aucune perte de tissu sous-cutané; **ou** Pas de prurit, de douleur, de malaise ou de desquamation. Pas de suintement, d'ulcération, de vésication (cloque), de croûtes ou de fissures.	Aucun traitement requis.
Un	Cicatrice de brûlure ou rash minime concernant jusqu'à **c** du cuir chevelu ou du visage.		Antihistaminiques par voie orale **et/ou** thérapie topique.
Deux	Plus de **c** jusqu'à ¼ du visage **et/ou** ¼ du cuir chevelu.	Prurit **et/ou** douleur **et/ou** malaise **et/ou** desquamation; **ou** Cicatrice de brûlure adhérant au tissu sous-cutané **ou** perte de tissu sous-cutané.	Thérapie systémique (à l'exclusion des antihistaminiques) **et/ou** chirurgicale **et/ou** au laser **et/ou** aux ultraviolets administrée de façon régulière et continue.

Cote	Étendue de la peau touchée	Signes et symptômes	Traitement
Quatre	Plus de ¼ jusqu'à ½ du visage **et/ou** du cuir chevelu.	Prurit **et/ou** douleur **et/ou** malaise **et/ou** desquamation; **et** Suintement **et/ou** ulcération **et/ou** vésication (cloque) **et/ou** croûtes **et/ou** fissures avec ou sans infection secondaire; **ou** Cicatrice de brûlure adhérant au tissu sous-cutané **et** perte de tissu sous-cutané; **ou** Alopécie du cuir chevelu (autre que la calvitie masculine).	
Sept	Plus de ½ du visage **et/ou** plus de ½ du cuir chevelu.	Alopécie (cuir chevelu et poils faciaux).	

Étapes à suivre pour évaluer la déficience liée aux affections dermatologiques (Visage et cuir chevelu)

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 22.1** (Perte fonctionnelle - Peau - Visage et cuir chevelu).

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 indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Tableau 22.2 - Perte fonctionnelle - Peau - Mains

On ne peut attribuer qu'une cote à l'aide d'une colonne du **tableau 22.2** pour chaque affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité. **Les mains sont cotées ensemble**. Si plusieurs cotes s'appliquent à une affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité dans une colonne, on retient la **plus élevée**. Les cotes de **chaque** colonne sont **additionnées** pour chaque affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité.

Tableau 22.2 - Perte fonctionnelle - Peau - Mains

Cote	Étendue de la peau touchée	Signes et symptômes	Traitement
Zéro		Cicatrice de brûlure, bien guérie, non adhérente, aucune perte de tissu sous-cutané; **ou** Pas de prurit, de douleur, de malaise ou de desquamation. Pas de suintement, d'ulcération, de vésication (cloque), de croûtes ou de fissures.	Aucun traitement **ou** traitement intermittent.
Un	Cicatrice de brûlure **et/ou** rash minimes concernant jusqu'à ¼ des mains.		Antihistaminiques par voie orale **et/ou** thérapie topique.
Deux	Plus de ¼ et jusqu'à la moitié des mains.	Prurit **et/ou** douleur **et/ou** malaise **et/ou** desquamation; **ou** Cicatrice de brûlure adhérant au tissu sous-cutané **ou** perte de tissu sous-cutané.	Thérapie systémique (à l'exclusion des antihistaminiques) **et/ou** chirurgicale **et/ou** au laser **et/ou** aux ultraviolets administrée de façon régulière et continue.

Quatre	Plus de ½ jusqu'à ¾ des mains.	Prurit **et/ou** douleur **et/ou** malaise **et/ou** desquamation; **et** Suintement **et/ou** ulcération **et/ou** vésication (cloque) **et/ou** croûtes **et/ou** fissures avec ou sans infection secondaire; **ou** Cicatrice de brûlure adhérant au tissu sous-cutané **et** perte de tissu sous-cutané.	
Sept	Plus de ¾ des mains.		

Étapes à suivre pour évaluer la déficience liée aux affections dermatologiques (Mains)

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 22.2** (Perte fonctionnelle - Peau - Mains).

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 indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Tableau 22.3 - Perte fonctionnelle - Peau - Pieds

On ne peut attribuer qu'une cote à l'aide d'une colonne du **tableau 22.3** pour chaque affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité. **Les pieds sont cotés ensemble.** Si plusieurs cotes s'appliquent à une affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité dans une colonne, on retient la **plus élevée**. Les cotes de **chaque** colonne sont **additionnées** pour chaque affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité.

Tableau 22.3 - Perte fonctionnelle - Peau - Pieds

Cote	Étendue de la peau touchée	Signes et symptômes	Traitement
Zéro		Cicatrice de brûlure, bien guérie, non adhérente, aucune perte de tissu sous-cutané; **ou** Pas de prurit, de douleur, de malaise, ni de desquamation. Pas de suintement, d'ulcération, de vésication, (cloque), de croûtes ni de fissures.	Aucun traitement ou traitement intermittent.
Un	Cicatrice de brûlure et/ou rash minimes jusqu'à ¼ des pieds.		Antihistaminiques par voie orale **et/ou** thérapie topique.
Deux	Plus de ¼ jusqu'à ½ des pieds.	Prurit **et/ou** douleur **et/ou** malaise **et/ou** desquamation; **ou** Cicatrice de brûlure adhérant au tissu sous-cutané **ou** perte de tissu sous-cutané.	Thérapie systémique (à l'exclusion des antihistaminiques) **et/ou** chirurgicale **et/ou** au laser **et/ou** aux ultraviolets administrée de façon régulière et continue.
Trois	Plus de ½ jusqu'à ¾ des pieds.	Prurit **et/ou** douleur **et/ou** malaise **et/ou** desquamation; **et** Suintement **et/ou** ulcération **et/ou** vésication **et/ou** croûtes **et/ou** fissures avec ou sans infection secondaire; **ou** Cicatrice de brûlure adhérant au tissu sous-cutané **et** perte de tissu sous-cutané.	
Quatre	Plus de ¾ des pieds.		

