

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Côte-Nord

Québec



ANNEXE 4

LES COMPLÉMENTS D'INFORMATION POUR L'INSCRIPTION DE LA PERSONNE

ANNEXE 4

LES COMPLÉMENTS D'INFORMATION POUR L'INSCRIPTION DE LA PERSONNE

4.1 La déficience respiratoire

Critères reconnus chez les malades pulmonaires chroniques et acceptés par l'Association des pneumologues du Québec

Malades pulmonaires obstructifs chroniques (MPOC) :

Patient porteur d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) en état stable, sous traitement médical optimal, présentant une hypoxémie significative et persistante, démontrée par la mesure de la PaO₂ par une ponction artérielle prélevée en position assise à l'air libre :

- PaO₂ égale ou inférieure à 55 mm Hg
- ou**
- PaO₂ égale ou inférieure à 60 mm Hg et associée à l'une des répercussions physiopathologiques suivantes :
 - Hypertension artérielle pulmonaire ;
 - Cœur pulmonaire chronique ;
 - Polycythémie avec un hématokrite supérieure à 55 %.

*Hypoxémie reconfirmée trois (3) mois après le début du traitement.
Durée minimale de 15 heures par jour d'oxygène.*

Malades pulmonaires restrictifs chroniques

Les indications de l'oxygénothérapie à long terme pour les maladies obstructives sont appliquées pour les maladies restrictives sans qu'il n'y ait eu d'études spécifiques.

Patient porteur d'une maladie pulmonaire restrictive chronique en état stable, sous traitement médical optimal, présentant une hypoxémie significative et persistante, démontrée par la mesure de la PaO₂ par une ponction artérielle prélevée en position assise à l'air libre :

- PaO₂ égale ou inférieure à 55 mm Hg.
- ou**
- PaO₂ égale ou inférieure à 60 mm Hg et associée à l'une des répercussions physiopathologiques suivantes :
 - Hypertension artérielle pulmonaire ;
 - Cœur pulmonaire chronique ;
 - Polycythémie avec un hématokrite supérieur à 55 %.

*Hypoxémie reconfirmée trois (3) mois après le début du traitement.
Durée minimale de 15 heures par jour d'oxygène.*

Manifestations de la déficience respiratoire à ses différents stades

CLASSE I :

Le sujet peut présenter ou non de la dyspnée. Si la dyspnée est présente, elle est attribuable à des causes non respiratoires.

CLASSE II :

Présence de dyspnée à la marche rapide sur un terrain plat ou en montant une pente.

CLASSE III :

Présence de dyspnée à la marche sur un terrain plat, en comparaison avec une personne du même âge, ou à monter un escalier.

CLASSE IV :

Présence de dyspnée après une marche de 100 m à son propre rythme sur un terrain plat.

CLASSE V :

Présence de dyspnée à se déshabiller ou à parler : impossibilité de quitter son domicile dû à l'essoufflement.

Classification du déficit respiratoire, selon la RRQ

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

Source : Régie des rentes du Québec⁹³

Légende :

VEMS	Volume expiratoire
CVF	Capacité vitale forcée
CV	Capacité vitale
CPT	Capacité pulmonaire totale
DLCO	Capacité de diffusion pulmonaire à l'oxygène de carbone
Vo₂ max	Consommation maximale d'oxygène

4.2 La déficience cardiaque

Pour clarifier la présence de limitations fonctionnelles et persistantes chez une personne ayant une déficience cardiaque, la New York Heart Association (NYHA) nous présente à titre indicatif, un tableau comparatif des manifestations rencontrées par la personne, à différents stades de la maladie :

Classes fonctionnelles cardiaques selon la NYHA, 1994, avec capacités physiques correspondantes et exemples d'activités possibles

