

Manuel du règlement médical des chemins de fer

(Postes essentiels à la sécurité ferroviaire)

2 décembre 2024

Des gens. Des biens.
Au Canada, le train va loin.



Association des chemins
de fer du Canada

N. B. : Selon le contexte, le masculin ou le féminin utilisé dans ce document englobe l'autre genre.

Tous droits réservés : L'Association des chemins de fer du Canada, 2001

Protégé par le droit d'auteur. À l'exception des membres de l'Association des chemins de fer du Canada (ACFC), il est interdit de reproduire, de traduire, de mettre en mémoire dans un système de recherche documentaire ou de transmettre ce document pris dans sa totalité ou en partie, sous quelque forme que ce soit ou par n'importe quel moyen, électronique, mécanique, photocopies, publication ou autres, sans avoir obtenu au préalable l'assentiment écrit de l'Association des chemins de fer du Canada. Les demandes de renseignements devront être envoyées à l'adresse suivante : L'Association des chemins de fer du Canada, 99 rue Bank, bureau 901, Ottawa (Ontario), K1P 6B9. Bien que tous les efforts aient été faits afin d'assurer l'exactitude des renseignements contenus dans ce document, l'ACFC ne peut certifier leur justesse. En faisant usage de cette information dans sa totalité ou en partie, l'utilisateur accepte de renoncer à toutes revendications ou causes d'action à l'égard de l'ACFC et de la garantir contre de telles revendications qui pourraient résulter d'un tel usage ou s'y rapporter.

Table des matières

HISTORIQUE DU DOCUMENT	4
REMERCIEMENTS.....	5
SECTION 1 – INTRODUCTION.....	6
SECTION 2 – HISTORIQUE ET RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX.....	8
SECTION 3 – RÈGLEMENT CONCERNANT LES POSTES ESSENTIELS À LA SÉCURITÉ.....	11
SECTION 4 – RÈGLEMENT MÉDICAL DES CHEMINS DE FER.....	15
SECTION 5 – LIGNES DIRECTRICES MÉDICALES DES COMPAGNIES FERROVIAIRES	21
SECTION 6 – TROUBLES AUDITIFS.....	22
SECTION 7 – TROUBLES VISUELS.....	25
SECTION 8 – TROUBLES CONVULSIFS	46
SECTION 9 – TROUBLES MENTAUX	64
SECTION 10 – TROUBLES CARDIOVASCULAIRES	81
SECTION 11 – DIABÈTE	109
SECTION 12 – TROUBLES LIÉS À UNE SUBSTANCE	124
SECTION 13 – TROUBLES DU SOMMEIL	134
SECTION 14 – OPIOÏDES À DES FINS THÉRAPEUTIQUES	146
SECTION 15 – FORMULAIRES DE RAPPORT MÉDICAL	150

Historique du document

Section	Mises à jour
Diabète	2004, 2010, 2022, 2024
Opioïdes à des fins thérapeutiques	2010, 2016
Troubles auditifs	2004, 2010
Troubles cardiovasculaires	2004, 2006, 2007, 2010, 2024
Troubles convulsifs	2007, 2011
Troubles du sommeil	2004, 2011, 2013, 2020
Troubles liés à une substance	2004, 2011, 2019, 2024
Troubles mentaux	2004, 2006, 2010, 2018
Troubles visuels	2004, 2006, 2010, 2024

Remerciements

Le présent document a été rédigé par le Comité directeur médical et le Groupe médical consultatif de l'Association des chemins de fer du Canada (ACFC).

Comité directeur médical - membres

M. Michael Barfoot, Directeur – Affaires réglementaires – ACFC
M^{me} Brianna Bowman – Adjointe administrative principale – ACFC
M^{me} Ana Derkson – Directrice – Santé, sécurité et environnement au travail – Metrolinx
M. André Houde – Vice-président – Ressources humaines & administration – GWCI
M^{me} Marie-Claude Laporte – Conseillère principale – Gestion de l'invalidité – VIA Rail
M. Marc Lavallée – Coordinateur – Pratiques exploitation – exo
M^{me} Gina Stirpe – Directrice principale – Services de santé au travail & bien-être – CN
M^{me} Lisa Trueman – Directrice principale, Services de santé globaux & gestion de l'invalidité – CPKC

Groupe médical consultatif et auteurs collaborateurs

Président

Dr G. Lambros

Éditrice en chef

Dre M. Laprade

Auteurs collaborateurs

Troubles cardiovasculaires – Dr M. Laprade, Dr G. Lambros, Dr M. Walker, Dre C. Elbaz, Dre M-D. Pitchen
Diabète – Dre M. Laprade, Dr G. Lambros, Dr O. Oyekanmi, Dr A. Adebayo
Troubles convulsifs – Dr G. Remillard, Dr J. Cutbill, Dr C. Lapierre
Troubles auditifs – Dr D. Leger, Dr G. Lambros
Troubles mentaux – Dr O. Robinow, Dr G. Lambros, Dr J. Cutbill, Dr S. Dubuc, Dr N. Adams
Troubles du sommeil – Dr O. Oyekanmi, Dr A. Adebayo, Dr G. Lambros, Dr J. Cutbill, Dre L. Garand, Dr N. Adams, G. Stirpe, L. Trueman
Troubles liés à une substance – Dre M-D. Pitchen, Dr G. Lambros, Dre M. Laprade, Dr C. Els, Dre J. Giddens, Dr A. Aulakh
Opioïdes à des fins thérapeutiques – Dr C. Els, Dr D. Leger, Dr G. Lambros
Troubles visuels – Dr G. Lambros, Dre M. Laprade, Dr J. Hovis

Anciens membres du groupe médical consultatif et auteurs collaborateurs

Dr J. Cutbill, Dr C. Lapierre, Dr F. Sestier, Dr S. Ross, Dr W. Flemons, Dr J. Remmers, Dr K. Fraser, Dr R. Baker, Dr D. Hunt, Dr A. Wielgosz

Section 1 – Introduction

Le présent manuel a pour but de donner aux compagnies de chemin de fer du Canada et aux fournisseurs de services médicaux l'information dont ils ont besoin pour mettre en application le *Règlement médical pour les postes essentiels à la sécurité ferroviaire* (*Règlement médical des chemins de fer* et *Règlement pour les postes essentiels à la sécurité ferroviaire*).

Le *Règlement médical des chemins de fer* et le *Règlement concernant les postes essentiels à la sécurité ferroviaire* ont été élaborés en vertu des dispositions 18(1)(b) et 20(1) et de l'article 35 de la *Loi sur la sécurité ferroviaire* (ci-après « la Loi ») dans sa forme modifiée le 1^{er} juin 1999. Cette loi stipule que les personnes occupant un poste jugé essentiel à la sécurité ferroviaire devront subir des examens médicaux périodiques. Les articles de la Loi mentionnés précédemment sont cités dans l'Introduction à titre de référence.

La Loi exige que toutes les personnes occupant un poste essentiel à la sécurité ferroviaire (PES) informent le professionnel de la santé de la nature des fonctions qu'elles occupent avant que celui-ci ne procède à quelque examen médical que ce soit.

La Loi stipule également que tous les médecins examinateurs qui auraient de bonnes raisons de croire qu'une personne occupant un PES souffre d'un trouble qui ferait qu'elle pourrait raisonnablement constituer une menace pour la sécurité ferroviaire doivent en aviser immédiatement leur patient et la compagnie de chemin de fer. Seront tenus comme protégés tous renseignements médicaux fournis aux compagnies de chemin de fer conformément au présent article de la Loi et, sauf disposition contraire, cette information ne pourra être utilisée dans le cadre d'une procédure disciplinaire ou d'une poursuite judiciaire.

Le *Règlement concernant les postes essentiels à la sécurité ferroviaire* et le *Règlement médical des chemins de fer* ont été élaborés par l'Association des chemins de fer du Canada (ACFC) et approuvés par le ministre des Transports le 16 juin 2000. Le *Règlement médical des chemins de fer* est entré en vigueur le 29 novembre 2001, en même temps que l'abrogation de l'ordonnance générale 0-9, *Règlement sur l'examen de la vue et de l'ouïe des employés de chemin de fer*, dans sa forme modifiée par la CCT, 1985-3. Pour toute question concernant la Loi ou les règlements, veuillez communiquer avec l'ACFC ou le ministère des Transports.

L'ACFC possède un Comité directeur médical et un Groupe médical consultatif (GMC) permanent composé de représentants des diverses compagnies ferroviaires membres ayant des responsabilités dans les domaines de l'aptitude médicale et de la santé au travail, ainsi que de professionnels représentant plusieurs chemins de fer membres et autres parties intéressées. Ce comité et ce groupe abordent les questions et problèmes d'ordre technique, en plus de surveiller les troubles médicaux susceptibles d'affecter la sécurité ferroviaire. Il est possible que l'ACFC recommande de temps à autre des lignes médicales nouvelles ou révisées. Les personnes qui ont reçu un exemplaire du présent manuel pourront communiquer avec l'ACFC pour se procurer les mises à jour lorsqu'elles seront disponibles.

L'objet du présent règlement est de fournir de l'information aux médecins traitants qui effectueront l'évaluation médicale d'une personne occupant un poste essentiel à la sécurité ferroviaire.

Le présent manuel contient des renseignements généraux concernant le comment et le pourquoi du règlement, le texte de l'article 35 de la Loi et du règlement, des lignes directrices pour l'évaluation d'une personne souffrant d'un trouble médical visé par le règlement et le nom des personnes-ressources pour tous autres renseignements.

Le **paragraphe 18(1)** de la *Loi sur la sécurité ferroviaire* (ci-après « la Loi ») se lit comme suit :

« Le gouverneur en conseil peut, par règlement : (b) prévoir la classification de certains postes, au sein d'une compagnie de chemin de fer, comme essentiels pour la sécurité ferroviaire. »

Le **paragraphe 20(1)** de la Loi se lit comme suit :

« La compagnie de chemin de fer qui se propose d'établir des règles concernant l'un des domaines visés aux paragraphes 18(1) ou (2.1) ou de modifier de telles règles en dépose, pour approbation, le texte auprès du ministre. »

L'**article 35** de la Loi se lit comme suit :

- (1) **Examen médical:** « Le titulaire d'un poste essentiel à la sécurité ferroviaire en application soit du règlement pris en vertu de l'alinéa 18(1)b), soit des règles en vigueur sous le régime des articles 19 ou 20, est tenu de passer, à intervalles fixés dans le règlement pris en vertu de l'alinéa 18(1)c) ou dans la règle établie sous le régime des articles 19 ou 20, un examen médical - notamment d'acuité auditive et visuelle - organisé par la compagnie de chemin de fer concernée. »
- (2) **Avertissement médical:** « Le médecin ou l'optométriste qui a des motifs raisonnables de croire que son patient occupe un tel poste doit, si à son avis l'état de l'intéressé risque de compromettre cette sécurité, en informer sans délai, par avis écrit motivé, tout médecin ou optométriste désigné par la compagnie, après avoir pris des mesures raisonnables pour en informer d'abord son patient. Le patient est présumé avoir consenti à cette communication et une copie de l'avis lui est transmise sans délai. »
- (3) **Devoir du patient:** « Le titulaire d'un tel poste est tenu d'en révéler, avant l'examen, la nature au médecin ou à l'optométriste. »
- (4) **Utilisation des renseignements:** « La compagnie peut faire, des renseignements communiqués aux termes du paragraphe (2), l'usage qu'elle estime nécessaire pour la sécurité ferroviaire. »
- (5) **Immunité:** « Les médecins ou optométristes sont soustraits aux procédures judiciaires, disciplinaires ou autres pour les actes accomplis de bonne foi en conformité avec le présent article. »
- (6) **Protection des renseignements:** « Les renseignements sont protégés; nul n'est tenu de les communiquer ou de témoigner à leur sujet dans le cadre de procédures judiciaires, disciplinaires ou autres et ils n'y sont pas, sous réserve du paragraphe (4) ou du consentement du patient, admissibles en preuve. »

Section 2 – Historique et renseignements généraux

1 Introduction

La présente section donne des renseignements généraux sur le *Règlement médical des chemins de fer* et du *Règlement concernant les postes essentiels à la sécurité ferroviaire*, et fait l'histoire de ces deux règlements.

2 Historique du texte législatif

Les exigences médicales pour certains postes au sein des compagnies ferroviaires étaient jusqu'à récemment décrites dans l'ordonnance générale 0-9, soit le *Règlement sur l'examen de la vue et de l'ouïe des employés de chemin de fer*, dans sa forme modifiée par la CCT, 1985-3. Ce règlement contenait uniquement les normes pour la vision et l'audition. Toutes les autres exigences médicales étaient laissées à la discrétion de chaque compagnie ferroviaire et relevaient d'une politique d'entreprise.

L'ordonnance générale 0-9 a été mise en application en 1978. Des modifications d'ordre secondaire y ont été apportées à plusieurs reprises, la plus récente par la CCT 1985-3 (le 23 avril 1985). En 1998, le CN et le CP ont également obtenu des dérogations pour certaines des exigences contenues dans l'ordonnance générale pour qu'ils puissent aborder certains problèmes avec la Commission canadienne des droits de la personne en relation avec les divergences entre la certification initiale et les normes de recertification.

Le rapport publié à la suite de l'enquête effectuée par la Commission Foisy sur l'accident ferroviaire de Hinton survenu en 1986 constitue un des principaux facteurs qui ont entraîné une évolution vers des normes médicales régies par la loi dans des domaines autres que la vision et l'audition.

La recommandation 10 du rapport de la commission stipule que le CCT devrait revoir ses règlements concernant l'aptitude au travail en vue d'y inclure des normes portant sur d'autres aspects de la santé en plus de celles pour l'acuité visuelle et auditive et qu'une réglementation mettant en vigueur de telles normes devrait être promulguée dès que possible.

À la suite de cette recommandation, le Comité des transports par chemin de fer a entrepris en 1987 l'étude de l'enjeu des examens médicaux élargis. Ce comité a élaboré un projet de règlement (*Règlement concernant l'examen médical des employés de chemin de fer*). Ce règlement renfermait les exigences pour l'examen médical, y compris un bilan fonctionnel afin d'évaluer l'état général cardiovasculaire, respiratoire, gastro-intestinal, génito-urinaire et musculosquelettique, ainsi que les antécédents cliniques et, si jugée nécessaire du point de vue clinique, une évaluation spéciale selon l'âge et la nature du travail de la personne. Le projet de règlement contenait également des dispositions particulières quant à la nécessité que l'examen comprenne une radiographie pulmonaire, un électrocardiogramme, une analyse d'urine et un test à la tuberculine. De plus, le projet de règlement stipulait que les compagnies de chemin de fer

devaient déposer des normes sur l'aptitude médicale au travail pour chacun des systèmes susmentionnés.