Étapes à suivre pour évaluer la déficience liée aux affections dermatologiques (Pieds)

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 22.3** (Perte fonctionnelle - Pieds).

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 indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Tableau 22.4 - Perte fonctionnelle - Peau - Organes génitaux

On ne peut attribuer qu'une cote à l'aide d'une colonne du **tableau 22.4** pour chaque affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité. Si plusieurs cotes s'appliquent à une affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité dans une colonne, on retient la **plus élevée**. Les cotes de **chaque** colonne sont **additionnées** pour chaque affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité.

Tableau 22.4 - Perte fonctionnelle - Peau - Organes génitaux

Cote	Étendue de la peau touchée	Signes et symptômes	Traitement
Zéro		Cicatrice de brûlure, bien guérie, non adhérente, aucune perte de tissu sous-cutané; **ou** Pas de prurit, de douleur, de malaise ni de desquamation. Pas de suintement, d'ulcération, de vésication (cloque), de croûtes ni de fissures.	Aucun traitement ou traitement intermittent.
Un	Cicatrice de brûlure **et/ou** rash minimes et concernant jusqu'à **c** des organes génitaux **et/ou** du périnée.		Antihistaminiques par voie orale **et/ou** thérapie topique.
Deux	Plus de **c** jusqu'à ¼ des organes génitaux **et/ou** du périnée.	Prurit **et/ou** douleur **et/ou** malaise **et/ou** desquamation; **ou** Cicatrice de brûlure adhérant au tissu sous-cutané **ou** perte de tissu sous-cutané.	Thérapie systémique (à l'exclusion des antihistaminiques) **et/ou** chirurgicale **et/ou** au laser **et/ou** aux ultraviolets administrée de façon régulière et continue.

Cote	Étendue de la peau touchée	Signes et symptômes	Traitement
Trois	Plus de ¼ jusqu'à ½ des organes génitaux **et/ou** du périnée.	Prurit **et/ou** douleur **et/ou** malaise **et/ou** desquamation; **et** Suintement **et/ou** ulcération **et/ou** vésication (cloque) **et/ou** croûtes **et/ou** fissures avec ou sans infection secondaire; **ou** Cicatrice de brûlure adhérant au tissu sous-cutané **et** perte de tissu sous-cutané.	
Quatre	Plus de ½ des organes génitaux **et/ou** du périnée.		

Étapes à suivre pour évaluer la déficience liée aux affections dermatologiques (Organes génitaux)

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 22.4** (Perte fonctionnelle - Organes génitaux)**.**

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 indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Tableau 22.5 - Perte fonctionnelle - Peau - Généralisée

On ne peut attribuer qu'une cote à l'aide d'une colonne du **tableau 22.5** pour chaque affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité. Si plusieurs cotes s'appliquent à une affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité dans une colonne, on retient la **plus élevée**. Les cotes de **chaque** colonne sont **additionnées** pour chaque affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité.

On utilise le diagramme 22A, la « Règle des neuf » pour établir la surface de peau touchée dans le **tableau 22.5.** Il peut être nécessaire de faire des approximations en appliquant la « Règle des neuf » lorsqu'une partie seulement de la surface du corps est touchée.

Tableau 22.5 - Perte fonctionnelle - Peau - Généralisée

Cote	Étendue de la peau touchée	Signes et symptômes	Traitement
Zéro		Pas de prurit, de douleur, de malaise ou de desquamation. Pas de suintement, d'ulcération, de vésication (cloque), de croûtes ni de fissures.	Aucun traitement requis.
Un	Cicatrice de brûlure **et/ou** rash minimes de moins de 3 po^2 (18,75 cm^2).	Cicatrice de brûlure, bien guérie, non sensible, non adhérente, aucune perte de tissu sous-cutané.	Antihistaminiques par voie orale **et/ou** thérapie topique.
Deux	Plus de 3 po^2 (18,75 cm^2) et jusqu'à 18 % de la surface de la peau.	Prurit **et/ou** douleur **et/ou** malaise **et/ou** desquamation; **ou** Cicatrice de brûlure adhérant au tissu sous-cutané **ou** perte de tissu sous-cutané; **ou** Alopécie (perte de localisée de la pilosité).	
Quatre	19 % à 27 % de la surface de la peau.	Cicatrice de brûlure adhérant au tissu sous-cutané **et** perte de tissu sous-cutané.	
Neuf		Suintement **et/ou** ulcération **et/ou** vésication (cloque) **et/ou** croûtes **et/ou** fissures avec ou sans infection secondaire; **ou** Alopécie totale.	Thérapie systémique (à l'exclusion des antihistaminiques) **et/ou** chirurgicale **et/ou** au laser **et/ou** aux ultraviolets administrée de façon régulière et continue.