Classe	Conditions/Symptômes	Capacité physique		Activités possibles
		mets	VO ₂	exemples
I	Évidence clinique ou paraclinique d'une anomalie cardiaque qui n'entraîne aucune limitation de la fonction cardiaque. Activités physiques ordinaires ne provoquent pas de symptôme.	≥ 7	≥ 24,5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Transporter des objets ▪ Pelleter de la neige ▪ Ski de fond ▪ Ski aquatique
II	Évidence clinique ou paraclinique d'une anomalie cardiaque qui entraîne une limitation légère de la fonction cardiaque. Activités physiques ordinaires produisent des symptômes de fatigue, palpitations, dyspnée ou douleur angineuse.	5-6	17,5-21	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Monter un escalier ▪ Bêcher un jardin ▪ Patin ▪ Équitation au trot ▪ Marche 3 - 3.5 mi/h
III	Évidence clinique ou paraclinique d'une anomalie cardiaque qui entraîne une limitation modérée de la fonction cardiaque. Activités physiques légères « less than ordinary » causent fatigue, palpitations, dyspnée ou douleur angineuse.	3-4	10,5-14	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Laver des fenêtres ▪ Gazon, tondeuse légère ▪ Jardinage ▪ Natation légère ▪ Plâtrage ▪ Marche 2,5 - 3 mi/h
IV	Évidence clinique ou paraclinique d'une anomalie cardiaque qui entraîne une limitation importante de la fonction cardiaque se manifestant même au repos. Toute activité physique peut augmenter l'inconfort.	≥ 2	3,5-7	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hygiène personnelle ▪ Préparer des aliments ▪ Jeux de société ▪ Marche lente < 2 mi/h

CCAT, CTL-CJ, 1998.01.26

Sources : 3,20,101,104.

4.3 Les troubles mentaux

Selon la Politique de santé mentale, on parle de « *trouble mental* » lorsqu'on observe une détérioration marquée des capacités affectives, cognitives et relationnelles de l'individu. Ces troubles interfèrent généralement dans les relations interpersonnelles de la personne et l'empêchent d'exercer ses activités quotidiennes pendant un certain temps.

Les manuels *Classification internationale des maladies* (CIM-09) et *Diagnostic et statistique des désordres mentaux* (DSM-IV) regroupent les troubles mentaux sous de grandes catégories dont les plus fréquentes sont les :

- Troubles psychotiques ;
- Troubles affectifs ou de l'humeur ;
- Troubles anxieux ;
- Troubles de la conduite/d'opposition ;
- Troubles de la personnalité ;
- Troubles d'adaptation ;
- Retards du développement.

De cette liste sont exclus le syndrome de dépendance alcoolique, la pharmacodépendance, l'abus de drogues chez une personne non dépendante ainsi que le retard mental. Les travaux récents en santé mentale excluent également les problèmes consécutifs à une atteinte cérébrale organique (ex. : syndrome frontal, syndrome post-traumatique, maladies dégénératives de type Alzheimer), de sorte que les personnes aux prises avec ces problèmes sont desservies dans d'autres réseaux de services que celui de la santé mentale.

Dans un même ordre d'idées, les troubles de comportement ne sont pas spécifiques à un diagnostic en santé mentale. L'ensemble des problèmes de santé et de bien-être, incluant les maladies, peut entraîner des troubles de comportement. Conséquemment, ces symptômes n'interpellent pas une gamme de services spécifiques, telle qu'en santé mentale. Les différents réseaux de services desservent donc leurs clientèles respectives démontrant des troubles de comportement. Par ailleurs, le réseau de services en santé mentale rend son expertise disponible pour ces clientèles.

L'ensemble des troubles mentaux se distingue :

- Selon la gravité du trouble (ou, si l'on préfère, la **symptomatologie**) qui renvoie aux capacités affectives, cognitives et relationnelles de la personne ;
et
- Selon la qualité des rapports entre la personne et son environnement (**fonctionnement psychosocial**) ;

De sorte que les personnes aux prises avec des troubles mentaux peuvent être regroupées selon les grands ensembles suivants :

- Les personnes présentant une **symptomatologie aiguë ou sévère** qui entraîne inévitablement des incapacités psychosociales significatives ;
- Les personnes présentant une symptomatologie d'intensité variable avec des **incapacités psychosociales significatives** (problèmes chroniques) ;

- Les personnes présentant une **symptomatologie d'intensité variable** avec un fonctionnement psychosocial perturbé.

