

20. LA FONCTION CARDIO-RESPIRATOIRE

Les fonctions cardiaque et respiratoire agissent conjointement pour permettre à la personne, par l'oxygénation du sang et l'élimination du gaz carbonique, d'assurer sa production d'énergie ainsi que le fonctionnement de son organisme.

Les fonctions cardiaque et respiratoire sont regroupées en une seule unité fonctionnelle.

RÈGLES D'ÉVALUATION

1. Se référer aux dispositions de la Section II du présent Règlement.
2. Les retentissements sur la fonction cardio-respiratoire résultant d'une tétraplégie ne doivent pas être évalués selon les règles du présent chapitre mais selon les règles prévues dans l'unité fonctionnelle « Les tableaux cliniques de paraplégie et de tétraplégie ».
3. Les retentissements sur les autres unités fonctionnelles résultant d'une atteinte à la fonction cardio-respiratoire ou d'une atteinte vasculaire périphérique ne doivent pas être évalués selon les règles du présent chapitre mais doivent être évalués selon les règles prévues pour les unités fonctionnelles concernées.
4. L'évaluation des capacités d'efforts est le critère spécifique privilégié permettant de traduire de façon globale l'atteinte à la fonction cardio-respiratoire. L'évaluation doit être réalisée dans les conditions optimales, c'est-à-dire sous thérapie maximale. Selon les circonstances, l'atteinte doit être objectivée par une ou plusieurs des épreuves suivantes.

1° Évaluation de la fonction cardiaque

- L'électrocardiogramme, avec Holter si nécessaire ;
- L'épreuve d'effort ;
- L'échocardiogramme ;
- Selon les circonstances, tout autre examen spécifique pertinent.

2° Évaluation de la fonction respiratoire

Le tableau ci-dessous précise l'ordre de grandeur des termes retrouvés dans la description des classes de gravité et qualifiant l'atteinte de la fonction respiratoire de « modérée », « importante » ou « sévère ». Selon les circonstances, l'évaluation de l'atteinte fonctionnelle peut être documentée par tout autre examen spécifique pertinent.

La mesure du VO_2 MAX est le critère prédominant pour évaluer l'importance de la perte fonctionnelle. Le cas échéant, en présence d'une perte réelle plus importante au plan clinique, l'évaluation peut être documentée par les autres paramètres mentionnés au tableau de même que par tout autre examen spécifique tel les examens radiologiques ou la mesure des autres volumes pulmonaires par méthode pléthysmographique.

Paramètres	Limites de la normale	Atteinte modérée	Atteinte importante	Atteinte sévère
VO_2 MAX	> 25 ml / (kg x min)	de 20 à 25 ml / (kg x min)	de 15 à 19 ml / (kg x min)	<15 ml / (kg x min)
CVF / prédite	≥ 80 %	de 60 à 79 %	de 51 à 59 %	≤ 50 %
DL_{CO} / prédite	≥ 70 %	de 60 à 69 %	de 41 à 59 %	≤ 40 %

CLASSES DE GRAVITÉ

Les conséquences dans la vie quotidienne – perte de jouissance de la vie, douleurs, souffrance psychique et autres inconvénients – découlant de la présence d'une atteinte permanente sont comparables à celles qui résulteraient de la situation ayant l'impact le plus important, parmi les situations décrites ci-après :	
SOUS LE SEUIL MINIMAL	Les conséquences de l'atteinte permanente sont moindres que celles résultant des situations décrites dans la classe de gravité 1.
GRAVITÉ 1 2%	Gêne fonctionnelle légère. Toutefois, les capacités d'efforts demeurent normales ou presque normales. Respiratoire: Difficultés respiratoires en raison d'une exérèse pulmonaire partielle ou d'une atteinte pariétale, diaphragmatique ou pleurale. Note: pour un impact fonctionnel plus important, la classe de gravité est déterminée par les épreuves de fonction respiratoire. Cardiaque: Atteinte fonctionnelle documentée par une épreuve d'effort maximale positive à plus de 7 mets ; ou Arythmies documentées et contrôlées de façon satisfaisante par la médication.
GRAVITÉ 2 5%	Respiratoire: Dyspnée anormale et permanente à l'effort physique important ; ou Difficultés respiratoires se manifestant cliniquement par la présence d'un stridor permanent. Cardiaque: Atteinte fonctionnelle documentée par une épreuve d'effort maximale positive à 7 mets.
GRAVITÉ 3 10%	Les capacités d'efforts sont limitées. L'activité physique inhabituelle ou les efforts physiques importants provoquent une fatigue excessive, des palpitations, de la dyspnée ou de l'angor. La personne demeure confortable au repos et lors de la réalisation des activités physiques courantes de la vie quotidienne. Respiratoire: Dyspnée anormale et permanente à la marche en montée à pas normal ; ou Atteinte fonctionnelle « modérée » selon les critères d'évaluation de la fonction respiratoire ; Cardiaque: Atteinte fonctionnelle documentée par une épreuve d'effort maximale positive à 6 mets ; ou Arythmies documentées contrôlées de façon satisfaisante par un cardiostimulateur ; ou Atteinte fonctionnelle documentée par une fraction d'éjection comprise entre 40 et 50%.
GRAVITÉ 4 20%	Respiratoire: Inconvénients reliés à la présence d'une trachéotomie permanente ; Cardiaque: Atteinte fonctionnelle documentée par une épreuve d'effort maximale positive à 5 mets ; ou Atteinte fonctionnelle documentée par une fraction d'éjection comprise entre 30 et 39%.
GRAVITÉ 5 30%	Les capacités d'efforts sont limitées. La réalisation des activités physiques courantes de la vie quotidienne provoquent une fatigue excessive, des palpitations, de la dyspnée ou de l'angor. La personne demeure confortable au repos. Respiratoire: Dyspnée anormale et permanente obligeant l'arrêt (après environ 100 mètres), lors de la marche à pas normal sur terrain plat ; ou Atteinte fonctionnelle « importante » selon les critères d'évaluation de la fonction respiratoire ; Cardiaque: Atteinte fonctionnelle documentée par une épreuve d'effort maximale positive à 4 mets ; ou Atteinte fonctionnelle documentée par une fraction d'éjection comprise entre 25 et 29%.
GRAVITÉ 6 60%	Respiratoire: Dyspnée anormale et permanente survenant dans les activités peu exigeantes de la vie quotidienne telles la marche à pas ralenti sur terrain plat ; ou Atteinte fonctionnelle « sévère » selon les critères d'évaluation de la fonction respiratoire ; Cardiaque: Atteinte fonctionnelle documentée par une épreuve d'effort maximale positive à 2 ou 3 mets ; ou Atteinte fonctionnelle documentée par une fraction d'éjection comprise entre 20 et 24 %.
GRAVITÉ 7 85%	Les capacités d'efforts sont très limitées. Toute activité physique provoque une augmentation des manifestations cliniques. La personne est inconfortable lors de la réalisation de la moindre activité physique et même au repos. Respiratoire: Dyspnée anormale et permanente au moindre effort ; ou Nécessité d'oxygénothérapie en permanence (15 – 18 heures/jour) ; Cardiaque: Atteinte fonctionnelle documentée par une épreuve d'effort maximale positive à moins de 2 mets ; ou Atteinte fonctionnelle documentée par une fraction d'éjection inférieure à 20 %.
GRAVITÉ 8 100%	Absence de respiration spontanée et dépendance à un respirateur.