Cote	Étendue de la peau touchée	Signes et symptômes	Traitement
Treize	28 % à 36 % de la surface de la peau.		
Dix-huit	37 % à 45 % de la surface de la peau.		
Vingt et un	46 % à 54 % de la surface de la peau.		
Trente et un	Plus de 54 % de la surface de la peau.		

Étapes à suivre pour évaluer la déficience liée aux affections dermatologiques (Généralisée)

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 22.5** (Perte fonctionnelle - Peau - Généralisée)**.**

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 indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Tableau 22.6 - Perte fonctionnelle - Ongles

On ne peut attribuer qu'une cote à l'aide de **chaque** colonne du **tableau 22.6**, quel que soit le nombre d'affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité à coter. Si plusieurs cotes s'appliquent dans une colonne, on retient la **plus élevée** pour cette colonne. Les cotes de **chaque** colonne sont **additionnées**.

Tableau 22.6 - Perte fonctionnelle - Ongles

Cote	Zones touchées	Traitement
Zéro	Pas d'affection active.	Aucun traitement requis.
Un	Jusqu'à 3 ongles des mains **et/ou** des pieds.	Traitement prescrit de façon intermittente.
Deux	Plus de 3 ongles des mains **et/ou** des pieds.	Traitement prescrit de façon régulière et continue.

Étapes à suivre pour évaluer la déficience liée aux affections des ongles

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 22.6** (Perte fonctionnelle - Ongles).

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 indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Tableau 22.7 - Autres déficiences - Blessures par balle et cicatrices superficielles - Visage

On ne peut attribuer qu'une cote à l'aide de **chaque** colonne du **tableau 22.7**, quel que soit le nombre d'affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité à coter. Si plusieurs cotes s'appliquent dans une colonne, on retient la **plus élevée** pour cette colonne. Les cotes de **chaque** colonne sont **additionnées**.

Tableau 22.7 - Autres déficiences - Blessures par balle et cicatrices superficielles - Visage

Cote	Étendue de la peau touchée	Signes et symptômes
Zéro		Douleur au toucher possible.
Un	Cicatrice(s) jusqu'à ½ po^2 (1,5 cm^2).	
Deux	Cicatrice(s) de plus de ½ po^2 (1,5 cm^2) mais de moins de 1 po^2 (6,5 cm^2).	Adhérence au tissu sous-cutané; **ou** perte de tissu sous-cutané; **ou** chéloïde.
Trois	Cicatrice(s) égale(s) à au moins 1 po^2 (6,5 cm^2).	

Les cas de grave défigurement sont cotés individuellement.

Étapes à suivre pour évaluer la déficience liée aux blessures par balle et cicatrices superficielles (Visage)

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 22.7** (Autres déficiences - Blessures par balle et cicatrices superficielles - Visage).

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 indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Tableau 22.8 - Autres déficiences - Blessures par balle et cicatrices superficielles - Mains

On ne peut attribuer qu'une cote à l'aide de **chaque** colonne du **tableau 22.8**, quel que soit le nombre d'affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité à coter. Si plusieurs cotes s'appliquent dans une colonne, on retient la **plus élevée** pour cette colonne. Les cotes de **chaque** colonne sont **additionnées**.

Tableau 22.8 - Autres déficiences - Blessures par balle et cicatrices superficielles - Mains

Cote	Étendue de la peau touchée	Signes et symptômes
Zéro	Cicatrice(s) jusqu'à ½ po^2 (1,5 cm^2).	Douleur au toucher possible.
Un	Cicatrice(s) de plus de ½ po^2 (1,5 cm^2) mais moins de 1 po^2 (6,5 cm^2).	Adhérence au tissu sous-cutané; **ou** perte de tissu sous-cutané; **ou** chéloïde.
Deux	Cicatrice(s) égale(s) à au moins 1 po^2 (6,5 cm^2).	

Étapes à suivre pour évaluer la déficience liée aux blessures par balle et cicatrices superficielles (Mains)

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 22.8** (Autres déficiences - Blessures par balle et cicatrices superficielles - Mains).

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 indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Tableau 22.9 - Autres déficiences - Blessures par balle et cicatrices superficielles - Autres

On ne peut attribuer qu'une cote à l'aide de **chaque** colonne du **tableau 22.9**, quel que soit le nombre d'affections ouvrant droit à des indemnités d'invalidité à coter. Si plusieurs cotes s'appliquent dans une colonne, on retient la **plus élevée** pour cette colonne. Les cotes de **chaque** colonne sont **additionnées**.

Tableau 22.9 - Autres déficiences - Blessures par balle et cicatrices superficielles - Autres

Cote	Étendue de la peau touchée	Signes et symptômes
Zéro	Cicatrice(s) jusqu'à 1 po^2 (6,5 cm^2).	Douleur au toucher possible.
Un	Cicatrice(s) de plus de 1 po^2 (6,5 cm^2) mais de moins de 2 po^2 (12,9 cm^2).	Adhérence au tissu sous-cutané; **ou** perte de tissu sous-cutané; **ou** chéloïde.
Deux	Cicatrice(s) égale(s) à au moins 2 po^2 (12,9 cm^2).	