***Note :** Cette nomenclature est conforme à celle de la Politique de santé mentale, à l'exception que, dans le PROS, les clientèles ayant un problème de santé mentale aigu/sévère sont distinguées de celles ayant des incapacités psychosociales significatives, généralement persistantes puisqu'elles n'éprouvent pas forcément des symptômes aigus ou sévères sur une base persistante. La Politique de santé mentale regroupe ces deux ensembles sous « troubles mentaux sévères, généralement persistants ». Les personnes qui présentent une symptomatologie d'intensité variable avec un fonctionnement psychosocial perturbé correspondent à la catégorie « troubles mentaux transitoires » de la Politique de santé mentale.*

Il importe de souligner que l'état de santé mentale d'une personne n'est pas fixe et qu'il peut « changer rapidement et fréquemment selon la capacité d'adaptation de la personne, selon l'influence des multiples déterminants socio-environnementaux et, le cas échéant, selon l'évolution du trouble mental »¹. Cette compréhension de l'état de santé mentale permet de dégager deux constats concernant les services en santé mentale :

- Certains services peuvent viser, concurremment à une approche globale, une intervention au regard de la symptomatologie (ex. : personnes avec des symptômes aigus ou sévères) ;
- Alors que d'autres services visent essentiellement le maintien ou l'amélioration du fonctionnement psychosocial (ex. : personnes avec des incapacités psychosociales significatives). (PROS-SM, p. 16-18)

¹ Ministère de la Santé et Services Sociaux (1989), Politique de la santé mentale, p. 10

4.4 La classification de la performance visuelle

NORMALE					BASSE VISION				CÉCITÉ				
Normale		Presque normale			Modérée		Sévère		Modérée		Sévère	Totale	
A. AFFAIBLISSEMENT													
20/95	20/95	20/30	20/60	20/70	20/80	20/160	20/200	20/400	20/500	20/1000	Mouvement de la main	Nil	
6/4,5	6/7,5	6/9	6/18	6/21	6/24	6/48	6/60	6/120	6/180	6/300	Perception lumineuse		
180	160	140	120	100	80	60	40	30	20	15	10	5	0
B. INCAPACITÉ													
Peut accomplir toutes les tâches visuelles					Requiert des aides pour les tâches visuelles exigeantes				Requiert des aides et « d'autres sens » pour les tâches visuelles grossières				
Sauf, peut être limité pour la conduite automobile = 20/40					Presque normale avec les aides		Sous-normale avec les aides		Des aides comme compléments à la vision		La vision comme complément	Pas de vision	
C. HANDICAP													
Peut rencontrer les attentes sociales						Ne peut rencontrer les attentes sociales							
TOUTES					LA PLUPART		PLUSIEURS		PLUSIEURS		LA PLUPART	TOUTES	
					Limite RAMQ 20/70 (6/21)		Légalement aveugle 20/200 (6/60) : Critères admission INCA						

Quelques abréviations pouvant apparaître aux diagnostics

- PEF** : Perception de la forme, de la couleur et du mouvement des objets.
- PRL** : Projection lumineuse, perception d'une lumière venant du côté droit, gauche, inférieur, supérieur.
- PEL** : Perception lumineuse : distinction entre une lumière allumée ou éteinte.
- PLA** : Perception lumineuse absente (cécité totale).
- PL** : Perception lumineuse.
- PPL** : Perception et projection lumineuse.
- PFM** : Perception, forme et mouvement.
- MM** : Mouvement de la main à une distance X.
- CLD** : Compte les doigts à une distance X.
- NDE** : Non déterminée (doit être justifiée).
- NUL** : Nulle.
- CDO** : Compte les doigts à un mètre.
- MOM** : Mouvement de la main.