Le besoin d'examens médicaux élargis a été transposé dans la *Loi sur la sécurité ferroviaire* lors de son adoption en 1989. Le paragraphe 35(1) de la Loi oblige les employés occupant des postes jugés essentiels pour la sécurité (en abrégé : postes essentiels à la sécurité, PES) ferroviaire à subir un examen médical annuel, y compris une évaluation visuelle et auditive. Le paragraphe 35(2) tient compte d'une autre des recommandations de la Commission Foisy en exigeant que le médecin ou l'optométriste dont le patient occupe un poste essentiel à la sécurité informe le médecin-chef de la compagnie de chemin de fer de tout trouble médical qui, selon lui, pourrait compromettre la sécurité ferroviaire. De plus, le titulaire d'un poste essentiel à la sécurité doit informer le médecin ou l'optométriste de la nature des fonctions qu'il remplit au sein de la compagnie de chemin de fer, conformément au paragraphe 35(3) de la *Loi sur la sécurité ferroviaire*.

Bien qu'ils soient compris dans la *Loi sur la sécurité ferroviaire* depuis sa mise en vigueur en 1989, ces articles n'ont jamais été entièrement mis en œuvre, puisque leur application dépendait de l'adoption d'un règlement répertoriant les postes essentiels à la sécurité ferroviaire. La présentation d'un tel règlement a été reportée à plusieurs reprises par suite de divers problèmes et questions. De plus, la mise en œuvre de cet article de la *Loi sur la sécurité ferroviaire* a été entravée par l'exigence initiale précise d'un examen médical annuel, car la fréquence de l'évaluation médicale était jugée excessive par les médecins experts des compagnies de chemin de fer. Les révisions de la *Loi sur la sécurité ferroviaire*, entrées en vigueur le 1^{er} juin 1999, éliminaient cette prescription.

Des initiatives en vue de la rédaction d'un nouveau règlement médical pour les postes essentiels à la sécurité ont été prises en décembre 1996. Le Comité général de gestion de la sécurité et des opérations de l'Association des chemins de fer du Canada a autorisé un comité directeur médical officiel à superviser l'élaboration du *Règlement médical des chemins de fer* et du *Règlement concernant les postes classifiés comme essentiels pour la sécurité ferroviaire*.

Le Comité directeur était composé d'intervenants associés à différentes fonctions de l'industrie ferroviaire, dont des représentants des Affaires réglementaires, des Services médicaux, des Relations avec les employés, des Relations de travail, et des Services juridiques des diverses compagnies membres de l'ACFC. On a également mis sur pied un Groupe médical consultatif regroupant les médecins-chefs du CN, du CP et de Via Rail, dont le mandat était de travailler avec des spécialistes à l'élaboration d'exigences médicales spécifiques et de lignes directrices pour appuyer le règlement médical. Dans le cadre de ce processus, une étude sur le terrain a été effectuée dans le milieu ferroviaire.

Le Comité directeur a reçu le mandat d'élaborer des règles qui fourniraient une liste à jour des postes essentiels à la sécurité ferroviaire établie en fonction du risque potentiel pour la sécurité publique associé aux diverses fonctions énumérées, ainsi que des exigences médicales pertinentes portant sur les maladies et les troubles dont les effets pourraient avoir un impact sur la sécurité des chemins de fer.

Conformément à la *Loi sur la sécurité ferroviaire*, le Comité directeur a consulté les syndicats ferroviaires tout au long du processus d'élaboration. De plus, la CCDP et Transports Canada ont été tenus à jour de la progression des travaux du comité.

Le *Règlement médical des chemins de fer* et le *Règlement concernant les postes classifiés comme essentiels pour la sécurité ferroviaire* ont été élaborés par l'Association des chemins de

fer du Canada (ACFC) et approuvés par le ministre des Transports le 16 juin 2000. Le *Règlement médical des chemins de fer* est entré en vigueur le 29 novembre 2001, en même temps que l'abrogation de l'Ordonnance générale 0-9, *Règlement sur l'examen de la vue et de l'ouïe des employés de chemin de fer*, dans sa forme modifiée par la CCT, 1985-3. Pour toutes questions concernant la Loi ou les règlements, veuillez communiquer avec l'ACFC ou le ministère des Transports.

Section 3 – Règlement concernant les postes essentiels à la sécurité

1 Vue d'ensemble

1.1 Historique

Le paragraphe 35(1) de la *Loi sur la sécurité ferroviaire* invoque la nécessité d'une réglementation ou règle contenant une liste des postes jugés essentiels à la sécurité ferroviaire. En 1997, le Comité directeur médical de l'ACFC a entrepris d'élaborer un tel règlement, ainsi qu'un règlement médical visant les personnes occupant un poste essentiel à la sécurité (PES).

Le comité avait pour but d'élaborer un règlement explicite qui définirait les exigences professionnelles jugées essentielles pour la sécurité tout en laissant à chaque compagnie de chemin de fer le soin d'établir une liste précise des emplois qui en relèvent au sein de leur entreprise.

Les syndicats ferroviaires ont été consultés tout au long du processus d'élaboration de la réglementation, comme l'exige la *Loi sur la sécurité ferroviaire*. De plus, la Commission canadienne des droits de la personne et Transports Canada ont été tenus à jour de la progression des travaux.

Le *Règlement concernant les postes classifiés comme essentiels pour la sécurité ferroviaire* a été élaboré par l'Association des chemins de fer du Canada et approuvé par le ministre des Transports le 16 juin 2000 (vous trouverez une copie de l'avis d'approbation à la sous-section 2.3). Le règlement est entré en vigueur le 30 septembre 2000.

1.2 Processus d'élaboration

Prévoir une méthode objective de déterminer les postes jugés essentiels à la sécurité ferroviaire constituait un élément important de l'élaboration du règlement des chemins de fer dans ce domaine.

Il était important que seuls les postes à risque très élevé pour la sécurité publique soient répertoriés dans la liste des PES.

Dans ce but, le Comité directeur pour le Règlement médical de l'Association des chemins de fer du Canada a établi une « grille des risques » qui permettrait une évaluation des postes ferroviaires en fonction de cinq facteurs essentiels de risque au sein des compagnies ferroviaires:

- Les facteurs généraux de risque associés à un emploi;
- L'interface avec le public;
- La fréquence des activités comportant un risque;
- L'existence d'un système de sécurité de secours;
- L'importance du risque présent dans l'environnement de travail.

À la lumière de cette évaluation, il a été établi que les postes essentiels à la sécurité devraient être ceux du personnel itinérant employé directement dans le service de trains ou de manœuvre, ainsi que du personnel employé dans le contrôle de la circulation des trains. De plus, d'autres postes pourraient être classifiés comme tels quand les travailleurs exécutent l'une ou l'autre des tâches de ces emplois.

En raison des variations dans les titres de profession, une liste de PES spécifiques devait être dressée et soumise à Transports Canada par chacune des compagnies de chemin de fer. Un exemple typique d'une telle liste comprendrait les postes suivants :

- Mécanicien de locomotive
- Chef de train
- Serre-frein
- Contremaître de triage
- Contrôleur de la circulation ferroviaire
- Conducteur de matériels spécialisés qui se conduisent comme un train
- Coordinateur de trains
- Surintendant

Les compagnies de chemin de fer doivent réévaluer leur liste de PES périodiquement et déposer la liste mise à jour, comme l'exige la Loi.

1.3 Obligations de divulgation

En plus d'être soumises aux exigences du *Règlement médical des chemins de fer*, les personnes occupant un poste essentiel à la sécurité ferroviaire ont une autre obligation importante en vertu de la *Loi sur la sécurité ferroviaire* : celle d'informer le médecin ou l'optométriste avant tout examen de la nature de l'emploi qu'elles occupent au sein de la compagnie. (Nota : Cette obligation s'applique à tous les examens médicaux et non seulement aux évaluations de l'aptitude au travail prévues par le *Règlement médical des chemins de fer*.)

Les médecins et les optométristes ont également l'obligation, en vertu de la *Loi sur la sécurité ferroviaire*, d'informer la compagnie de chemin de fer quand ils ont de bonnes raisons de croire que l'état d'un de leurs patients occupant un poste essentiel à la sécurité risque de compromettre la sécurité ferroviaire. Une copie de ce rapport devra également être fournie à l'employé dont l'état de santé en est l'objet.

Les diverses compagnies doivent s'assurer que les employés occupant un poste essentiel à la sécurité connaissent ces articles de la Loi. S'il est vrai que l'Association des chemins de fer du Canada, dans la mesure du possible, fournira aux membres de la communauté médicale des renseignements concernant leurs obligations en vertu de la *Loi sur la sécurité ferroviaire*, chaque compagnie de chemin de fer peut, si elle le souhaite, transmettre cette information aux médecins appelés à traiter des personnes occupant un tel poste.

2 Règlement concernant les postes essentiels à la sécurité ferroviaire

2.1 Titre abrégé

Pour simplifier, ce règlement peut s'intituler « *Règlement sur les postes essentiels à la sécurité* ».

2.2 Champ d'application

Ce règlement a été rédigé conformément à l'article 20 de la *Loi sur la sécurité ferroviaire*.

2.3 Définitions

Dans ce document, un « poste essentiel à la sécurité » est défini comme étant :

- a) Un poste directement lié à la marche des trains sur une voie principale ou dans le service de manœuvre; et
- b) Un poste lié au contrôle de la circulation ferroviaire.

Toute personne qui exécute une tâche quelconque normalement exécutée par une personne occupant un poste essentiel à la sécurité, tel qu'énoncé au paragraphe 3 ci-dessus, est considérée comme occupant un poste essentiel à la sécurité lorsqu'elle exécute ces tâches.

2.4 Dossiers à conserver par la compagnie

Chaque compagnie de chemin de fer s'engage à :

- a) Garder une liste de tous les métiers ou postes régis par ce règlement;
- b) Garder une liste des noms de tous les employés qualifiés pour travailler à des postes essentiels à la sécurité; et
- c) Garder tous les dossiers en rapport avec ce règlement à la disposition des inspecteurs de Transports Canada s'ils en font raisonnablement la demande.

3 Approbation du ministre des Transports

Approbation de règles en vertu de l'article 20 de la *Loi sur la sécurité ferroviaire*, Chapitre R-4.2 [L.R. (1985), ch. 32 (4^e Suppl.)]

Au nom de ses compagnies constituantes, l'Association des chemins de fer du Canada (ACFC) a demandé l'approbation du *Règlement concernant les postes essentiels à la sécurité ferroviaire* et du *Règlement médical pour les postes essentiels à la sécurité ferroviaire*.

L'alinéa 19(4)a) de la *Loi sur la sécurité ferroviaire* confère au ministre le pouvoir d'approuver les règles qu'une compagnie de chemin de fer soumet de son propre chef en application de l'article 20 de cette loi, s'il est d'avis qu'elles contribuent à la sécurité ferroviaire. Après avoir examiné les pratiques d'exploitation ferroviaire courantes, les vues des compagnies de chemin de fer ainsi que des associations et organismes intéressés, sans oublier d'autres facteurs que je considère pertinents, je suis d'avis que les règles déposées par l'ACFC contribuent à la sécurité ferroviaire.

En vertu de l'alinéa 19(4)a) de la *Loi sur la sécurité ferroviaire*, j'approuve par la présente le *Règlement concernant les postes essentiels à la sécurité ferroviaire* et le *Règlement médical pour les postes essentiels à la sécurité ferroviaire*, déposés par l'ACFC au nom de ses compagnies constituantes, tels qu'ils se présentent aux *Annexes B* et *C* ci-jointes.

Le *Règlement concernant les postes essentiels à la sécurité ferroviaire* s'applique aux compagnies de chemin de fer énumérées dans l'*Annexe A*. Il entrera en vigueur 90 jours après la date de la présente approbation, et les compagnies de chemin de fer devront déposer d'ici là leur liste de postes essentiels à la sécurité auprès du Ministère.

Le *Règlement médical pour les postes essentiels à la sécurité ferroviaire* s'applique également aux compagnies de chemin de fer énumérées dans l'*Annexe A* et entrera en vigueur lorsque les autres compagnies de compétence fédérale y auront apposé leur signature et que le gouverneur en conseil aura abrogé l'ordonnance générale 0-9, *Règlement sur l'examen de la vue et de l'ouïe des employés de chemin de fer*, modifiée par l'ordonnance 1985-3 RAIL de la CCT.

Signé par T. Burtch

16 juin 2000

Directeur général de la Sécurité ferroviaire
pour le ministre des Transports

Date

Section 4 – Règlement médical des chemins de fer

1 Vue d'ensemble

Le *Règlement médical des chemins de fer* a été élaboré au cours des années 1998 et 1999 par un Comité directeur médical mis sur pied par l'Association des chemins de fer du Canada. Le Comité directeur est composé d'intervenants associés à différentes fonctions de l'industrie ferroviaire, dont les Affaires réglementaires, les Services médicaux, les Relations avec les employés, les Relations de travail, et les Services juridiques des diverses compagnies membres de l'ACFC.

Un Groupe médical consultatif regroupant les médecins-chefs du CN, du CP et de Via Rail a travaillé avec des spécialistes à l'élaboration d'exigences médicales spécifiques et de lignes directrices pour appuyer le règlement médical. Dans le cadre de ce processus, une étude sur le terrain a été effectuée dans le milieu ferroviaire.

Le Comité directeur avait pour objectif d'élaborer une règle fondamentale de principe reposant sur des lignes directrices médicales recommandées. La procédure des évaluations médicales pourra ainsi demeurer à la fine pointe grâce à des mises à jour des lignes directrices, sans qu'il soit nécessaire de modifier périodiquement le règlement en soi.

Le règlement médical prévoit des évaluations médicales qui seront organisées et gérées par le médecin-chef de la compagnie de chemin de fer pour les personnes occupant des postes essentiels à la sécurité ferroviaire. Pour être déclaré apte à occuper un tel poste, un employé doit, aux termes de la loi, répondre aux exigences concernant l'évaluation de l'aptitude médicale au travail.

Le règlement prévoit une évaluation tous les 5 ans, jusqu'à ce que la personne ait atteint l'âge de 40 ans, et tous les 3 ans par la suite. De plus, le médecin-chef pourra exiger des évaluations médicales plus fréquentes dans certains cas particuliers.

Les évaluations seront effectuées en fonction des maladies ou des troubles qui pourraient avoir des répercussions sur la sécurité ferroviaire en provoquant, entre autres, une défaillance soudaine ou toute défaillance qui affecterait la vigilance, le jugement, les fonctions sensorielles ou le système musculosquelettique. Le règlement contient des règles de base pour l'évaluation qui sera effectuée par le médecin traitant à la discrétion de chaque compagnie de chemin de fer.

Conformément à la *Loi sur la sécurité ferroviaire*, les syndicats ferroviaires ont été consultés au cours du processus d'élaboration. De plus, la CDDP et Transports Canada ont été tenus à jour de la progression des travaux du comité.

Le *Règlement médical des chemins de fer* a été élaboré par l'Association des chemins de fer du Canada (ACFC) et approuvé par le ministre des Transports le 16 juin 2000. Le règlement est entré en vigueur le 29 novembre 2001, en même temps que l'abrogation de l'ordonnance générale 0-9, *Règlement sur l'examen de la vue et de l'ouïe des employés de chemin de fer*, dans

sa forme modifiée par la CCT, 1985-3. Pour toutes questions concernant la loi ou les règlements, veuillez communiquer avec l'ACFC ou le ministère des Transports.