Étapes à suivre pour évaluer la déficience liée aux blessures par balle et cicatrices superficielles (Autres)

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 22.9** (Autres déficiences - Blessures par balle et cicatrices superficielles - Autres).

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.

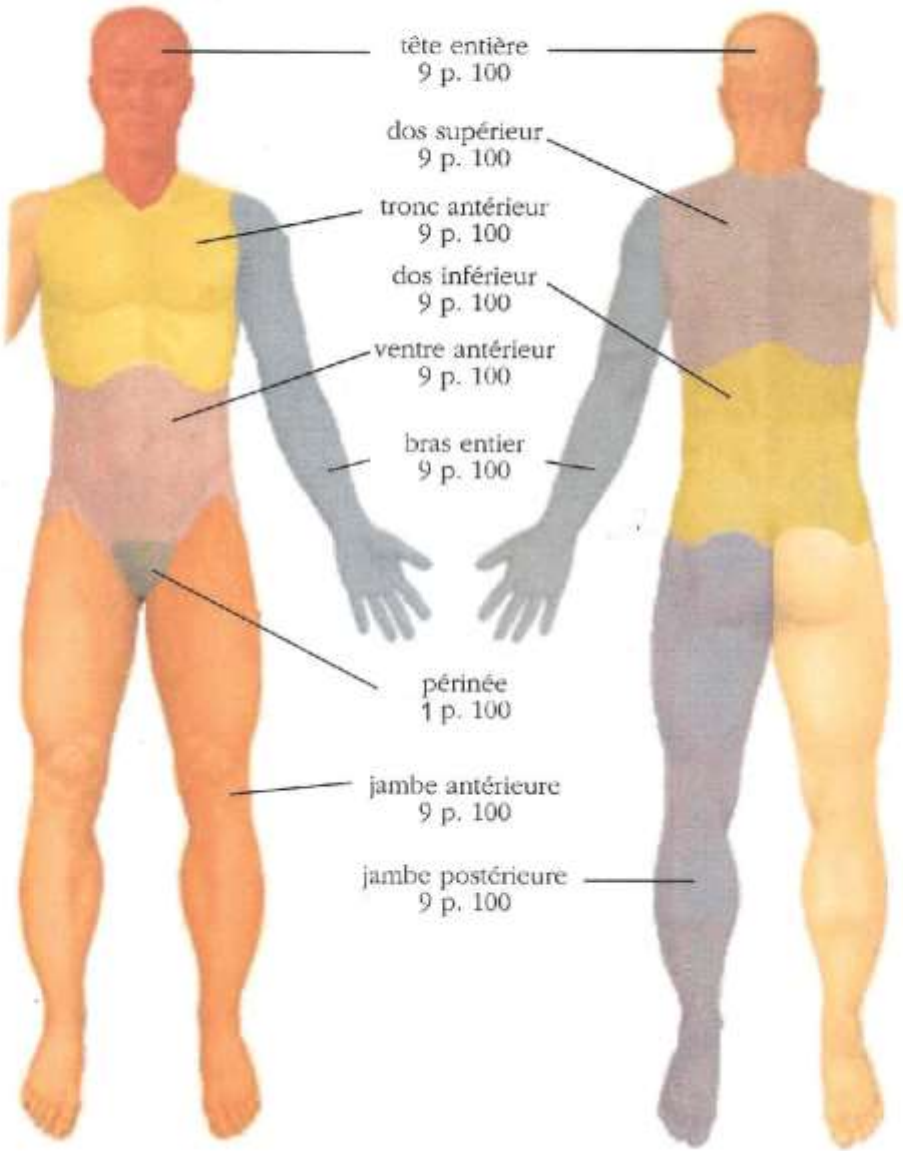
Étape 4 : Additionner les cotes des étapes 2 et 3.

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

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

la règle des neuf

Estimer le pourcentage de la partie du corps atteinte



Chapitre 23
AFFECTIONS HÉMOPOÏÉTIQUES

Introduction

Ce chapitre contient les critères permettant d'évaluer la déficience permanente liée au système hémopoïétique. Aux fins de ce chapitre, la déficience hémopoïétique comprend la déficience de la fonction des globules rouges, des plaquettes et des globules blancs.

Sont également évaluées dans ce chapitre la malaria, l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et la splenectomie, quelle qu'en soit la cause.

La déficience liée à la pancytopénie est évaluée au cas par cas.

La déficience liée à la greffe de la moelle osseuse est évaluée au cas par cas.

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

Tableaux de cotation

Ce chapitre contient trois tableaux « Perte fonctionnelle » et deux tableaux « Autres déficiences » qui seront utilisés pour évaluer les affections hémopoïétiques ouvrant droit à des indemnités d'invalidité.

Voici les tableaux de ce chapitre :

Tableau 23.1	Perte fonctionnelle - Anémie	Ce tableau permet de coter la déficience liée à l'anémie.
Tableau 23.2	Perte fonctionnelle - Polycythémie	Ce tableau permet de coter la déficience liée à la polycythémie.
Tableau 23.3	Perte fonctionnelle - Thrombocytopénie	Ce tableau permet de coter la déficience liée à la thrombocytopénie.
Tableau 23.4	Autres déficiences - Virus de l'immunodéficience humaine	Ce tableau permet de coter la déficience liée au VIH/sida.
Tableau 23.5	Autres déficiences - Malaria	Ce tableau permet de coter la déficience liée à la malaria.