L'acuité visuelle - tableau d'équivalence

<u>PIEDS</u>	<u>MÈTRES</u>	<u>PIEDS</u>	<u>MÈTRES</u>
20/20	=	6/6	20/100 = 6/30
20/30	=	6/9	20/120 = 6/36
20/40	=	6/12	20/160 = 6/48
20/50	=	6/15	20/200 = 6/60
20/60	=	6/18	20/300 = 6/90
20/70	=	6/21	20/400 = 6/120
20/80	=	6/24	20/600 = 6/180
(client admis en déficiência visuelle)			20/800 = 6/240

4.5 La déficiéncia auditive

Peut être reconnu "*handicapé auditif*" :

1. La personne de 12 à 18 ans dont **une oreille** est affectée d'une déficiéncia auditive évaluée, selon la norme S3.6 de 1989 de l'American National Standard Institute, à au moins 25 décibels, en conduction aérienne, sur l'une ou l'autre des fréquences hertziennes 500, 1000, 2000 ou 3000.
2. La personne dont **une oreille** est affectée d'une déficiéncia auditive évaluée, selon la norme S3.6 de 1989 de l'American National Standard Institute, à au moins 25 décibels, en conduction aérienne, sur l'une ou l'autre des fréquences hertziennes 500 , 1000, 2000 ou 3000 **et** qui est inscrit à un programme qui mène à l'obtention d'un diplôme, certificat ou une autre attestation d'études reconnue par le ministre de l'Éducation ou par le ministre de l'Enseignement supérieur et de la Science.
3. La personne adulte dont l'oreille qui a la capacité auditive la plus grande est affectée d'une déficiéncia auditive évaluée, selon la norme S3.6 de 1989 de l'American National Standard Institute, à au moins 35 décibels en conduction aérienne, sur l'une ou l'autre des fréquences hertziennes 500, 1000, 2000.
4. La personne âgée de moins de douze ans atteint d'une déficiéncia auditive susceptible de compromettre son développement de la parole et du langage.
5. La personne qui en plus d'une déficiéncia auditive, présente d'autres déficiéncias et dont l'ensemble de ses limitations fonctionnelles empêche son intégration sociale, scolaire ou professionnelle.

DÉFINITIONS TERMINOLOGIQUES

Niveau d'audition :

Sensibilité auditive exprimée en décibels (dB), en référence aux niveaux équivalents liminaires de l'ANSI S3.6-1989 pour la conduction aérienne.

Moyenne aux sons purs (MSP) :

Pour une oreille donnée, niveau d'audition moyen aux sons de 500, 1000 et 2000 Hz pour la conduction aérienne.

Meilleure oreille (ou oreille la moins atteinte)

Chez un individu, l'oreille dont la sensibilité auditive, en conduction aérienne, correspond à la plus petite moyenne aux sons purs.

L'ÉCHELLE DE LA SURDITÉ

L'audition normale :

Elle peut tolérer une perte allant de 0 à 20 dB, mais toute perte supérieure est considérée comme de la surdité. Dans ce dernier cas, le degré de perte auditive va de la surdité légère à la surdité profonde.

La surdité légère :

Une perte de 21 à 40 dB est considérée comme de la surdité légère. L'enfant a tendance à parler plus fort, à être distrait lorsqu'on s'adresse à lui et à faire répéter. Il n'identifie pas tous les sons de la parole.

La surdité modérée ou modérément sévère :

Une perte auditive se situant entre 41 et 70 dB correspond à ce que l'on appelle une surdité modérée ou modérément sévère.

La surdité sévère

Lorsque la perte d'audition se situe entre 71 et 90 dB, la surdité est dite sévère. L'acquisition de la parole et l'apprentissage de la langue nécessitant un entraînement systématique : il y a la pose de la voix, l'articulation, l'acquisition de vocabulaire, la structuration de la phrase, etc. L'amplification au moyen d'une prothèse ne suffit pas. On doit également avoir recours à l'information visuelle et tactile pour compléter les éléments fragmentaires du monde sonore perçus par le sujet.