2 Règlement médical des chemins de fer

1 Titre abrégé

1.1 Pour simplifier, ce règlement peut s'intituler « Règlement médical ferroviaire ».

2 Champ d'application

2.1 Le présent règlement, élaboré en vertu de la disposition 20 (1) (a) de la *Loi sur la sécurité ferroviaire*, décrit les exigences concernant l'évaluation de l'aptitude médicale au travail des personnes qui occupent un poste essentiel à la sécurité au sein d'une compagnie de chemin de fer en vertu des attributions du ministère.

2.2 Pour ce qui est du mouvement des trains en service international, une compagnie ferroviaire peut accepter qu'une personne accomplisse certaines tâches particulières qui sont normalement effectuées par un travailleur occupant un poste essentiel à la sécurité si elle répond aux exigences médicales prévues par le règlement de la *U.S. Federal Railroad Administration*.

3 Définitions

3.1 « Médecin-chef » désigne tout médecin habilité à pratiquer la médecine au Canada et engagé ou pris sous contrat par une compagnie de chemin de fer pour gérer et assurer notamment le respect des exigences concernant l'évaluation de l'aptitude médicale au travail et des lignes directrices.

3.2 « Ministère » désigne la Direction générale de la sécurité ferroviaire du ministère des Transports.

3.3 « Aptitude médicale au travail » désigne la décision prise par le médecin-chef, sous réserve des restrictions ou exigences énumérées à l'article 6 de la présente section, selon laquelle une personne a subi les évaluations médicales prévues par le présent règlement et répond aux exigences concernant l'évaluation de l'aptitude médicale au travail mentionnées aux présentes.

3.4 « Poste essentiel à la sécurité » évoque le même concept que celui décrit dans le *Règlement sur les postes essentiels à la sécurité ferroviaire*.

3.5 « Personne » signifie toute personne qui occupe un poste essentiel à la sécurité.

4 Périodicité des évaluations médicales

4.1 En vertu du paragraphe 4.2, toute personne doit subir une évaluation de l'aptitude médicale au travail organisée par la compagnie :

- a) avant d'entrer en fonction à un poste essentiel à la sécurité;
- b) lors d'une promotion ou d'une mutation à un poste essentiel à la sécurité
- c) tous les cinq ans jusqu'à ce qu'elle ait atteint l'âge de 40 ans et tous les trois ans par la suite, jusqu'à la retraite ou jusqu'à ce qu'elle n'occupe plus un poste essentiel à la sécurité.

4.2 Sans apporter de changement aux exigences prévues à l'alinéa 4.1(c), aucune évaluation ne sera toutefois requise en vertu de l'alinéa 4.1(b) si la personne a déjà occupé un poste essentiel à la sécurité, lequel faisait appel selon le médecin-chef à des aptitudes physiques et mentales semblables à celles qui sont requises pour remplir les fonctions du poste essentiel à la sécurité qu'elle occupera désormais.

4.3 Le médecin-chef peut exiger qu'une personne subisse d'autres évaluations que celles prévues au paragraphe 4.1 si :

- a) elle souffre ou pourrait souffrir d'un trouble médical qui requiert une évaluation complémentaire ou des contrôles médicaux plus fréquents;

- b) elle retourne au travail à un poste essentiel à la sécurité après une absence à la suite d'une maladie ou d'une blessure.

5 Évaluation de l'aptitude médicale au travail

5.1 Aptitude médicale au travail devra être évaluée individuellement, en tenant compte des troubles médicaux antérieurs et actuels qui pourraient provoquer :

- a) une défaillance soudaine,
- b) une défaillance des fonctions cognitives, dont la vigilance, le jugement, l'introspection, la mémoire et la concentration,
- c) une défaillance sensorielle,
- d) une défaillance importante du système musculosquelettique,
- e) d'autres défaillances qui pourraient constituer une menace pour la sécurité ferroviaire.

5.2 Les troubles médicaux dont il est question au paragraphe 5.1 comprennent :

- a) les troubles du système nerveux, dont les troubles épileptiques, la narcolepsie, l'apnée du sommeil et autres troubles de la conscience, troubles vestibulaires, trouble de la coordination et de l'activité musculaire, traumatisme crânien, névroses post-traumatiques et tumeurs intracrâniennes;
- b) les maladies cardiovasculaires, dont l'hypertension artérielle, les coronaropathies, l'infarctus du myocarde, les troubles vasculaires cérébraux, l'anévrisme de l'aorte, l'insuffisance cardiaque, l'arythmie cardiaque, les cardiopathies valvulaires et les cardiomyopathies;
- c) les maladies métaboliques, dont le diabète sucré, les maladies de la thyroïde, la maladie de Cushing, la maladie d'Addison et le phéochromocytome;
- d) les incapacités musculosquelettiques y compris l'amputation d'un membre, l'arthrite, les dysfonctionnements graves des articulations, les troubles de la colonne vertébrale, les restrictions dues à l'obésité et autres troubles musculosquelettiques graves;
- e) les maladies respiratoires, dont les broncho-pneumopathies obstructives et restrictives entraînant une impotence fonctionnelle;
- f) les troubles mentaux :
 - i) troubles cognitifs, dont la démence, le délire et l'amnésie;
 - ii) psychoses, dont la schizophrénie;
 - iii) troubles de l'humeur, dont la dépression, la manie et les troubles bipolaires;
 - iv) troubles anxieux, dont les crises de panique et les phobies;
 - v) troubles de la personnalité, dont comportements antisociaux, excentriques ou agressifs;
- g) l'abus de substances psychoactives, y compris l'abus ou la dépendance à l'alcool, aux médicaments d'ordonnance ou aux drogues illicites;
- h) les déficiences auditives, dont les troubles de l'acuité auditive;
- i) les déficiences visuelles, dont les troubles de l'acuité visuelle de loin, des champs visuels ou de la vision des couleurs;
- j) les autres maladies, anomalies ou limitations, qu'elles soient organiques, fonctionnelles ou qu'elles entraînent des changements morphologiques qui constitueraient une menace pour la sécurité ferroviaire.

5.3 En plus des problèmes de santé mentionnés au paragraphe 5.2, l'évaluation individuelle de l'aptitude médicale à exécuter les tâches d'une personne devra tenir compte :

- a) des exigences professionnelles de son poste et de sa capacité à satisfaire à ces exigences ;
- b) de son dossier de rendement ; et

- c) des médicaments sur ordonnance ou sans ordonnance qu'elle consomme, ou a consommés, qui risquent d'entraîner une détérioration mentale ou physique ou affecter son jugement.
- 5.4 Nonobstant les paragraphes 5.1 et 5.2, le médecin-chef peut décider que les évaluations supplémentaires exigées en vertu du paragraphe 4.3 se limitent à des évaluations de problèmes de santé particuliers.
- 6 Restrictions médicales**
- 6.1 Lors de l'évaluation de l'aptitude médicale au travail, si le médecin-chef a des motifs raisonnables de croire qu'une personne constitue une menace à la sécurité ferroviaire, il pourra :
- a) lui interdire d'occuper un poste essentiel à la sécurité ferroviaire;
 - b) exiger qu'elle emploie des appareils correcteurs ou autres orthèses;
 - c) la soumettre à d'autres restrictions lui interdisant ainsi d'accomplir certaines tâches des postes essentiels à la sécurité ferroviaire.
- 6.2 À la suite d'une l'évaluation de l'aptitude médicale au travail, le médecin-chef devra informer chaque travailleur et son superviseur de sa décision concernant l'aptitude au travail de l'employé et de toutes restrictions ou exigences qu'il aurait imposées en vertu du paragraphe 6.1.
- 7 Documents que le médecin-chef doit tenir à jour**
- 7.1 Le médecin-chef d'une compagnie de chemin de fer devra tenir à jour les dossiers contenant les résultats des évaluations médicales de chaque travailleur, tel que prévu dans le présent document, ainsi que la liste des restrictions individuelles imposées en vertu du paragraphe 6.1.
- 7.2 Le médecin-chef devra garder une copie des politiques et des lignes directrices médicales utilisées par la compagnie portant sur l'examen ou l'évaluation des personnes qui occupent un poste essentiel à la sécurité ferroviaire.
- 7.3 Le médecin-chef devra mettre à la disposition des représentants du ministère, sur demande raisonnable, une copie des documents, des politiques et des lignes directrices en relation avec le présent règlement.
- 8 Exceptions**
- 8.1 Le présent règlement ne s'applique pas aux voitures voyageurs affectées uniquement à des trains à vocation touristique qui effectuent des allers-retours d'au plus 150 milles (240 km) et circulent à une vitesse maximale de 25 mi/h (40 km/h) si la compagnie de chemin de fer établit des exigences médicales alternatives qui conviennent à ce service en particulier et s'y conforme.
- 8.2 En élaborant ces exigences médicales alternatives, la compagnie de chemin de fer devra :
- a) utiliser ces règles comme référence afin de garantir que les exigences médicales alternatives assurent un niveau équivalent de sécurité à ces règles;
 - b) consulter le Ministère concernant ses exigences médicales alternatives proposées au moins 90 jours avant la date à laquelle elle propose d'utiliser ces exigences pour l'exploitation d'un service.
- 8.3 Les exigences médicales alternatives doivent contenir une liste des postes essentielles à la sécurité ferroviaire auxquels s'appliquent ces exigences.
- 8.4 La compagnie de chemin de fer ne devra pas mettre en application les exigences médicales alternatives établies au paragraphe 8.1 avant que le Ministère ne détermine que ces exigences contribuent à la sécurité de l'exploitation ferroviaire.

3 Approbation du ministre des Transports

Approbation de règles en vertu de l'article 20 de la *Loi sur la sécurité ferroviaire*, Chapitre R-4.2 [L.R. (1985), ch. 32 (4^e Suppl.)]

Au nom de ses compagnies constituantes, l'Association des chemins de fer du Canada (ACFC) a demandé l'approbation du *Règlement concernant les postes essentiels à la sécurité ferroviaire* et du *Règlement médical pour les postes essentiels à la sécurité ferroviaire*.

L'alinéa 19(4)a) de la *Loi sur la sécurité ferroviaire* confère au ministre le pouvoir d'approuver les règles qu'une compagnie de chemin de fer soumet de son propre chef en application de l'article 20 de cette loi, s'il est d'avis qu'elles contribuent à la sécurité ferroviaire. Après avoir examiné les pratiques d'exploitation ferroviaire courantes, les vues des compagnies de chemin de fer ainsi que des associations et organismes intéressés, sans oublier d'autres facteurs que je considère pertinents, je suis d'avis que les règles déposées par l'ACFC contribuent à la sécurité ferroviaire.

En vertu de l'alinéa 19(4)a) de la *Loi sur la sécurité ferroviaire*, j'approuve par la présente le *Règlement concernant les postes essentiels à la sécurité ferroviaire* et le *Règlement médical pour les postes essentiels à la sécurité ferroviaire*, déposés par l'ACFC au nom de ses compagnies constituantes, tels qu'ils se présentent aux *Annexes B* et *C* ci-jointes.

Le *Règlement concernant les postes essentiels à la sécurité ferroviaire* s'applique aux compagnies de chemin de fer énumérées dans l'*Annexe A*. Il entrera en vigueur 90 jours après la date de la présente approbation, et les compagnies de chemin de fer devront déposer d'ici là leur liste de postes essentiels à la sécurité auprès du Ministère.

Le *Règlement médical pour les postes essentiels à la sécurité ferroviaire* s'applique également aux compagnies de chemin de fer énumérées dans l'*Annexe A* et entrera en vigueur lorsque les autres compagnies de compétence fédérale y auront apposé leur signature et que le gouverneur en conseil aura abrogé l'ordonnance générale 0-9, *Règlement sur l'examen de la vue et de l'ouïe des employés de chemin de fer*, modifiée par l'ordonnance 1985-3 RAIL de la CCT.

Signé par T. Burtch

16 juin 2000

Directeur général de la Sécurité ferroviaire
pour le ministre des Transports

Date

ANNEXE A

Liste à jour des compagnies de chemin de fer sous réglementation fédérale : Règlement concernant les postes essentiels à la sécurité ferroviaire et Règlement médical pour les postes essentiels à la sécurité ferroviaire

Amtrak
BNSF Railway Company
Central Maine & Québec Railway Canada Inc.
CN
CPKC
CSX Transportation Inc.
Eastern Main Railway Company
Essex Terminal Railway Company
Exo
Goderich-Exeter Railway Company Limited
Go Transit
Great Canadian Raitour Company Ltd.
Hudson Bay Railway
Kettle Falls International Railway, LLC
Knob Lake and Timmins Railway
Nipissing Central Railway Company
Norfolk Southern Railway
Ottawa Valley Railway¹
Québec North Shore and Labrador Railway Company Inc.
Southern Ontario Railway¹
St. Lawrence & Atlantic Railroad (Québec) Inc.
Sydney Coal Railway
Toronto Terminals Railway Company Limited, The
Tshiuetin Rail Transportation Inc.
Union Pacific Railroad Company
VIA Rail Canada Inc.
West Coast Express Limited
White Pass & Yukon Railroad

¹ La procuration de RailLink Canada Ltd. englobe deux chemins de fer : Ottawa Valley Railway, Southern Ontario Railway.

Section 5 – Lignes directrices médicales des compagnies ferroviaires

LIGNES DIRECTRICES MÉDICALES RELATIVES À L'ÉVALUATION DE L'APTITUDE AU TRAVAIL DES PERSONNES OCCUPANT UN POSTE ESSENTIEL À LA SÉCURITÉ FERROVIAIRE CANADIENNE

1 Vue d'ensemble

Les employés canadiens des chemins de fer qui occupent un poste essentiel à la sécurité ferroviaire sont responsables du mouvement des trains et en assurent le fonctionnement. Toute perturbation au niveau du rendement attribuable à un trouble d'ordre médical peut menacer la santé et la sécurité des employés et de la population, et causer des dommages aux biens et à l'environnement.

Des lignes directrices sur l'aptitude médicale au travail ont été élaborées pour différentes conditions médicales qui sont à la fois répandues dans la population générale et qui représentent potentiellement un risque important pour la sécurité des opérations ferroviaires. Ces lignes directrices sur l'aptitude médicale au travail tiennent compte des exigences professionnelles des postes considérés essentiels pour la sécurité dans l'industrie ferroviaire canadienne et, s'il y a lieu, appliquent un seuil de risque médical de 2 % par année pour des événements d'incapacité soudaine dus à un problème médical. Il s'agit d'une ressource pour le médecin-chef et les services de santé des compagnies ferroviaires, les médecins, les infirmières, les spécialistes et les consultants médicaux, ainsi que pour d'autres fournisseurs de traitement lorsqu'ils évaluent l'aptitude médicale au travail d'une personne occupant un poste essentiel pour la sécurité.

L'aptitude médicale au travail d'une personne ayant un problème de santé non couvert par les présentes lignes directrices sera déterminée par le médecin-chef de la compagnie ferroviaire (ci-après le médecin-chef) et guidée par les « critères à prendre en compte pour l'aptitude médicale au travail » énumérés dans chaque section, les pratiques médicales acceptées et les standards médicaux connexes de l'industrie. L'exigence de rapports de surveillance médicale et de suivi et la fréquence de leur présentation seront à la discrétion du médecin-chef.