Perte fonctionnelle - Anémie

Le **tableau 23.1** permet de coter la déficience liée à l'anémie. On ne peut choisir qu'une seule 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.

Dans la majorité des cas, le traitement contrôlera ou guérira l'anémie de façon permanente. Si les activités de la vie quotidienne sont réduites malgré un traitement optimal ou si le traitement optimal ne peut être administré en raison d'autres problèmes médicaux, une cote sera établie à l'aide du chapitre 19, Activités de la vie quotidienne. Si une cote s'applique au **tableau 23.1** et au chapitre 19, les cotes sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue**.**

Si l'anémie 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 de l'organisme 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 - Polycythémie

Le **tableau 23.2** permet de coter la déficience liée à la polycythémie. On ne peut choisir qu'une seule cote. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Dans la majorité des cas, le traitement contrôlera ou guérira la polycythémie de façon permanente. Si les activités de la vie quotidienne sont réduites malgré un traitement optimal ou si le traitement optimal ne peut être administré en raison d'autres problèmes médicaux, une cote sera établie à l'aide du chapitre 19, Activités de la vie quotidienne. Si une cote s'applique au **tableau 23.2** et au chapitre 19, les cotes sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Si la polycythémie 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 de l'organisme 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 - Thrombocytopénie

Le **tableau 23.3** permet de coter la déficience liée à la thrombocytopénie. On ne peut choisir qu'une seule 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.

Dans la majorité des cas, le traitement contrôlera ou guérira la thrombocytopénie de façon permanente. Si les activités de la vie quotidienne sont réduites malgré un traitement optimal ou si le traitement optimal ne peut être administré en raison d'autres problèmes médicaux, une cote sera établie à l'aide du chapitre 19, Activités de la vie quotidienne. Si une cote s'applique au **tableau 23.3** et au chapitre 19, les cotes sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

La splénectomie est normalement cotée à zéro. Les personnes splénectomisées sont vulnérables à certaines bactéries encapsulées comme le pneumocoque. On peut normalement prévenir l'infection au pneumocoque par la vaccination. Il n'y a pas de risque accru d'infection par les virus ou les bactéries non encapsulées. Il faudra agir au cas par cas lorsque des infections répétées dues à des bactéries encapsulées se produisent à la suite de l'ablation de la rate.

Si la thrombocytopénie 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 de l'organisme 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 - Virus de l'immunodéficience humaine

Le **tableau 23.4** permet de coter la déficience liée à l'infection au VIH/sida. On ne peut choisir qu'une seule cote. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Les infections opportunistes du sida et les infections non propres au sida qui n'entraînent pas de déficience permanente d'autres systèmes de l'organisme sont censées être visées par la cote du **tableau 23.4**.

Si l'infection au VIH/sida 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 de l'organisme 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 - Malaria

Le **tableau 23.5** permet de coter la déficience liée à malaria. On ne peut choisir qu'une seule cote. Si plusieurs s'appliquent, elles sont **comparées**, et la **plus élevée** est retenue.

Si la malaria 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 de l'organisme sera cotée à l'aide des tableaux pertinents sur les systèmes et appareils de l'organisme.

Tableau 23.1 - Perte fonctionnelle - Anémie

Une seule cote peut être donnée à l'aide du **tableau 23.1** 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.

Chaque puce (•) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **tableau 23.1**, suivre les « **et** » et les « **ou** ».

Tableau 23.1 - Perte fonctionnelle - Anémie

Cote	Critères
Zéro	• Asymptomatique; **et** • Ne nuit pas aux activités de la vie quotidienne; **et** • Aucun traitement nécessaire; **et** • Hémoglobine supérieure ou égale à 100 g/L.
Un	• Anémie nécessitant des injections régulières moins d'une fois par mois; **ou** • Anémie nécessitant une médication par voie orale intermittente.
Deux	• Anémie nécessitant des injections régulières tous les mois.
Trois	• Anémie nécessitant une médication par voie orale continue; **ou** • Anémie nécessitant des injections régulières plus d'une fois par mois, mais moins d'une fois par semaine.
Quatre	• Anémie nécessitant des injections régulières chaque semaine; **ou** • Hémoglobine inférieure à 100 g/L, mais supérieure ou égale à 70 g/L malgré un traitement optimal.
Neuf	• Symptomatique*, l'anémie est présente malgré un traitement optimal, mais pas de difficulté à exercer les activités de la vie quotidienne; **ou** • Anémie nécessitant des injections régulières tous les jours; **ou** • Anémie nécessitant des transfusions toutes les 7 à 16 semaines; **ou** • Hémoglobine inférieure à 70 g/L malgré un traitement optimal.
Treize	• Anémie nécessitant des transfusions toutes les 4 à 6 semaines.
Dix-huit	• Anémie nécessitant des transfusions plus fréquemment qu'aux 4 semaines.

* Symptômes - Essoufflement, faiblesse, léthargie, étourdissement, fatigue, palpitations et mal de tête pulsatile.

Tableau 23.2 - Perte fonctionnelle - Polycythémie

Une seule cote peut être donnée à l'aide du **tableau 23.2.** 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 23.2**, suivre les « **et** » et les « **ou** ».