La surdité profonde :

Une surdité est dite profonde lorsque la perte auditive est supérieure ou égale à 90 dB. En général, l'enfant n'arrive pas à s'exprimer efficacement par la parole. La voix, le rythme de la parole et l'articulation sont défectueux. L'amplification au moyen d'une prothèse permet, dans une certaine mesure, la perception de l'environnement sonore. L'élève doit toutefois être entraîné d'une manière systématique pour apprendre à tirer profit des stimuli sonores qui lui parviennent par l'intermédiaire de son appareil.

LES TROUBLES AUDITIFS

La baisse de l'audition apparaît lorsqu'une partie des signaux sonores qui arrivent à notre oreille externe n'atteint pas le cortex cérébral ou parvient sous forme indéchiffrable. Il est à noter que l'on peut mal entendre sans être sourd.

La surdité de perception

Cette surdité se situe à partir de la transformation des sons en influx nerveux. Le message sonore est soit mal codé par l'oreille interne, soit mal transmis par le nerf auditif, soit mal décodé au niveau du cortex cérébral. Quand les cellules ciliées sont mises hors service, les premières touchées sont celles qui transmettent les fréquences aiguës. La déformation atteint autant les sons externes que sa propre voix. Ce type de surdité peut être total.

La surdité de transmission

Elle apparaît lorsqu'il y a entrave au passage des ondes sonores, avant leur codage. Elle atteint l'oreille externe ou moyenne. La perte prédomine sur les fréquences graves et n'est jamais totale.

La personne perçoit néanmoins sa voix normalement.

La surdité mixte

Elle conjugue à la fois une surdité de perception et une surdité de transmission.

Les acouphènes (sifflements d'oreilles)

Les acouphènes sont des sifflements ou des bourdonnements d'oreilles. La plupart des gens connaissent ce phénomène, pour l'avoir ressenti de manière temporaire après une exposition au bruit ou après une période de stress. Les acouphènes sont alors de faible intensité et disparaissent au bout de quelques minutes ou heures.

L'hyperacousie (hypersensibilité auditive + douleur)

Il est très difficile de s'imaginer ce qu'est l'hyperacousie quand on ne l'a pas vécu soi-même. L'hyperacousie, c'est percevoir les sons plus forts qu'ils ne le sont vraiment. Vous voyez une mobylette qui passe, mais vous entendez une moto. Vous voyez une porte qui craque, mais vous entendez un pétard qui explose. Vous voyez un enfant qui pleure, mais vous entendez une sirène qui hurle, etc. Plus le son est fort, sec et aigu, plus il est insupportable et douloureux.

4.6 Les demandes des personnes qui sont atteintes de cancer

Lorsque que le cancer vient d'être diagnostiqué et que la personne est en période de traitement : chimiothérapie, chirurgie, il nous est impossible d'affirmer que la personne demeurera avec des limitations significatives et persistantes, puisque le traitement peut la guérir. La personne ne peut être reconnue comme une personne handicapée.

Comme les personnes diabétiques, tout dépend de l'état provoqué par la maladie. Si le cancer est stabilisé, en rémission et qu'il a occasionné une ou des limitations significatives et persistantes, la personne est admissible. Comme exemple, citons une personne laryngectomisée avec une déficience de la parole ; le programme assume les déplacements selon les tarifs de l'aide financière pour les services reliés à la déficience du langage et de la parole (orthophonie) causée par le cancer et non pour le traitement du cancer.

Donc, s'il y a malformation d'un organe ou si la maladie occasionne des limitations persistantes et significatives suite à une altération d'un organe, la personne est reconnue personne handicapée¹.

Il en est ainsi pour les personnes qui se présentent avec un diagnostic de sida, leucémie, lupus, diabète, fibrose kystique et autres.

¹ Voir annexe 3, article 1-G