L'expression « médecin-chef de la compagnie ferroviaire » est utilisée dans l'ensemble des présentes lignes directrices sur l'aptitude médicale au travail. À la discrétion du médecin-chef de chaque compagnie ferroviaire, certains des rôles et responsabilités du médecin-chef peuvent être attribués à un remplaçant ou à un représentant désigné.

Le Groupe médical consultatif de l'Association des chemins de fer du Canada, avec la participation de consultants médicaux et avec le soutien du Comité directeur médical de l'Association des chemins de fer du Canada, examinera et mettra à jour ces lignes directrices sur l'aptitude au travail, au besoin.

Section 6 – Troubles auditifs

LIGNES DIRECTRICES MÉDICALES RELATIVES À L'EMPLOI, DANS UN POSTE ESSENTIEL À LA SÉCURITÉ FERROVIAIRE, DE PERSONNES SOUFFRANT D'UN TROUBLE AUDITIF

1	INTRODUCTION.....	23
2	CRITÈRES D'APTITUDE AU TRAVAIL	23
3	CRITÈRES D'ÉVALUATION	23
3.1	FRÉQUENCE.....	23
3.2	PROCÉDURE	23
4	ÉVALUATION INDIVIDUALISÉE	24

1 Introduction

Les cheminots canadiens occupant un poste essentiel à la sécurité ferroviaire ont la responsabilité d'assurer la conduite des trains et le contrôle de la circulation ferroviaire. Une bonne santé physique et mentale est donc impérative. Toute perturbation au niveau du rendement attribuable à un trouble médical pourrait menacer la santé et la sécurité des employés et de la population, et causer des dommages aux biens et à l'environnement.

Cela signifie que les employés qui occupent de tels postes doivent être aptes à soutenir une conversation, à percevoir et à reconnaître le type et le lieu d'origine de tous les signaux sonores, tout particulièrement les signaux d'avertissement, et cela même dans un milieu bruyant.

2 Critères d'aptitude au travail

Une perte auditive moyenne de moins de 40 dB dans les fréquences de 500, 1 000 et 2 000 Hz au niveau de l'une ou l'autre des oreilles avec ou sans prothèses auditives.

3 Critères d'évaluation

3.1 Fréquence

- 1) L'évaluation de l'audition se fait lors de l'examen préemploi/préaffectation et lors de chaque examen médical périodique.
- 2) Le médecin-chef d'une compagnie ferroviaire peut fixer une périodicité différente s'il existe une raison d'ordre médical exigeant une évaluation plus fréquente.

3.2 Procédure

- 1) Un audiogramme de dépistage est requis lors de l'examen préemploi/préaffectation, lors du premier examen médical périodique et lors du premier examen médical périodique après 40 ans.
- 2) Le contenu de l'évaluation de l'audition est déterminé par chaque compagnie ferroviaire.
- 3) Une personne avec une perte auditive moyenne de 40 dB ou plus à 500 Hz, 1 000 Hz et 2 000 Hz dans les deux oreilles lors d'un audiogramme de dépistage, devrait être évaluée à l'aide d'un audiogramme de confirmation. Si la perte auditive est confirmée, l'intéressé doit être dirigé vers un(e) oto-rhino-laryngologiste (ORL) pour une évaluation médicale complète. L'évaluation médicale devrait comprendre au minimum :
 - a) une histoire médicale complète
 - b) un examen physique
 - c) un rapport médical comportant un diagnostic médical et des recommandations concernant le traitement, le port de prothèses auditives et l'impact de la perte auditive sur sa capacité à occuper un poste essentiel à la sécurité. Ce rapport doit être soumis à l'examen du médecin-chef de la compagnie ferroviaire.

4 Évaluation individualisée

Le médecin-chef peut autoriser un employé qui ne répond pas au critère susmentionné à occuper un PES s'il a de bonnes raisons de croire que l'intéressé peut effectuer sa tâche en toute sécurité. Avant de prendre une telle décision, le médecin-chef doit tenir compte des facteurs suivants:

- les exigences spécifiques du poste;
- l'opinion de l'oto-rhino-laryngologiste qui a évalué l'intéressé et qui croit que la perte auditive dont il souffre n'est pas de nature à nuire à l'exercice sécuritaire des fonctions;
- et les aptitudes et les habiletés pertinentes de l'intéressé, ainsi que son expérience professionnelle.

Le médecin-chef peut également exiger que l'intéressé subisse une épreuve pratique avant de lui permettre d'occuper un poste essentiel à la sécurité ferroviaire.

Section 7 – Troubles visuels

LIGNES DIRECTRICES SUR L'APTITUDE MÉDICALE AU TRAVAIL DES PERSONNES AYANT DES TROUBLES VISUELS ET OCCUPANT UN POSTE ESSENTIEL À LA SÉCURITÉ DANS LE SECTEUR FERROVIAIRE CANADIEN

1	INTRODUCTION.....	26
2	CONSIDERATIONS LIEES A L'APTITUDE MEDICALE AU TRAVAIL	26
3	LIGNES DIRECTRICES GENERALES SUR L'APTITUDE MEDICALE AU TRAVAIL	26
3.1	ÉVALUATION ET RAPPORT	26
3.2	LENTILLES CORRECTIVES	27
3.3	PROBLEMES MEDICAUX CONNEXES.....	27
3.4	METHODES D'EXAMEN.....	27
3.4.1	<i>Vision de loin.....</i>	<i>27</i>
3.4.2	<i>Vision de près.....</i>	<i>27</i>
3.4.3	<i>Champs visuels.....</i>	<i>27</i>
3.4.4	<i>Perception des couleurs.....</i>	<i>27</i>
3.4.5	<i>Équilibre des muscles extraoculaires.....</i>	<i>28</i>
3.5	EXIGENCES DE VISION.....	28
3.6	FREQUENCE DES EVALUATIONS	29
4	EXIGENCES SPECIFIQUES SUR L'APTITUDE MEDICALE AU TRAVAIL ET SUIVI.....	29
4.1	DEFICIENCE DE LA PERCEPTION DES COULEURS.....	29
4.2	VISION MONOCULAIRE.....	31
4.3	PERTE DE VISION DANS UN ŒIL	32
4.4	CATARACTES	32
4.5	KERATOCONE.....	33
4.6	CHORIORETINOPATHIE SEREUSE CENTRALE	34
4.7	GLAUCOME, SUSPICION DE GLAUCOME ET HYPERTENSION OCULAIRE.....	34
4.8	RETINOPATHIE DIABETIQUE	35
4.9	DECOLLEMENT DE LA RETINE.....	37
4.10	NEVRITE OPTIQUE.....	38
4.11	STRABISME ET PHORIE DECOMPENSEE	38
4.12	AMBLYOPIE	39
4.13	OCCLUSION VEINEUSE RETINIENNE	40
4.14	UVEITE	40
4.15	DEGENERESCENCE MACULAIRE LIEE A L'AGE.....	41
4.16	AUTRES TROUBLES DE LA MACULA.....	42
4.17	CHIRURGIE REFRACTIVE.....	43
4.18	TRAUMATISME CRANIEN	43
	ANNEXE I – ÉPREUVE DE LA LANTERNE (CNLAN)	44
	ANNEXE II – RAPPORT MEDICAL	47

1 Introduction

Les employés canadiens des chemins de fer qui occupent un poste essentiel à la sécurité dirigent ou contrôlent le mouvement des trains. Leur santé physique et mentale est essentielle. Une mauvaise performance due à un problème médical pourrait causer un incident grave nuisant à la santé et à la sécurité des employés et du public, aux biens ou à l'environnement.

Les personnes occupant un poste essentiel à la sécurité doivent avoir une vision suffisante pour répondre aux exigences de leur poste. Le travail sur du matériel en mouvement ou près de celui-ci, l'identification des signaux de voie et de triage, le contrôle du trafic ferroviaire et la lecture des ordres de travail sont des tâches nécessitant une acuité visuelle, un champ visuel, une perception des couleurs et un équilibre des muscles extraoculaires adéquats.

Les présentes lignes directrices traitent de divers troubles visuels courants. Si une personne a un trouble visuel qui n'est pas cité dans les présentes lignes directrices, l'aptitude médicale au travail sera déterminée par le médecin-chef de la compagnie de chemin de fer et guidée, en partie, par les considérations de la section 2.

2 Considérations liées à l'aptitude médicale au travail

Les troubles visuels varient en gravité et peuvent entraîner une déficience fonctionnelle progressive ou une incapacité soudaine en raison d'une perte de vision aiguë. Les points suivants doivent être pris en considération pendant l'évaluation de l'aptitude médicale au travail d'une personne occupant un poste essentiel à la sécurité :

Présence d'un trouble visuel

Type et gravité du trouble visuel

Degré de déficience lié au trouble visuel ou aux méthodes utilisées pour traiter le trouble visuel

Respect des recommandations de traitement

Probabilité de progression du trouble visuel

Risque de déficience fonctionnelle aiguë, progressive ou chronique

Prévisibilité et fiabilité de la personne

Présence de toute comorbidité médicale

Opinion du ou des médecins traitants et de tout autre médecin ou professionnel de la santé consulté

3 Lignes directrices générales sur l'aptitude médicale au travail

3.1 Évaluation et rapport

L'évaluation de l'aptitude médicale au travail doit comprendre les antécédents complets, un examen physique, une revue des examens de la vue pertinents ainsi qu'une évaluation du respect du traitement recommandé. Les exigences sur l'aptitude médicale au travail aux sections suivantes renvoient aux examens diagnostiques couramment utilisés. L'acceptation d'autres examens diagnostiques relève de la discrétion du médecin-chef de la compagnie de chemin de fer.

Un rapport écrit préparé par un ophtalmologiste ou un optométriste doit être remis au médecin-chef de la compagnie de chemin de fer et doit comprendre l'information suivante :

- Le ou les diagnostics

- Les résultats des examens pertinents
- Le traitement recommandé
- Les lettres de consultation pertinentes
- Les limitations fonctionnelles et/ou les restrictions de travail
- Une opinion sur l'aptitude médicale de la personne à occuper un poste essentiel à la sécurité

3.2 Lentilles correctives

Les lentilles cornéennes ou les lunettes sont souvent recommandées pour corriger les erreurs de réfraction. Les lunettes de sécurité peuvent aussi comporter des lentilles de prescription. Ces appareils correcteurs sont autorisés. Cependant, les lentilles colorées, les lunettes colorées ou tout autre dispositif censé faciliter la discrimination des couleurs ou corriger les déficiences de perception des couleurs ne sont pas autorisés.

3.3 Problèmes médicaux connexes

Quand une personne souffre d'un trouble visuel dû à un problème médical, l'évaluation de l'aptitude médicale au travail doit également prendre en considération le risque lié au problème médical.

3.4 Méthodes d'examen

3.4.1 Vision de loin

L'acuité visuelle de loin est évaluée avec une échelle de Snellen ou un équivalent, la personne portant sa correction visuelle de loin habituelle (s'il y a lieu).

3.4.2 Vision de près

L'acuité visuelle de près est évaluée avec un tableau d'acuité visuelle de Snellen ou un équivalent, la personne portant sa correction visuelle de loin habituelle (s'il y a lieu).

3.4.3 Champs visuels

Les champs visuels sont évalués par la méthode de confrontation. Si une anomalie du champ visuel est détectée, ou si les antécédents médicaux révèlent une anomalie du champ visuel, une évaluation quantitative du champ visuel doit être effectuée, par l'une des méthodes suivantes :

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Programme 135 points plein champ monoculaire en mode test à intensité unique • Programme 120 points plein champ monoculaire en mode test à intensité unique • Protocole mesurant le champ visuel monoculaire jusqu'à 85 degrés en temporal, 50 degrés en nasal, 40 degrés en supérieur et 55 degrés en inférieur avec une cible équivalente Goldman de taille III (3 mm de diamètre) et une intensité de 10 décibels |
|--|

3.4.4 Perception des couleurs

On peut utiliser les antécédents médicaux pour évaluer les personnes qui présentent un déficit congénital de la perception des couleurs ou qui ont ou risquent de développer un déficit acquis de la perception des couleurs.

De plus, une évaluation de la perception des couleurs à l'aide des planches de test de perception des couleurs d'Ishihara, en utilisant les éditions présentées à la section 3.5 et une présentation aléatoire des planches doit être effectuée conformément aux indications du tableau

ci-dessous. Si une anomalie de la perception des couleurs est détectée, une évaluation plus approfondie est requise, conformément à la section 4.1.

Indications pour le dépistage de la perception des couleurs à l'aide des planches de test de perception des couleurs d'Ishihara

- Évaluation médicale préalable à l'emploi
- 40 ans
- 55 ans
- Présence d'un problème médical pouvant avoir une incidence sur la perception des couleurs (p. ex., diabète, glaucome, dégénérescence maculaire liée à l'âge, sclérose en plaques)¹

3.4.5 Équilibre des muscles extraoculaires

On peut utiliser les antécédents médicaux pour évaluer les personnes qui risquent de développer une vision double (diplopie) au travail. Les facteurs de risque comprennent des antécédents de diplopie, de strabisme, d'œil dévié, d'amblyopie, d'exercices d'entraînement oculaire, de correction prismatique dans les lunettes ou de chirurgie des muscles extraoculaires. De plus, diverses maladies systémiques posent un risque accru de diplopie. Il s'agit entre autres de la maladie de Grave, du diabète, des accidents vasculaires cérébraux, de la sclérose en plaques et de la myasthénie grave. L'incapacité de satisfaire à la norme d'acuité dans l'œil le plus faible peut être due à un strabisme ou à un problème musculaire oculaire de longue date, en particulier chez les jeunes. On doit également évaluer les personnes qui n'ont pas l'acuité visuelle voulue dans l'œil le plus faible afin de déterminer la cause de la réduction de l'acuité visuelle et si une diplopie est présente ou susceptible de se développer. Le test « Broad H » permet d'identifier les personnes ayant une diplopie dans un rayon de 30° de la vision vers l'avant habituelle.

3.5 Exigences de vision

Les exigences suivantes sur la vision de loin, la vision de près, les champs visuels, la perception des couleurs et l'équilibre des muscles extraoculaires s'appliquent à toutes les personnes. Les personnes qui ne répondent pas à ces exigences et qui présentent un trouble visuel spécifique doivent subir une évaluation plus poussée tel qu'indiqué à la section 4.

Exigences générales sur l'aptitude médicale au travail

Vision de loin	<ul style="list-style-type: none"> • Chaque œil examiné séparément avec la notation de Snellen : <ul style="list-style-type: none"> ○ Acuité visuelle de loin, corrigée ou non, au moins 6/9 (20/30) dans l'œil le plus fort ○ Acuité visuelle de loin, corrigée ou non, au moins 6/15 (20/50) dans l'œil le plus faible
Vision de près	<ul style="list-style-type: none"> • Acuité visuelle de près, corrigée ou non, au moins 6/9 (20/30) avec les deux yeux ouverts
Champs visuels	<ul style="list-style-type: none"> • Champ visuel monoculaire ininterrompu dans chaque œil sans correction : <ul style="list-style-type: none"> ○ Méridien horizontal : 120 degrés ○ Méridien vertical : 90 degrés

¹ Veuillez vous reporter à la section 4.1 pour des précisions additionnelles sur la déficience de la perception des couleurs.