Tableau 23.2 - Perte fonctionnelle - Polycythémie

Cote	Critères
Zéro	• Asymptomatique; **et** • Ne nuit pas aux activités de la vie quotidienne; **et** • Phlébotomie inutile.
Un	• Phlébotomie régulière nécessaire moins d'une fois toutes les 4 semaines.
Quatre	• Phlébotomie régulière nécessaire une fois toutes les 4 semaines.
Neuf	• Symptomatique* malgré un traitement optimal, mais pas de difficulté à exercer les activités de la vie quotidienne; **ou** • Phlébotomie régulière nécessaire plus d'une fois toutes les 4 semaines.

* Symptômes - Mal à la tête, étourdissement, paresthésie, fatigue, troubles abdominaux, sueurs nocturnes, prurit, perte de poids, érythromélalgie, apathie.

Tableau 23.3 - Perte fonctionnelle - Thrombocytopénie

Une seule cote peut être donnée pour chaque affection ouvrant droit à des indemnités d'invalidité à l'aide du **tableau 23.3.** 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 23.3**, suivre les « **et** » et les « **ou** ».

Tableau 23.3 - Perte fonctionnelle - Thrombocytopénie

Cote	Critères
Zéro	• Asymptomatique; **et** • Ne nuit pas aux activités de la vie quotidienne; **et** • Compte de plaquettes supérieur ou égal à 100 000/µl; **ou** • Splénectomie*.
Un	• Compte de plaquettes supérieur ou égal à 50 000/µl mais inférieur à 100 000/µl malgré un traitement optimal.
Quatre	• Compte de plaquettes supérieur ou égal à 20 000/µl mais inférieur à 50 000/µl malgré un traitement optimal.
Neuf	• Symptomatique** malgré un traitement optimal, mais pas de difficulté à exercer les activités de la vie quotidienne; **ou** • Compte de plaquettes supérieur ou égal à 10 000/µl mais inférieur à 20 000/µl malgré un traitement optimal.
Dix-huit	• Compte de plaquettes inférieur à 10 000/µl malgré un traitement optimal.

* En cas d'infections répétées dues à des bactéries encapsulées à la suite de l'ablation de la rate, l'évaluation se fait au cas par cas.

** Symptômes - ecchymoses excessives, saignement anormal des gencives, de la bouche, gastrointestinal et/or du tractus urinaire, épistaxis, pétéchies/purpura, ménorragie, saignement prolongé après un traumatisme.

Tableau 23.4 - Autres déficiences - Virus de l'immunodéficience humaine

Une seule cote peut être donnée à l'aide du **tableau 23.4.** 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 23.4**, suivre les « **et** » et les « **ou** ».

Tableau 23.4 - Autres déficiences - Virus de l'immunodéficience humaine

Cote	Critères
Quatre	• Infection au VIH asymptomatique avec ou sans adénopathie; **et** • Décompte des CD4 supérieur ou égal à 350 cellules/µl.
Neuf	• Signes cliniques intermittents* (sauf l'adénopathie) et/ou symptômes constitutionnels; **ou** • Décompte des CD4 supérieur ou égal à 200 cellules/µl, mais inférieur à 350 cellules/µl.
Treize	• Signes cliniques persistants* (sauf l'adénopathie) et/ou symptômes constitutionnels.
Vingt et un	• Décompte des CD4 supérieur ou égal à 50 cellules/µl mais inférieur à 200 cellules/µl**.**
Trente-quatre	• Développement d'une infection opportuniste du sida**; **ou** • Décompte des CD4 inférieur à 50 cellules/µl.
Quatre vingt-un	• Développement continu d'infections opportunistes du sida** ; **ou** • Développement d'une malignité du sida***; **ou** • Développement d'une maladie du système nerveux central propre au sida****; **ou** • Développement du syndrome cachectique du sida*****.

* Signes cliniques et symptômes constitutionnels :
- fièvre
- sueurs nocturnes
- malaise
- fatigue
- diarrhée intermittente
- adénopathie
- arthralgie
- myalgie
- éruption cutanée
- perte de poids
- prurit.

**Les infections opportunistes du sida sont notamment les suivantes :
- Candidose des bronches, de la trachée, des poumons ou de l'oesophage
- Coccidioïdomycose, disséminée ou extra-pulmonaire
- Cryptococcose, extra-pulmonaire
- Cryptosporidiose, intestinale chronique
- Cytomégalovirus (autres que du foie, de la rate ou des nodules)
- Herpes simplex (ulcères chroniques, bronchite, oesophagite)
- Histoplasmose, disséminée ou extra-pulmonaire
- Coccidiose à Isospora (intestinale chronique)
- Complexe *Mycobacterium avium* ou *kansasii*, disséminée ou extra-pulmonaire
- *Mycobacterium tuberculosis*, pulmonaire ou extra-pulmonaire
- *Mycobacterium*, autres espèces (disséminée ou extra-pulmonaire)
- Pneumonie à *Pneumocystis carinii*
- Pneumonie, récurrente
- *Septicémie* à *salmonella*
- Toxoplasmose du cerveau.

*** Malignités du sida
***Les infections malignités du sida sont notamment les suivantes :
- Cancer du col de l'utérus
- Sarcome de Kaposi
- Lymphome (non Hodgkin).

**** Les maladies du systèmes nerveux central caractéristiques du sida sont notamment les suivantes :
- Encéphalopathie, liée au VIH
- Leucoencéphalopathie multifocale progressive.