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Méridiens obliques : 90 degrés • Si une déficience du champ visuel est détectée dans un œil, l'autre œil ne peut pas présenter de déficience du champ visuel chevauchante •
Perception des couleurs sans aide²	<ul style="list-style-type: none"> • Planches de test de perception des couleurs d'Ishihara : <ul style="list-style-type: none"> ○ Édition abrégée 14 planches : maximum de 1 erreur aux planches 1 à 11 ○ Édition concise 24 planches : maximum de 2 erreurs aux planches 1 à 15 ○ Édition complète 38 planches : maximum de 3 erreurs aux planches 1 à 21
Équilibre des muscles extraoculaires	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de diplopie, dans des conditions diurnes ou nocturnes (de façon constante ou intermittente) à différentes positions dans un rayon de 30° de la vision habituelle vers l'avant

3.6 Fréquence des évaluations

L'évaluation de la vision de loin, de la vision de près, des champs visuels, de la perception des couleurs et de l'équilibre des muscles extraoculaires est effectuée avant l'embauche, tous les cinq ans jusqu'à l'âge de 40 ans et, par la suite, tous les trois ans dans le cadre du programme d'évaluation médicale périodique. La nécessité d'évaluations plus fréquentes de l'aptitude médicale au travail, de rapports médicaux additionnels ou d'examen complémentaires relève de la discrétion du médecin-chef de la compagnie de chemin de fer.

4 Exigences spécifiques sur l'aptitude médicale au travail et suivi

En plus des considérations liées à l'aptitude médicale au travail de la section 2 et des lignes directrices générales sur l'aptitude médicale au travail de la section 3, les personnes souffrant de troubles visuels spécifiques peuvent être considérées médicalement aptes à occuper un poste essentiel à la sécurité si elles répondent aux exigences spécifiques présentées dans cette section.

4.1 Déficience de la perception des couleurs

La déficience de la perception des couleurs, communément appelée daltonisme, désigne un ensemble de troubles qui nuisent à la perception des couleurs. Les déficiences de la perception des couleurs sont le plus souvent congénitales. Cependant, les personnes ayant une perception normale des couleurs ou une déficience congénitale de la perception des couleurs peuvent développer un nouveau déficit de la perception des couleurs.

La déficience congénitale de la perception des couleurs la plus courante est la déficience de la perception des couleurs rouge-vert, qui rend difficile la distinction entre les nuances de rouge, de jaune et de vert. Les personnes ayant une déficience congénitale de la perception des couleurs

² Sans aide signifie qu'aucune aide visuelle autre que des lunettes ou des lentilles cornéennes non teintées, ou des lentilles cornéennes légèrement teintées (pour faciliter la manipulation), ne peut être portée pendant l'examen. S'il existe le moindre doute quant au degré de la teinte, la personne doit porter des lunettes ou des lentilles cornéennes non teintées pendant l'examen.

bleu-jaune ont de la difficulté à distinguer les nuances de bleu et de vert, ainsi que le magenta, le gris et le jaune.

Les déficiences acquises de la perception des couleurs peuvent toucher les tons bleu-jaune, rouge-vert ou mixtes avec une perte de discrimination généralisée. Les déficiences acquises de la perception des couleurs sont souvent dues à des troubles oculaires (cataracte, glaucome, maladies de la rétine ou du nerf optique, troubles neurologiques touchant les zones du cerveau associées au traitement de l'information visuelle), à certains médicaments, à des troubles vasculaires ou à des complications associées à des troubles systémiques comme le diabète.

Dans de rares cas, des personnes peuvent avoir une déficience congénitale complète de la perception des couleurs qui les rend incapables de voir les couleurs. Ces personnes souffrent généralement d'une grave réduction de l'acuité visuelle.

Épreuve de la lanterne des chemins de fer canadiens (CNLAN) : Épreuve spécifique de la perception des couleurs élaborée par le secteur ferroviaire. L'épreuve CNLAN vise à déterminer la capacité d'une personne à identifier les couleurs utilisées pour les signaux en bordure de voie. L'intensité et la taille des signaux sont équivalentes à une distance d'observation de 0,32 à 0,64 km (0,2 à 0,4 mille). Les couleurs sont conformes aux normes de l'American Association of Railroads pour les signaux en bordure de voie. Les personnes qui échouent à l'épreuve de perception des couleurs d'Ishihara doivent subir une évaluation additionnelle, qui peut inclure l'épreuve CNLAN. Le protocole d'examen est décrit à l'annexe I incluant des lignes directrices sur son interprétation.

Toutes les épreuves pratiques, ce qui comprend l'épreuve CNLAN et les épreuves de perception des couleurs des contrôleurs de la circulation ferroviaire (CCF), doivent être réalisées sans aide, selon la définition de la section 3.5.

Exigences sur l'aptitude médicale au travail

Mécaniciens de locomotive et chefs de train	<ul style="list-style-type: none">• Réussir l'épreuve CNLAN à toutes les distances (voir le tableau 1 ci-dessous)
Contrôleurs de la circulation ferroviaire (CCF)	<ul style="list-style-type: none">• Réussir une épreuve de perception des couleurs des CCF conçue par la compagnie de chemin de fer

CNLAN – Critères de réussite ou d'échec

4,6 mètres (15 pieds)	<ul style="list-style-type: none">• Une erreur est permise s'il ne s'agit pas d'une réponse rouge pour un signal vert ou d'une réponse verte pour un signal rouge
2,3 mètres (7 pieds 6 pouces)	<ul style="list-style-type: none">• Toute erreur est un échec
1,15 mètre (3 pieds 9 pouces)	<ul style="list-style-type: none">• Toute erreur est un échec
0,575 mètre (1 pied 11 pouces)	<ul style="list-style-type: none">• Toute erreur est un échec

Surveillance et suivi de l'aptitude médicale au travail

Les personnes présentant une anomalie de la perception des couleurs qui réussissent l'épreuve CNLAN ou l'épreuve de perception des couleurs des CCF doivent subir une autre épreuve CNLAN ou une autre épreuve de perception des couleurs des CCF à la première évaluation médicale périodique (après l'embauche ou le diagnostic) et au minimum à chaque deuxième évaluation médicale périodique par la suite.

Les personnes qui ont réussi l'épreuve CNLAN ou l'épreuve de perception des couleurs des CCF et qui échouent ensuite à l'examen de suivi de l'aptitude médicale au travail doivent subir une évaluation additionnelle, à la discrétion du médecin-chef de la compagnie de chemin de fer. Les personnes souffrant d'une anomalie de perception des couleurs acquise peuvent être soumises à des examens plus fréquents, à la discrétion du médecin-chef de la compagnie de chemin de fer.

4.2 Vision monoculaire

Vision monoculaire : Une personne est considérée comme ayant une vision monoculaire si l'œil le plus faible a une acuité visuelle corrigée de moins de 6/60 (20/200) ou un champ visuel avec un rayon de moins de 40° de la vision habituelle vers l'avant.

Exigences sur l'aptitude médicale au travail

- Le rapport d'un ophtalmologiste ou d'un optométriste indique que pour l'œil le plus faible, le trouble est stable et ne risque pas de toucher l'œil le plus fort
- Pour l'œil le plus fort :
 - L'acuité visuelle de loin est de 6/9 (20/30) ou plus
 - Les limites du champ visuel continu suivantes sont respectées :

Méridien horizontal de 120°

Méridien vertical de 90°

Méridiens obliques de 90°

- Perception des couleurs normale dans des conditions binoculaires
- Au moins 6 mois se sont écoulés depuis la perte de vision et la personne a subi une épreuve pratique de manière satisfaisante³

Surveillance et suivi de l'aptitude médicale au travail

L'aptitude médicale au travail doit être réévaluée chaque année pendant au moins les deux premières années et doit comprendre une évaluation de la vision de loin, de la vision de près, des champs visuels, de la perception des couleurs et de l'équilibre des muscles extraoculaires, ainsi que tout autre examen jugé approprié par le médecin traitant et la confirmation du respect continu du traitement. Si la vision reste stable et en l'absence de complications, l'aptitude médicale au travail pourra ensuite être réévaluée dans le cadre du programme d'évaluation médicale périodique. Des évaluations plus fréquentes peuvent être requises si la stabilité du trouble et le pronostic pour l'œil le plus fort ne sont pas clairement établis.

³ Une épreuve pratique pourrait ne pas être requise. Une capacité démontrée à exécuter des tâches similaires à celles d'un poste essentiel à la sécurité acquise par une expérience de travail antérieure peut être suffisante, à la discrétion du médecin-chef de la compagnie de chemin de fer.

4.3 Perte de vision dans un œil

Perte de vision dans un œil : Une personne est considérée comme ayant une perte de vision dans un œil si l'œil le plus faible a une acuité visuelle corrigée de moins de 6/15 (20/50), avec un champ visuel normal dans cet œil, ou s'il y a un scotome dans le champ visuel central de 10° d'un œil, avec le reste du champ visuel normal.

Exigences sur l'aptitude médicale au travail

- Le rapport d'un ophtalmologiste ou d'un optométriste indique que pour l'œil le plus faible :
 - Le trouble est stable et il est peu probable qu'il touche l'œil le plus fort
 - Le champ visuel est normal hors du champ visuel central de 10°
- Pour l'œil le plus fort :
 - L'acuité visuelle de loin est de 6/9 (20/30) ou plus
 - Les limites du champ visuel continu suivantes sont respectées :
 - ◆ Méridien horizontal de 120°
 - ◆ Méridien vertical de 90°
 - ◆ Méridiens obliques de 90°
- Perception des couleurs normale dans des conditions binoculaires
- Au moins six mois se sont écoulés depuis la perte de vision et la personne a subi une épreuve pratique de manière satisfaisante³

Surveillance et suivi de l'aptitude médicale au travail

L'aptitude médicale au travail doit être réévaluée chaque année pendant au moins les deux premières années et doit comprendre une évaluation de la vision de loin, de la vision de près, des champs visuels, de la perception des couleurs et de l'équilibre des muscles extraoculaires, ainsi que tout autre examen jugé approprié par le médecin traitant et la confirmation du respect continu du traitement. Si la vision reste stable et en l'absence de complications, l'aptitude médicale au travail pourra ensuite être réévaluée dans le cadre du programme d'évaluation médicale périodique. Des évaluations plus fréquentes peuvent être requises si la stabilité du trouble et le pronostic pour l'œil le plus fort ne sont pas clairement établis.

4.4 Cataractes

Cataractes : Opacités qui se forment dans le cristallin de l'œil. Ces opacités peuvent réduire l'acuité visuelle et entraîner une augmentation de l'éblouissement. La chirurgie de la cataracte est une intervention consistant à retirer la cataracte et à la remplacer par une lentille intraoculaire. Ces lentilles peuvent améliorer l'acuité visuelle et réduire l'éblouissement.

Exigences sur l'aptitude médicale au travail

Cataracte sous surveillance	<ul style="list-style-type: none">• La vision doit répondre aux exigences de la section 3.5• Absence de symptômes restrictifs de sensibilité à l'éblouissement
Après la chirurgie	<ul style="list-style-type: none">• La vision doit respecter les exigences de la section 3.5 quand elle est évaluée au moins 1 mois après la chirurgie• Il n'y a pas eu d'implantation de lentille intraoculaire multifocale

Surveillance et suivi de l'aptitude médicale au travail

Cataracte sous surveillance : L'aptitude médicale au travail doit être réévaluée chaque année et doit comprendre une évaluation de la vision de loin, de la vision de près, des champs visuels et de la perception des couleurs, ainsi que tout autre examen jugé approprié par le médecin traitant et la confirmation du respect continu du traitement.

Après la chirurgie : Si la vision reste stable et en l'absence de complications, l'aptitude médicale au travail pourra ensuite être réévaluée dans le cadre du programme d'évaluation médicale périodique et doit comprendre une évaluation de la vision de loin, de la vision de près, des champs visuels et de la perception des couleurs, ainsi que tout autre examen jugé approprié par le médecin traitant et la confirmation du respect continu du traitement.

4.5 Kératocône

Kératocône : Maladie bilatérale, progressive et non inflammatoire de la cornée qui entraîne un astigmatisme irrégulier et des lésions cornéennes, pouvant tous deux réduire l'acuité visuelle. La maladie touche généralement les deux yeux, mais la gravité peut varier d'un œil à l'autre. Selon la gravité du kératocône, des lunettes, des lentilles et des segments d'anneau cornéen intrastromal peuvent être utilisés pour améliorer l'acuité visuelle. On peut également pratiquer une chirurgie de réticulation de la cornée pour arrêter ou ralentir la progression du kératocône et améliorer l'acuité visuelle. Avec la progression du kératocône, une greffe de cornée (kératoplastie pénétrante) est souvent nécessaire en raison de la perte progressive de la vision ou de l'intolérance aux lentilles cornéennes.

Exigences sur l'aptitude médicale au travail

Observation seulement	<ul style="list-style-type: none">• La vision doit répondre aux exigences de la section 3.5• La personne doit pouvoir porter confortablement des lentilles cornéennes pendant 12 heures (s'il y a lieu)
Après la chirurgie	<ul style="list-style-type: none">• La vision doit respecter les exigences de la section 3.5 quand elle est évaluée au moins 1 mois après la chirurgie

Surveillance et suivi de l'aptitude médicale au travail

Le kératocône est surveillé ou traité avec des lentilles cornéennes ou des segments d'anneau cornéen : L'aptitude médicale au travail doit être réévaluée tous les 6 mois et doit comprendre une évaluation de la vision de loin, de la vision de près et des champs visuels ainsi que tout autre examen jugé approprié par le médecin traitant et la confirmation du respect continu du traitement. À la discrétion du médecin-chef de la compagnie de chemin de fer, l'intervalle entre les évaluations de l'aptitude médicale au travail peut être augmenté après 2 évaluations favorables.

Le kératocône est traité par une chirurgie de réticulation : L'aptitude médicale au travail doit être réévaluée chaque année et doit comprendre une évaluation de la vision de loin, de la vision de près et des champs visuels ainsi que tout autre examen jugé approprié par le médecin traitant et la confirmation du respect continu du traitement. À la discrétion du médecin-chef de la compagnie de chemin de fer, l'intervalle entre les évaluations de l'aptitude médicale au travail peut être augmenté après 2 évaluations favorables.

Le kératocône est traité par une greffe de cornée : L'aptitude médicale au travail doit être réévaluée chaque année pendant au moins les 2 premières années, et doit comprendre une

évaluation de la vision de loin, de la vision de près et des champs visuels ainsi que tout autre examen jugé approprié par le médecin traitant et la confirmation du respect continu du traitement. Si la vision reste stable et en l'absence de complications, l'aptitude médicale au travail pourra ensuite être réévaluée dans le cadre du programme d'évaluation médicale périodique.

4.6 Chorioretinopathie séreuse centrale

Chorioretinopathie séreuse centrale : Décollement rétinien séreux dans la zone de la macula de la rétine entraînant une perte de vision. La chorioretinopathie séreuse centrale touche le plus souvent un œil, mais elle peut toucher les deux yeux. Le traitement varie de la surveillance des cas autorésolutifs à la photocoagulation au laser, la thérapie photodynamique ou les agents anti-facteur de croissance de l'endothélium vasculaire (anti-VEGF) pour les cas récurrents ou chroniques.

Exigences sur l'aptitude médicale au travail

Surveillance seulement	<ul style="list-style-type: none"> • La vision doit répondre aux exigences de la section 3.5 • 4 mois se sont écoulés depuis le diagnostic initial et l'état ne s'aggrave pas⁴
Photocoagulation au laser, thérapie photodynamique ou injections anti-VEGF	<ul style="list-style-type: none"> • La vision doit répondre aux exigences de la section 3.5 quand elle est évaluée au moins un mois après le traitement

Surveillance et suivi de l'aptitude médicale au travail

Chorioretinopathie séreuse centrale sous surveillance : L'aptitude médicale au travail doit être réévaluée 4 mois après la consultation initiale et tous les ans par la suite, et doit comprendre une évaluation de la vision de loin, de la vision de près, des champs visuels et de la perception des couleurs, un examen de la rétine, ainsi que tout autre examen jugé approprié par le médecin traitant et la confirmation du respect continu du traitement.

Traitement par photocoagulation au laser, thérapie photodynamique ou injections anti-VEGF : L'aptitude médicale au travail doit être réévaluée chaque année et doit comprendre une évaluation de la vision de loin, de la vision de près, des champs visuels et de la perception des couleurs, un examen de la rétine, ainsi que tout autre examen jugé approprié par le médecin traitant et la confirmation du respect continu du traitement.

4.7 Glaucome, suspicion de glaucome et hypertension oculaire

Glaucome : Groupe de maladies oculaires pouvant endommager le nerf optique et entraîner une perte de vision. L'augmentation de la pression intraoculaire est un facteur de risque majeur de glaucome, mais il existe des types de glaucome où la pression intraoculaire reste dans les limites de la normale. Quel que soit le mécanisme, le glaucome entraîne une perte de vision, commençant par la vision périphérique, qui peut se transformer en cécité si elle n'est pas traitée.

⁴ Les cas autorésolutifs guérissent généralement en l'espace de quatre mois. Il importe de noter que les personnes qui répondent aux exigences de vision à la consultation initiale peuvent subir une perte de vision progressive.

Une personne souffrant de glaucome suspecté ou d'hypertonie oculaire n'est pas atteinte d'un glaucome manifeste, mais présente un risque plus élevé d'avoir un glaucome.

La prise en charge du glaucome consiste à abaisser la pression intraoculaire au moyen de médicaments ou d'une intervention chirurgicale afin d'éviter une aggravation de la perte de vision. Bien que la pression intraoculaire puisse être bien contrôlée, certaines personnes atteintes de glaucome continueront à souffrir d'une perte progressive du champ visuel. Le glaucome peut toucher un œil ou les deux. S'il touche les deux yeux, la perte de vision est généralement asymétrique.

Exigences sur l'aptitude médicale au travail

Glaucome suspecté, hypertonie oculaire ou glaucome traité avec des médicaments	<ul style="list-style-type: none">• La vision doit répondre aux exigences de la section 3.5
Glaucome traité au laser ou par chirurgie (p. ex., trabéculéctomie, implant de drainage ou intervention similaire)	<ul style="list-style-type: none">• La vision doit répondre aux exigences de la section 3.5 quand elle est évaluée au moins 1 mois après le traitement

Surveillance et suivi de l'aptitude médicale au travail

Glaucome suspecté, hypertonie oculaire ou glaucome traité avec des médicaments : L'aptitude médicale au travail doit être réévaluée 3 et 6 mois après la consultation initiale et tous les ans par la suite si l'état est stable, et doit comprendre une évaluation des champs visuels, ainsi que tout autre examen jugé approprié par le médecin traitant et la confirmation du respect continu du traitement.

Glaucome traité au laser ou par chirurgie (p. ex., trabéculéctomie, implant de drainage ou intervention similaire) : L'aptitude médicale au travail doit être réévaluée 6 mois après le traitement et tous les ans par la suite, et doit comprendre une évaluation des champs visuels, ainsi que tout autre examen jugé approprié par le médecin traitant et la confirmation du respect continu du traitement

4.8 Rétinopathie diabétique

Rétinopathie diabétique : Complication microvasculaire pouvant entraîner la cécité. La perte de vision peut être due à un œdème maculaire, un décollement de la rétine, une hémorragie vitréenne ou une non-perfusion capillaire de la rétine. Un taux élevé d'hémoglobine glyquée (A1C), une pression artérielle générale élevée et la durée du diabète sont des facteurs de risque.

Il existe quatre stades de rétinopathie diabétique :

- Stade 1 : rétinopathie diabétique non proliférative légère
- Stade 2 : rétinopathie diabétique non proliférative modérée
- Stade 3 : rétinopathie diabétique non proliférative grave
- Stade 4 : rétinopathie diabétique proliférative

L'œdème maculaire peut survenir à n'importe quel stade de la rétinopathie diabétique, bien qu'il soit plus probable qu'il survienne aux stades avancés. C'est une cause importante de perte de vision en cas de rétinopathie diabétique. L'œdème est une accumulation de liquide dans la partie

centrale de la rétine, la macula. Cette accumulation de liquide entraîne une vision déformée ou floue. S'il n'est pas traité, l'œdème maculaire peut entraîner des lésions irréversibles de la macula et une perte de vision permanente. Le traitement vise à gérer les complications et à prévenir la perte de vision. Il peut comprendre des médicaments, des injections oculaires ou une chirurgie oculaire au laser.

Le but du traitement de la rétinopathie diabétique est de réduire l'œdème maculaire et de prévenir le décollement de la rétine, l'hémorragie vitrénne ou la néovascularisation de la rétine. La photocoagulation au laser est le traitement standard de la néovascularisation et de l'œdème maculaire. Les injections vitréennes d'inhibiteurs du facteur de croissance de l'endothélium vasculaire (anti-VEGF) sont également efficaces.

Exigences sur l'aptitude médicale au travail

Stades 1 et 2	<ul style="list-style-type: none"> • La vision doit répondre aux exigences de la section 3.5
Stades 3 et 4 ou présence d'œdème maculaire	<ul style="list-style-type: none"> • Les personnes atteintes d'une rétinopathie diabétique non proliférative grave ou d'une rétinopathie diabétique proliférative ne sont pas médicalement aptes à occuper un poste essentiel à la sécurité en raison du risque de perte de vision due à une hémorragie vitrénne ou à un décollement de la rétine spontané • Les personnes ayant un épisode aigu d'œdème maculaire ne sont pas médicalement aptes à occuper un poste essentiel à la sécurité en raison du risque de perte progressive de la vision
Traitement par photocoagulation au laser, injections vitréennes ou intervention similaire	<ul style="list-style-type: none"> • La vision doit répondre aux exigences de la section 3.5 quand elle est évaluée au moins 1 mois après le traitement • Un spécialiste a déterminé que la personne ne présente plus de signes de rétinopathie diabétique non proliférative grave ou proliférative ou d'œdème maculaire

Surveillance et suivi de l'aptitude médicale au travail

Stade 1 : L'aptitude médicale au travail doit être réévaluée 6 mois après la consultation initiale et tous les ans par la suite, et doit comprendre une évaluation de la vision de loin, de la vision de près, des champs visuels et de la perception des couleurs, un examen de la rétine, ainsi que tout autre examen jugé approprié par le médecin traitant et la confirmation du respect continu du traitement.

Stade 2 : L'aptitude médicale au travail doit être réévaluée 3 mois après la consultation initiale et tous les 6 mois par la suite, et doit comprendre une évaluation de la vision de loin, de la vision de près, des champs visuels et de la perception des couleurs, un examen de la rétine, ainsi que tout autre examen jugé approprié par le médecin traitant et la confirmation du respect continu du traitement.

Stades 3 et 4 ou présence d'œdème maculaire : Les personnes atteintes d'une rétinopathie diabétique non proliférative grave ou d'une rétinopathie diabétique proliférative ne sont pas médicalement aptes à occuper un poste essentiel à la sécurité en raison du risque de perte de vision due à une hémorragie vitrénne ou à un décollement de la rétine spontané. Les personnes

ayant un œdème maculaire ne sont pas médicalement aptes à occuper un poste essentiel à la sécurité en raison du risque de perte progressive de la vision.

Traitement par photocoagulation au laser, injections vitréennes ou intervention similaire : L'aptitude médicale au travail doit être réévaluée 3 mois après la consultation initiale et tous les 6 mois par la suite, et doit comprendre une évaluation de la vision de loin, de la vision de près, des champs visuels et de la perception des couleurs, un examen de la rétine, ainsi que tout autre examen jugé approprié par le médecin traitant et la confirmation du respect continu du traitement.

4.9 Décollement de la rétine

Décollement de la rétine : Se produit quand la fine couche de la rétine se détache de l'arrière de l'œil, entraînant une perte de vision. Le décollement de la rétine peut être causé par un traumatisme oculaire, une rétinopathie diabétique ou une chirurgie oculaire, ou peut survenir spontanément. C'est une affection médicale grave qui nécessite des soins urgents. La rétine peut être « recollée » par différentes techniques chirurgicales.

Exigences sur l'aptitude médicale au travail

Non traité et en attente d'une consultation en chirurgie	<ul style="list-style-type: none"> Les personnes souffrant d'un décollement de la rétine non traité et qui attendent une consultation avec un chirurgien de la rétine ne sont pas médicalement aptes à occuper un poste essentiel à la sécurité en raison du risque d'un autre décollement de la rétine et d'une perte progressive de la vision
Laissé non traité suite à une consultation en chirurgie de la rétine	<ul style="list-style-type: none"> La vision doit répondre aux exigences sur la vision monoculaire de la section 4.2 ou sur la vision réduite d'un œil de la section 4.3
Traité par chirurgie	<ul style="list-style-type: none"> La vision doit répondre aux exigences de la section 3.5 quand elle est évaluée au moins 1 mois après le traitement Un spécialiste a déterminé que la personne ne présente plus de signe de décollement de la rétine

Surveillance et suivi de l'aptitude médicale au travail

Non traité et en attente d'une consultation en chirurgie : Les personnes avec un décollement de la rétine non traité et en attente d'une consultation en chirurgie ne sont pas médicalement aptes à occuper un post essentiel à la sécurité.

Laissé non traité suite à une consultation en chirurgie de la rétine : L'aptitude médicale au travail doit être réévaluée tous les 6 mois et doit comprendre une évaluation de la vision de loin, de la vision de près, des champs visuels et de la perception des couleurs, un examen de la rétine, ainsi que tout autre examen jugé approprié par le médecin traitant et la confirmation du respect continu du traitement. À la discrétion du médecin-chef de la compagnie de chemin de fer, l'intervalle entre les évaluations de l'aptitude médicale au travail peut être augmenté après 2 évaluations favorables.

Traité par chirurgie : L'aptitude médicale au travail doit être réévaluée chaque année pendant au moins les deux premières années, et doit comprendre une évaluation de la vision de loin, de la

vision de près, des champs visuels et de la perception des couleurs, un examen de la rétine, ainsi que tout autre examen jugé approprié par le médecin traitant et la confirmation du respect continu du traitement. Si la vision reste stable et en l'absence de complications, l'aptitude médicale au travail pourra ensuite être réévaluée dans le cadre du programme d'évaluation médicale périodique.

4.10 Névrite optique

Névrite optique : Trouble démyélinisant aigu du nerf optique, caractérisé par une perte aiguë de la vision, généralement dans un œil et sans signe d'étiologie métabolique, toxique, vasculaire, traumatique ou compressive. Les symptômes caractéristiques sont une perte de vision, une douleur oculaire qui augmente avec le mouvement des yeux, des déficits du champ visuel et une réduction de la discrimination des couleurs. La névrite optique peut être idiopathique ou due à la sclérose en plaques. Une cause moins fréquente est la neuromyéélite optique. La névrite optique peut se résorber spontanément ou être traitée par des médicaments qui réduisent le processus inflammatoire.

Exigences sur l'aptitude médicale au travail

- Le spécialiste traitant a déterminé que l'épisode aigu est terminé
- La vision doit répondre aux exigences de la section 3.5 quand elle est évaluée au moins 1 mois après la fin de l'épisode aigu

Surveillance et suivi de l'aptitude médicale au travail

L'aptitude médicale au travail doit être réévaluée 6 mois après la fin de l'épisode aigu, puis tous les ans pendant au moins les 2 premières années, et doit comprendre une évaluation de la vision de loin, de la vision de près, des champs visuels et de la perception des couleurs, ainsi que tout autre examen jugé approprié par le médecin traitant et la confirmation du respect continu du traitement. Si la vision reste stable et en l'absence de complications, l'aptitude médicale au travail pourra ensuite être réévaluée dans le cadre du programme d'évaluation médicale périodique.

4.11 Strabisme et phorie décompensée

Strabisme : Trouble visuel où les yeux ne sont pas bien alignés. Un œil peut être tourné vers l'intérieur (ésotropie), vers l'extérieur (exotropie) ou verticalement (hypertropie), de façon intermittente ou constante. De 2,5 % à 5,5 % des enfants souffrent de strabisme. Quand le strabisme est présent pendant la petite enfance, il y a généralement une suppression de la vision dans l'œil dévié. Si le strabisme n'est pas traité à un jeune âge, la suppression peut entraîner une perte permanente de la vision dans l'œil dévié (amblyopie). Cependant, toutes les personnes atteintes de strabisme ne souffrent pas d'amblyopie.

Le strabisme de l'adulte dû à un déséquilibre des muscles extraoculaires peut également survenir. Les causes possibles sont entre autres les lésions des nerfs crâniens (traumatiques ou vasculaires) ou les troubles systémiques (p. ex., myasthénie grave, troubles de la thyroïde ou sclérose en plaques). Une autre cause du strabisme de l'adulte est une phorie décompensée (strabisme intermittent). Une **phorie décompensée** survient généralement à l'âge adulte et découle d'une incapacité à maintenir l'alignement oculaire. Il n'y a généralement pas d'anomalie neurologique évidente. Dans les cas de strabisme de l'adulte, une suppression visuelle se développe rarement et une diplopie peut alors être un problème permanent.

Les options de traitement comprennent des exercices des muscles extraoculaires, la correction avec des lunettes aux lentilles prismatiques, la chirurgie pour corriger le déséquilibre des muscles extraoculaires ou le port d'un cache-œil sur un œil.