*****Syndrome cachectique du sida - perte involontaire de plus de 10 % de la masse corporelle antérieure à la maladie et plus de 30 jours de diarrhée ou de faiblesse et de fièvre.

Tableau 23.5 - Autres déficiences - Malaria

On ne peut retenir qu'une cote à l'aide du **tableau 23.5**.

Chaque puce (•) représente un critère. Afin d'établir une cote pour le **tableau 23.5** tous les critères désignés à ce niveau de cote doivent être respectés.

Tableau 23.5 - Autres déficiences - Malaria

Cote	Critères
Zéro	• Antécédents de malaria, asymptomatique.
Quatre	• Symptômes intermittents ou rechutes dus à la malaria selon les preuves de laboratoire malgré un traitement optimal.

Étapes à suivre pour évaluer l'anémie

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 23.1** (Perte fonctionnelle - Anémie).

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 indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Étape 6 : Si les activités de la vie quotidienne sont réduites malgré un traitement optimal, on établit une cote à l'aide du chapitre 19, Activités de la vie quotidienne (AVQ).

Étape 7 : **Comparer** les cotes des étape 5 et 6, et choisir la **plus élevée.**

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Étapes à suivre pour évaluer la polycythémie

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 23.2** (Perte fonctionnelle - Polycythémie).

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 indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Étape 6 : Si les activités de la vie quotidienne sont réduites malgré un traitement optimal, on établit une cote à l'aide du chapitre 19, Activités de la vie quotidienne (AVQ).

Étape 7 : **Comparer** les cotes des étape 5 et 6, et choisir la **plus élevée.**

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Étapes à suivre pour évaluer la thrombocytopénie

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 23.3** (Perte fonctionnelle - Thrombocytopénie).

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 indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Étape 6 : Si les activités de la vie quotidienne sont réduites malgré un traitement optimal, on établit une cote à l'aide du chapitre 19, Activités de la vie quotidienne (AVQ).

Étape 7 : **Comparer** les cotes des étape 5 et 6, et choisir la **plus élevée.**

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Étapes à suivre pour évaluer le virus de l'immunodéficience humaine(VIH)/sida

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 23.4** (Autres déficiences - Virus de l'immunodéficience humaine [VIH/sida]).

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 indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Étapes à suivre pour évaluer la malaria

Étape 1 : Déterminer la cote à l'aide du **tableau 23.5** (Autres déficiences - Malaria).

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 indemnités d'invalidité, appliquer à la cote de l'étape 4.

Le résultat est l'évaluation de l'invalidité.

Chapitre 24
TUBERCULOSE

Ce chapitre porte sur l'évaluation d'une déficience imputable à la tuberculose pulmonaire et non pulmonaire. L'évaluation de certains cas de tuberculose pulmonaire sera effectuée conformément aux dispositions du paragraphe 35(3) de la *Loi sur les pensions*, qui seront mises en application de concert avec les dispositions du paragraphe 35(1).

Législation actuelle

Le paragraphe 35 (3) de la *Loi sur les pensions* stipule que : Des pensions pour une invalidité qui résulte de la tuberculose pulmonaire, alors que pendant le traitement d'un membre des forces la présence du bacille tuberculeux a été découverte dans les crachats ou qu'il a été établi que la maladie est modérément avancée et cliniquement active, sont accordées et maintenues comme suit :

a) Dans le cas d'un membre des forces qui a servi sur un théâtre réel de guerre et dont la maladie était attribuable au service ou a été contractée ou aggravée au cours de ce service, pendant la Première ou la Seconde Guerre mondiale, et dans le cas d'un membre des forces qui n'a pas servi sur un théâtre réel de guerre et dont la maladie a été contractée au cours du service, pendant l'une ou l'autre de ces guerres, une pension de cent *pour cent* est accordée à compter de la date à laquelle finit ce traitement, et elle est maintenue sans réduction pendant une période de deux ans, à moins qu'un nouveau traitement ne soit nécessaire;

b) Dans le cas d'un membre des forces qui n'a pas servi sur un théâtre réel de guerre et dont la maladie s'est aggravée au cours du service, pendant la Première ou la Seconde Guerre mondiale, une pension de quatre-vingt-dix *pour cent* est accordée à compter de la date à laquelle finit ce traitement, et elle est maintenue sans réduction pendant une période de deux ans, à moins qu'un nouveau traitement ne soit nécessaire;

c) Dans le cas d'un membre des forces qui a servi dans la milice active non permanente ou dans l'armée de réserve pendant la Seconde Guerre mondiale, ou dans le cas d'un membre des forces qui a servi en temps de paix, et dont la maladie est survenue pendant le service et a résulté de ce service ou s'y rattachait directement, une pension de cent *pour cent* est accordée à compter de la date à laquelle finit ce traitement, et elle est maintenue sans réduction pendant une période de deux ans, à moins qu'un nouveau traitement ne soit nécessaire;

d) Dans le cas d'un membre des forces qui a servi dans la milice active non permanente ou dans l'armée de réserve pendant la Seconde Guerre mondiale, ou dans le cas d'un membre des forces qui a servi en temps de paix, et dont la maladie a été aggravée pendant le service et lorsque l'aggravation a résulté de ce service ou s'y rattachait directement, une pension de quatre-vingt-dix *pour cent* est accordée à compter de la date à laquelle finit ce traitement et elle est maintenue sans réduction pendant une période de deux ans, à moins qu'un nouveau traitement ne soit nécessaire;

e) Lorsque les deux ans sont expirés, aucune pension accordée relativement à la tuberculose pulmonaire n'est réduite de plus de vingt *pour cent* à la fois et cette réduction ne peut être effectuée à des intervalles moindres que six mois; les alinéas *b*) et *d*) ne s'appliquent pas si la maladie s'est manifestée dans les trois mois qui ont suivi l'enrôlement.