Exigences sur l'aptitude médicale au travail

Non traité	<ul style="list-style-type: none"> • La vision doit répondre aux exigences de la section 3.5
Traité avec un cache-œil	<ul style="list-style-type: none"> • La vision doit répondre aux exigences sur la vision monoculaire de la section 4.2
Traité par des exercices des muscles extraoculaires, la correction prismatique ou la chirurgie	<ul style="list-style-type: none"> • La vision doit répondre aux exigences de la section 3.5 quand elle est évaluée au moins 1 mois après le traitement • Le spécialiste a déterminé que le degré de strabisme ou de phorie décompensée est stable • Il n'y a pas de survenue ou de récurrence de diplopie

Surveillance et suivi de l'aptitude médicale au travail

Non traité ou traité avec un cache-œil : L'aptitude médicale au travail des personnes dont l'affection s'est déclarée dans l'enfance et est stable doit être réévaluée dans le cadre du programme d'évaluation médicale périodique. Pour les autres personnes, l'aptitude médicale au travail doit être réévaluée chaque année. L'examen doit comprendre une évaluation de la vision de loin, de la vision de près, des champs visuels et de l'équilibre des muscles extraoculaires, ainsi que tout autre examen jugé approprié par le médecin traitant et la confirmation du respect continu du traitement.

Traité par des exercices des muscles extraoculaires, la correction prismatique ou la chirurgie : L'aptitude médicale au travail doit être réévaluée chaque année pendant au moins les 2 premières années et doit comprendre une évaluation de la vision de loin, de la vision de près, des champs visuels et de l'équilibre des muscles extraoculaires, ainsi que tout autre examen jugé approprié par le médecin traitant et la confirmation du respect continu du traitement. Si la vision reste stable et en l'absence de complications, l'aptitude médicale au travail pourra ensuite être réévaluée dans le cadre du programme d'évaluation médicale périodique.

4.12 Amblyopie

Amblyopie (œil paresseux) : Perte de vision dans un œil due à une stimulation inadéquate pendant la petite enfance, généralement en raison d'un strabisme ou d'une erreur de réfraction non corrigée. L'amblyopie ne se manifeste généralement pas à l'âge adulte.

Exigences sur l'aptitude médicale au travail

<ul style="list-style-type: none"> • La vision doit répondre aux exigences sur la vision monoculaire de la section 4.2 ou sur la vision réduite d'un œil de la section 4.3

Surveillance et suivi de l'aptitude médicale au travail

L'aptitude médicale au travail doit être réévaluée dans le cadre du programme d'évaluation médicale périodique et doit comprendre une évaluation de la vision de loin, de la vision de près, des champs visuels et de l'équilibre des muscles extraoculaires, ainsi que tout autre examen jugé approprié par le médecin traitant et la confirmation du respect continu du traitement.

4.13 Occlusion veineuse rétinienne

Occlusion veineuse rétinienne : Obstruction de la veine centrale de la rétine ou de l'une des branches des veines de la rétine qui peut entraîner un œdème maculaire, une hémorragie rétinienne, un décollement de la rétine, un glaucome, une vision floue ou une perte de vision dans l'œil touché. Le traitement vise à gérer les complications (en particulier un œdème maculaire) et à prévenir la perte de vision et peut comprendre des médicaments, des injections oculaires ou une chirurgie oculaire au laser.

Œdème maculaire : Trouble visuel caractérisé par l'accumulation de fluide dans la partie centrale de la rétine, la macula. Cette accumulation entraîne une vision déformée ou floue. S'il n'est pas traité, l'œdème maculaire peut entraîner des lésions irréversibles de la macula et une perte de vision permanente. L'œdème maculaire est généralement associé à une rétinopathie diabétique, à une occlusion veineuse rétinienne et à une dégénérescence maculaire liée à l'âge. Le traitement vise à gérer les complications et à prévenir la perte de vision et peut comprendre des médicaments, des injections oculaires ou une chirurgie oculaire au laser.

Exigences sur l'aptitude médicale au travail

- Le spécialiste traitant détermine que l'épisode aigu est terminé.
- La vision doit répondre aux exigences de la section 3.5 quand elle est évaluée au moins 1 mois après la fin de l'épisode aigu.

Surveillance et suivi de l'aptitude médicale au travail

Résolue ou efficacement traitée : L'aptitude médicale au travail doit être réévaluée chaque année pendant au moins les 2 premières années et doit comprendre une évaluation de la vision de loin, de la vision de près, des champs visuels et de la perception des couleurs, un examen de la rétine, ainsi que tout autre examen jugé approprié par le médecin traitant et la confirmation du respect continu du traitement. Si la vision reste stable et en l'absence de complications, l'aptitude médicale au travail pourra ensuite être réévaluée dans le cadre du programme d'évaluation médicale périodique.

4.14 Uvéite

Uvéite : Inflammation de l'uvée, la couche pigmentée de l'œil située entre la rétine interne et la couche fibreuse externe formée de la sclère et de la cornée. Elle peut être classée anatomiquement en uvéite antérieure, intermédiaire, postérieure ou panuvéitique, selon la partie de l'œil touchée. L'uvéite antérieure est également connue sous le nom d'iritis. Les symptômes de l'uvéite peuvent inclure des douleurs oculaires, des rougeurs, une sensibilité à la lumière, une vision floue et des taches sombres flottant dans le champ de vision. Si elle n'est pas traitée, l'uvéite peut entraîner une perte de vision permanente. L'uvéite peut être causée par différents facteurs comme une infection oculaire, une blessure oculaire, une maladie auto-immune ou inflammatoire. Cependant, dans certains cas, la cause ne peut pas être identifiée. Le traitement consiste généralement à réduire l'inflammation oculaire ou systémique à l'aide de gouttes

ophtalmiques, d'injections oculaires ou de médicaments oraux. Un diagnostic et un traitement précoces sont essentiels pour prévenir les complications et préserver la vision.

Exigences sur l'aptitude médicale au travail

Uvéite antérieure unilatérale en cours de traitement	<ul style="list-style-type: none">• La vision doit répondre aux exigences de la section 3.5
Uvéite résolue ou efficacement traitée autre qu'une uvéite antérieure unilatérale	<ul style="list-style-type: none">• La vision doit répondre aux exigences de la section 3.5 quand elle est évaluée au moins 1 mois après la résolution ou le traitement

Surveillance et suivi de l'aptitude médicale au travail

Uvéite antérieure unilatérale en cours de traitement : L'aptitude médicale au travail des personnes souffrant d'une uvéite liée à une maladie systémique doit être réévaluée 1 mois, 3 mois et 6 mois après la fin de l'épisode aigu, et chaque année par la suite. Chez les personnes présentant un premier épisode d'uvéite antérieure unilatérale légère (souvent idiopathique ou liée à une infection des sinus ou à un événement traumatique), l'aptitude médicale au travail doit être réévaluée chaque année pendant 3 ans, et dans le cadre du programme d'évaluation médicale périodique par la suite. L'examen doit comprendre une évaluation de la vision de loin, de la vision de près, des champs visuels et de la perception des couleurs, ainsi que tout autre examen jugé approprié par le médecin traitant et la confirmation du respect continu du traitement.

Uvéite résolue ou efficacement traitée autre qu'une uvéite antérieure unilatérale : L'aptitude médicale au travail doit être réévaluée chaque année pendant au moins les 2 premières années et doit comprendre une évaluation de la vision de loin, de la vision de près, des champs visuels et de la perception des couleurs, ainsi que tout autre examen jugé approprié par le médecin traitant et la confirmation du respect continu du traitement. Si la vision reste stable et en l'absence de complications, l'aptitude médicale au travail pourra ensuite être réévaluée dans le cadre du programme d'évaluation médicale périodique.

4.15 Dégénérescence maculaire liée à l'âge

Dégénérescence maculaire liée à l'âge : Problème de vision qui touche la macula, la partie centrale de la rétine responsable de la vision centrale précise. C'est la principale cause de perte de vision permanente chez les personnes de plus de 50 ans. La dégénérescence maculaire liée à l'âge peut être classée en deux catégories : sèche et humide. Dans le cas de la dégénérescence maculaire sèche, des parties de la macula s'amincissent avec l'âge et des dépôts de drusen protéiques se forment, entraînant une perte lente de la vision centrale. La dégénérescence maculaire humide diffère. Elle est caractérisée par la croissance de vaisseaux sanguins anormaux sous la macula, qui laissent fuir du sang et des fluides, entraînant une perte de la vision centrale rapide et grave. Les symptômes de la dégénérescence maculaire liée à l'âge comprennent une vision floue ou déformée, une difficulté à voir les petits détails et une perte de vision dans le champ central. Il n'existe actuellement aucun traitement efficace de la dégénérescence maculaire liée à l'âge. Le traitement vise à prévenir ou à ralentir la progression de la maladie.

Œdème maculaire : Problème de vision caractérisé par l'accumulation de fluide dans la partie centrale de la rétine, la macula. Cette accumulation entraîne une vision déformée ou floue. S'il n'est pas traité, l'œdème maculaire peut entraîner des lésions irréversibles de la macula et une perte de vision permanente. L'œdème maculaire est généralement associé à la rétinopathie diabétique, à l'occlusion veineuse rétinienne et à la dégénérescence maculaire liée à l'âge. Le traitement vise à gérer les complications et à prévenir la perte de vision. Il peut comprendre des médicaments, des injections oculaires ou une chirurgie oculaire au laser.

Exigences sur l'aptitude médicale au travail

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• La vision doit répondre aux exigences de la section 3.5 quand elle est évaluée au moins 1 mois après la présentation |
|--|

Surveillance et suivi de l'aptitude médicale au travail

L'aptitude médicale au travail doit être réévaluée tous les 6 mois et doit comprendre une évaluation de la vision de loin, de la vision de près, des champs visuels et de la perception des couleurs, un examen de la rétine, ainsi que tout autre examen jugé approprié par le médecin traitant et la confirmation du respect continu du traitement.

4.16 Autres troubles de la macula

Divers troubles touchant la macula peuvent entraîner une perte de vision, notamment une perte de la discrimination des couleurs (p. ex., trous maculaires partiels et complets, membranes épitrétiennes, œdème maculaire cystoïde et dégénérescence myopique). Certains troubles sont progressifs, alors que d'autres peuvent disparaître spontanément ou avec un traitement. Le traitement vise à gérer les complications et à prévenir, si possible, la perte de vision. Il peut comprendre des médicaments, des injections oculaires, une chirurgie oculaire au laser ou d'autres interventions chirurgicales oculaires.

Exigences sur l'aptitude médicale au travail

Résolus ou efficacement traités	<ul style="list-style-type: none">• Le spécialiste traitant détermine que l'épisode aigu est terminé• La vision doit répondre aux exigences de la section 3.5 quand elle est évaluée au moins 1 mois après la résolution ou le traitement
--	--

Surveillance et suivi de l'aptitude médicale au travail

Résolus ou efficacement traités : L'aptitude médicale au travail doit être réévaluée 6 mois après la résolution ou le traitement du trouble, puis chaque année pendant au moins les 2 premières années, et doit comprendre une évaluation de la vision de loin, de la vision de près, des champs visuels et de la perception des couleurs, un examen de la rétine, ainsi que tout autre examen jugé approprié par le médecin traitant et la confirmation du respect continu du traitement. Si la vision reste stable et en l'absence de complications, l'aptitude médicale au travail pourra ensuite être réévaluée dans le cadre du programme d'évaluation médicale périodique.

Incurables ou progressifs : L'aptitude médicale au travail des personnes ayant des antécédents de troubles de la macula incurables ou progressifs relève de la discrétion du médecin-chef de la compagnie de chemin de fer.

4.17 Chirurgie réfractive

Il existe deux types généraux de chirurgie réfractive. L'une utilise des lasers pour modifier la puissance de la cornée, et l'autre consiste à implanter des lentilles correctrices dans l'œil. Les techniques réfractives sont entre autres la kératomileusie in situ assistée par laser (LASIK), la kératectomie photoréfractive (PRK), la kératomileusie épithéliale au laser (LASEK) et l'extraction lenticulaire par petite incision (SMILE). Les implants intraoculaires du phaqué (PIOL) sont souvent réservés aux corrections dioptriques plus poussées. Ces implants sont de petites lentilles qui sont implantées soit dans la chambre antérieure (AC-PIOL), soit dans la chambre postérieure (PC-PIOL) de l'œil. Les complications possibles dépendent de la chirurgie réfractive et sont entre autres une difficulté à conduire la nuit, une sensibilité à l'éblouissement, la formation de cataractes ou le gonflement de la cornée en raison d'un amincissement excessif.

Exigences sur l'aptitude médicale au travail

- La vision doit répondre aux exigences de la section 3.5 quand elle est évaluée au moins 1 semaine après la chirurgie
- Un spécialiste détermine que la personne ne présente pas de complications, ce qui comprend une sensibilité accrue à l'éblouissement et aux halos

Surveillance et suivi de l'aptitude médicale au travail

L'aptitude médicale au travail doit être réévaluée 1, 3, 12 et 24 mois après la chirurgie et doit comprendre une évaluation de la vision de loin et de près, ainsi que tout autre examen jugé approprié par le médecin traitant et la confirmation du respect continu du traitement. L'aptitude médicale au travail pourra ensuite être réévaluée dans le cadre du programme d'évaluation médicale périodique.

4.18 Traumatisme crânien

Le système visuel n'est que l'un des nombreux systèmes qui peuvent être touchés par un traumatisme crânien. Les effets d'un traumatisme crânien sur le système visuel peuvent être une réduction de l'acuité visuelle dans un œil ou les deux yeux, des pertes de champ visuel, une diplopie et une photosensibilité. Ces effets peuvent être permanents ou transitoires. La lecture et la compréhension peuvent également être touchées.

Exigences sur l'aptitude médicale au travail

- Rétablissement neurologique complet d'un traumatisme crânien
- La vision doit répondre aux exigences de la section 3.5

Surveillance et suivi de l'aptitude médicale au travail

La surveillance et le suivi de l'aptitude médicale au travail relèvent de la discrétion du médecin-chef de la compagnie de chemin de fer.

ANNEXE I – Épreuve de la lanterne (CNLAN)

1 Introduction

L'épreuve CNLAN vise à déterminer la capacité d'une personne à identifier les couleurs utilisées pour les signaux en bordure de voie. L'intensité et la taille des signaux sont équivalentes à une distance d'observation de 0,32 à 0,64 km (0,2 à 0,4 mille). Les couleurs sont conformes aux normes de l'American Association of Railroads pour les signaux en bordure de voie.

2 Description de l'épreuve

L'épreuve doit être réalisée dans un éclairage de bureau normal, ce qui suppose un bureau sans fenêtre. S'il y a des fenêtres, les rideaux ou les stores doivent être fermés pour éviter un éblouissement par la lumière du soleil.

L'épreuve CNLAN compte trois éléments : la lanterne, une unité de commande et une télécommande. Un espace est prévu à l'arrière de la lanterne pour transporter l'unité de commande. Cette dernière doit être mise dans cet espace, la partie supérieure tournée vers l'extérieur de la lanterne et les connecteurs vers le haut. La télécommande est fixée à l'unité de commande.

Un câble informatique relie l'unité de commande à la lanterne. Le connecteur de l'unité de commande se trouve juste au-dessus de la prise du cordon d'alimentation, à l'avant de la lanterne. L'unité de commande est dotée d'une connexion RS232 qui permet de commander la lanterne par ordinateur au besoin.