24.01 - Aux fins du paragraphe 35 (3) de la *Loi sur les pensions,* le « traitement » dont il est question dans cette loi signifie « hospitalisation pour le traitement de la tuberculose pulmonaire ».

24.02 - Tuberculose Pulmonaire (lorsque les dispositions du paragraphe 35(3) de la *Loi sur les pensions* ne s'éloquent pas) et tuberculose extra-pulmonaire :

1. Les méthodes actuelles de traitement ont sensiblement réduit la durée de l'hospitalisation et grandement amélioré le pronostic en ce qui a trait au maintien de la fonction pulmonaire et à la protection des personnes de l'entourage du malade. Néanmoins, chaque cas peut présenter des caractéristiques propres, lesquelles doivent être étudiées séparément.

2. Un énoncé de principe, daté du 7 septembre 1972 confirme, élargit et définit la pratique propre à l'évaluation de l'invalidité résultant d'une tuberculose extra-pulmonaire distincte de l'évaluation de l'invalidité résultant de la tuberculose pulmonaire.

3. À la suite d'une hospitalisation et d'un traitement pour :
   (a) une tuberculose pulmonaire active lorsque les dispositions du paragraphe 35(3) ne s'appliquent pas; ou
   (b) une tuberculose extra-pulmonaire;
   L'évaluation de l'invalidité résultant de ces affections doit être faite conformément au tableau annexé à l'article 24.01.

TABLEAU ANNEXE A L'ARTICLE 24.01		
1	Au cours des six premiers mois après l'hospitalisation et le traitement (révision obligatoire aux termes de cette période)	100 p. 100
2	Au cours de la deuxième période de six mois après l'hospitalisation et le traitement (révision obligatoire aux termes de cette période)	60 p. 100 au moins
3	Au cours de la troisième période de six mois	30 p. 100 au moins
4	Par la suite, l'invalidité est évaluée cliniquement dans chaque cas	

24.03 - Tuberculose pulmonaire (lorsque le paragraphe 35 (3) de la *Loi sur les pensions* ne s'applique pas à cause du mode de traitement) et tuberculose non pulmonaire :

Dans les cas où le traitement pour tuberculose pulmonaire et tuberculose non pulmonaire ne nécessite pas une hospitalisation et que le traitement est limité au traitement en clinique externe, l'affection sera évaluée sur la base d'une perte fonctionnelle conformément au chapitre pertinent du système et appareil de l'organisme.

24.04 - Tuberculose pulmonaire, lorsque les dispositions du paragraphe 35(3) de la *Loi sur les pensions* s'appliquent

1. Le présent article devra se lire en parallèle avec le paragraphe 35(3) du Manuel des politiques d'ACC.

2. Les dispositions du paragraphe 35(3) de la *Loi sur les pensions* permettront d'établir l'évaluation de la tuberculose pulmonaire et s'appliqueront s'il y a lieu en parallèle avec le paragraphe 35(1).

3. L'invalidité résultant d'une tuberculose extra-pulmonaire, secondaire à la tuberculose pulmonaire, lorsque les dispositions du paragraphe 35(3) s'appliquent, devra faire l'objet d'une évaluation distincte et cette évaluation sera ajoutée à celle qui est prévue aux termes des dispositions du paragraphe 35(3).

4. Dans sa décision du 7 juin 1973, le Conseil de révision des pensions a déclaré que s'il existe effectivement une invalidité à la suite d'une thoracoplastie, mais qu'elle ne semble pas, de toute évidence, résulter de la tuberculose pulmonaire, l'évaluation de cette invalidité doit être ajoutée à l'évaluation de l'invalidité reconnue en vertu des dispositions du paragraphe 35(3). Par conséquent, l'Anciens Combattants Canada évaluera l' invalidité résultante de toute déformation résiduelle en vertu du paragraphe 35(1) si, toutefois, au cours de la thoracoplastie, on avait procédé à la résection de plus de six côtes; l'invalidité résultant des séquelles sera évaluée à pas moins de 10 p. 100.

5. La date d'entrée en vigueur de l'évaluation supplémentaire doit correspondre à la date à laquelle on a pratiqué l'intervention ou encore à celle à laquelle l'évaluation de l'invalidité résultant de la tuberculose pulmonaire a été réduite à 50 p. 100, en vertu de l'énoncé de principe en vigueur avant le 22 décembre 1976, en prenant la date la plus récente.

6. En ce qui a trait aux cas qui lui sont soumis, Anciens Combattants Canada doit prendre automatiquement des mesures visant à modifier les décisions antérieures qui diffèrent de la ligne de conduite susmentionnée.

24.05 - Tuberculose uro-génitale

Perte d'un rein à la suite d'une tuberculose rénale .....30 p. 100