3 Mise en place de l'épreuve

Placez la lanterne à 4,6 mètres de la personne. Retirez l'unité de commande à l'arrière. Au besoin, connectez l'unité de commande à la lanterne à l'aide du câble informatique. L'unité de commande peut être placée n'importe où, à un endroit pratique, idéalement de façon à ce que la personne et la lanterne soient visibles. L'interrupteur d'alimentation se trouve sur le côté droit de la lanterne. Cet interrupteur contrôle l'alimentation de la lanterne et de l'unité de commande. Quand la lanterne est mise sous tension, l'unité de commande règle la lanterne selon le premier exemple défini. La couleur des signaux est indiquée sur le panneau de commande.

Les signaux lumineux sont changés en appuyant sur les flèches du panneau de commande. La flèche pointant vers la gauche affiche la série de signaux précédente et la flèche pointant vers la droite affiche la série de signaux suivante. Les signaux s'éteignent entre les présentations quand on appuie sur le bouton marqué d'un X. Ce bouton éteint la lumière de la lanterne, mais l'unité de commande reste allumée. Pour allumer la lanterne, il suffit d'appuyer sur l'une des flèches.

On peut également changer les signaux avec la télécommande. La touche de la télécommande marquée d'un astérisque affiche la série de signaux lumineux précédente et la touche marquée du dièse, la série suivante. Les touches numériques permettent de passer à une série de signaux spécifique. Pour afficher une série spécifique, on doit appuyer sur deux boutons. Par exemple, pour afficher la série 5, on doit appuyer sur les boutons 0 et 5.

Pointez la télécommande sur la fenêtre sombre rectangulaire de l'unité de commande. Si l'unité de commande reçoit de l'information de la télécommande, un petit voyant lumineux rouge clignote. De façon similaire, un voyant lumineux sur la télécommande clignote si l'information a été transmise. Pour éteindre les signaux, on appuie deux fois sur la touche 0.

Il est recommandé d'éteindre la lanterne entre les épreuves, car un thermostat éteint les signaux si la lanterne surchauffe. Il faut environ 45 minutes pour que la lanterne refroidisse suffisamment pour être utilisée de nouveau.

4 Procédure de l'épreuve

La personne doit répondre aux exigences sur l'acuité visuelle de loin avant de débiter l'épreuve.

La personne peut porter ses lunettes ou ses lentilles cornéennes claires habituelles pendant l'épreuve. Cependant, le port de lunettes ou de lentilles colorées pour un œil ou les deux yeux, ou d'autres dispositifs pour faciliter la discrimination des couleurs ou corriger les déficiences de perception des couleurs n'est pas autorisé. Les lentilles cornéennes légèrement teintées de bleu (pour faciliter la manipulation) sont permises. Les teintes faibles n'ont sensiblement pas d'effet sur les résultats de l'épreuve. Par contre, s'il existe le moindre doute sur le degré de la teinte, la personne doit porter des lunettes ou des lentilles cornéennes non teintées pour subir l'épreuve.

La personne doit être assise confortablement, à une distance de 4,6 mètres (15 pieds) de la lanterne, et avoir une vue directe sur l'avant de la lanterne. Les lumières de la pièce doivent être allumées, mais les rideaux ou les stores doivent être fermés pour bloquer la lumière du soleil. Pour minimiser l'éblouissement, la personne ne doit pas être placée directement sous une source lumineuse.

Régalez la lanterne à la première présentation (exemple 1) si nécessaire. C'est l'un des deux exemples.

La personne doit être informée des points suivants :

- « Cette épreuve vise à vérifier votre capacité à identifier les couleurs des signaux ferroviaires. »
- « Il y aura toujours trois signaux présentés. Les couleurs des signaux seront une combinaison de rouge, de vert et de jaune. Seuls les termes rouge, vert et jaune doivent être utilisés pour identifier les signaux. »
- « Identifiez la couleur des signaux en commençant par le haut, suivi du milieu, puis du bas. »
- « Cette série de signaux (EXEMPLE 1) est un exemple de chacune des couleurs. Celui du haut est vert, celui du milieu est jaune et celui du bas est rouge. »

Passez à la présentation suivante.

- « Voici une autre série de signaux (EXEMPLE 2). Celui du haut est rouge, celui du milieu est jaune et celui du bas est vert. »

On doit ensuite poser la question suivante à la personne :

- « Avez-vous des questions ou voulez-vous revoir les exemples ? »

Après avoir répondu aux questions ou montré à nouveau les exemples, passez à la troisième série de signaux. C'est la première série de signaux de l'épreuve. Notez les réponses sur la feuille de résultats en encerclant la bonne réponse ou en écrivant la mauvaise réponse.

Donnez à la personne environ 5 secondes pour répondre. Si elle attend plus de 5 secondes avant de répondre, éteignez les signaux en appuyant sur le bouton marqué d'un X ou en entrant 00 sur la télécommande. Pour éviter toute confusion, ne passez pas à la série suivante tant que la personne n'a pas répondu.

Si la personne utilise un nom de couleur autre que rouge, vert ou jaune, rappelez-lui que seules les réponses rouge, vert et jaune sont acceptées. L'exception à cette règle est que le mot ambre peut être utilisé pour identifier les lumières jaunes.

La note de passage à une distance de 4,6 mètres est au maximum une erreur. Cette erreur ne peut être d'avoir identifié un signal rouge comme étant vert ou un signal vert comme étant rouge. On répète l'épreuve en réduisant progressivement la distance, comme l'indique le tableau ci-dessous. Commencez par un nombre différent à chaque essai, mais ne présentez pas les deux exemples parmi la série d'essais. Un résultat parfait est requis à chacune des distances plus courtes pour réussir l'épreuve CNLAN. Le tableau présente les critères de réussite ou d'échec, et le tableau 2 présente les distances équivalentes aux différentes distances de l'épreuve.

CNLAN – Critères de réussite ou d'échec⁵

Distances	Critères de réussite ou d'échec
4,6 mètres (15 pieds)	<ul style="list-style-type: none"> • Une erreur est permise s'il ne s'agit pas d'une réponse rouge pour un signal vert ou d'une réponse verte pour un signal rouge
2,3 mètres (7 pieds 6 pouces)	<ul style="list-style-type: none"> • Toute erreur est un échec
1,15 mètre (3 pieds 9 pouces)	<ul style="list-style-type: none"> • Toute erreur est un échec
0,575 mètre (1 pied 11 pouces)	<ul style="list-style-type: none"> • Toute erreur est un échec

Tableau 2 : CNLAN – Distances équivalentes

Distances	Distances équivalentes
4,6 mètres (15 pieds)	<ul style="list-style-type: none"> • 200 à 650 mètres (0,12 à 0,40 mille)
2,3 mètres (7 pieds 6 pouces)	<ul style="list-style-type: none"> • 100 à 325 mètres (0,06 à 0,22 mille)
1,15 mètre (3 pieds 9 pouces)	<ul style="list-style-type: none"> • 50 à 163 mètres (0,03 à 0,10 mille)
0,575 mètre (1 pied 11 pouces)	<ul style="list-style-type: none"> • 25 à 82 mètres (0,015 à 0,05 mille)

⁵ Pour chaque distance, la personne doit également réussir toutes les distances plus courtes pour que la distance testée soit considérée comme réussie.

ANNEXE II – Rapport médical⁶

Medical Report - Vision (Safety Critical Position) Rapport médical - Vision (Poste essentiel à la sécurité)

Section 1 - Employee information and consent - Renseignements sur la personne examinée et consentement

Name - Nom	Date of birth - Date de naissance	PIN - Matricule
Email - Courriel		Phone (home) - Téléphone (domicile)
Job title - Titre du poste	Immediate supervisor - Superviseur immédiat	Phone (work) - Téléphone (travail)

Examinee's consent for the release of medical information to the office of the Chief Medical Officer

I, the undersigned, acknowledge that I occupy (or may occupy) a Safety Critical Position and I will report any medical condition that may constitute a threat to safe railway operations. I declare that the information that I have provided or will be providing to the health care professional completing this report is truthful and complete. I hereby authorize the health care professional to release this completed form to the Office of the Chief Medical Officer (CMO) and to discuss the information contained in this report. I also authorize the health care professional to release any relevant medical information related to testing such as laboratory tests, ECG, etc., as well as medical reports from specialists. I understand that this information will be reviewed for the purpose of making a fitness for duty determination. This consent is valid for six months from the date of signature.

Consentement de la personne à la divulgation de renseignements médicaux au bureau du médecin-chef

Je, soussigné(e), reconnais que j'occupe (ou applique pour) un poste considéré comme essentiel pour la sécurité, et que je vais rapporter toute condition médicale qui pourrait constituer une menace à la sécurité des opérations ferroviaires. Je déclare que les renseignements que j'ai fournis et que je fournirai au professionnel de la santé complétant ce rapport sont véridiques et complets. J'autorise, par la présente, le professionnel à faire parvenir au bureau du médecin-chef la copie originale du présent formulaire et à commenter les renseignements contenus dans ce rapport. J'autorise également le professionnel à transmettre tout renseignement médical pertinent lié à des tests tels que des examens de laboratoire, etc. et à des rapports médicaux de médecins spécialistes. Je comprends que ces renseignements seront révisés avec l'objectif d'évaluer mon aptitude au travail. Ce consentement est valide pour six mois à compter de la date de signature.

Signature of examinee - Signature de la personne examinée

Date

⁶ Ceci est exemple de rapport médical pour les personnes ayant un trouble visuel. Il a été préparé pour permettre une approche uniforme et normalisée. Il peut être modifié à la discrétion du médecin-chef de la compagnie de chemin de fer.

Section 2 - Instructions to professional - Renseignements à l'intention du professionnel

Employees working in Safety Critical Positions operate or control the movement of trains. Impaired performance due to a medical condition could result in a significant incident affecting the health and safety of employees, the public, property or the environment. Special attention should be devoted to medical conditions that may result in sudden mental or physical impairment or any condition that may potentially interfere with an employee's ability to perform their duties in a safe manner. In the case of chronic conditions, be aware that impairment may occur gradually. In order to make an individualized assessment of your patient's fitness for duty, we require some information from you. Please complete Sections 3, 4 and 5 of this form. Under the Federal Railway Safety Act, physicians and optometrists have an obligation to notify the Office of the Chief Medical Officer if an individual occupying a Safety Critical Position has a medical condition that, in their opinion, is likely to pose a threat to safe railway operations. **Please write legibly.**

*Les employé(e)s du CN occupant un poste essentiel à la sécurité ferroviaire dirigent ou contrôlent le mouvement des trains. Toute perturbation au niveau du rendement attribuable à un trouble d'ordre médical peut menacer la santé et la sécurité des employés et de la population, et causer des dommages aux biens et à l'environnement. Une attention particulière devrait être dévolue aux conditions médicales pouvant donner lieu à une incapacité soudaine d'ordre mental ou physique, ou à toute condition qui pourrait interférer avec la capacité de l'employé(e) à effectuer ses tâches de façon sécuritaire. Dans le cas de conditions chroniques, soyez conscient que l'incapacité peut survenir de façon graduelle. Veuillez compléter les sections 3, 4 et 5. En vertu de la Loi fédérale sur la sécurité ferroviaire, les médecins et les optométristes ont l'obligation d'aviser le médecin-chef si un individu occupant un poste essentiel à la sécurité présente une condition médicale qui, selon leur opinion, est susceptible de constituer une menace pour la sécurité des opérations. **Veillez écrire de façon lisible.***

**FOR ASSISTANCE REGARDING ANY COMPONENT OF THIS REPORT, CALL:
POUR OBTENIR DE L'AIDE CONCERNANT LE PRÉSENT RAPPORT, TÉLÉPHONEZ AU**

The complete Canadian Railway Medical Rules Handbook can be found online at:
La version intégrale du Manuel du règlement médical des chemins de fer est accessible en ligne:
<https://www.railcan.ca/regulatory-affairs/railway-rules-standards/>

Section 3 - To be completed by the professional - À être complété par le professionnel**GENERAL INFORMATION - INFORMATIONS GÉNÉRALES**

Is the individual a regular patient?
Suivez-vous cette personne de façon régulière?

Yes No
Oui Non

HISTORY OF PRESENT ILLNESS - HISTOIRE DE LA MALADIE ACTUELLE

Date of onset of symptoms - Date d'apparition des symptômes : _____

Diagnosis(es): _____

Diagnostic(s): _____

Current symptoms - Symptômes actuels: _____

• Is there a medical condition that could impact the safety of the railway operations?
Y a-t-il une condition médicale qui pourrait mettre en danger la sécurité des opérations ferroviaires?

Yes No
Oui Non

If yes, please provide details - Si oui, veuillez préciser: _____

TREATMENT - TRAITEMENT

Treatment - Traitement: _____

• Is the individual compliant with treatment recommendations?
La personne respecte-t-elle le traitement prescrit?

Yes No
Oui Non

If no, please provide details - Si non, veuillez préciser: _____

• Is the individual free from treatment side effects?
La personne est-elle exempte d'effets secondaires associés au traitement?

Yes No
Oui Non

If no, please provide details - Si non, veuillez préciser: _____

• Has the individual been assessed (or been followed) by a specialist?
La personne a-t-elle été évaluée (ou suivie) par un spécialiste?

Yes No
Oui Non

If yes, please provide details - Si oui, veuillez préciser: _____

• Has the individual been hospitalized or had a surgical intervention?
La personne a-t-elle été hospitalisée ou subie une intervention chirurgicale?

Yes No
Oui Non

If yes, please provide details - Si oui, veuillez préciser: _____

What is the treatment plan going forward? - Quel est le plan de traitement pour la suite? _____

Follow-up appointment date - Date du prochain suivi: _____

Section 3 - To be completed by the professional (cont'd) - À être complété par le professionnel (suite)

OBJECTIVE EXAMINATION - EXAMEN OBJECTIF

**** Please complete the checked sections - Veuillez compléter toutes les sections cochées ****

A) Visual acuity - Acuité visuelle

Critères:

- Corrected or uncorrected distance acuity not less than 6/9 (20/30) in the better eye
Acuité de loin corrigée ou non corrigée au moins 6/9 (20/30) dans le meilleur œil
- Corrected or uncorrected distance acuity not less than 6/15 (20/50) in the worse eye
Acuité de loin corrigée ou non corrigée au moins 6/15 (20/50) dans l'œil le plus faible
- Corrected or uncorrected near acuity not less than 6/9 (20/30) with both eyes open
Acuité de près corrigée ou non corrigée au moins 6/9 (20/30) avec les deux yeux ouverts

	Distance vision - Vision de loin		Near vision - Vision de près	
	Uncorrected Non corrigée	Best corrected Corrigée	Uncorrected Non corrigée	Best corrected Corrigée
Right eye - Œil droit				
Left eye - Œil gauche				
Both eyes - Deux yeux				
Test - Épreuve				

If new glasses or contact lenses are required to meet the criteria above, have they been prescribed? *Si des nouvelles lunettes ou lentilles cornéennes sont nécessaires pour rencontrer les critères ci-dessus, une prescription a-t-elle été faite?*

- Yes, anticipated date of dispensing - *Oui, date prévue de livraison:* _____
- No, please explain - *Non, veuillez expliquer:* _____

Even if the above criteria are met with or without correction, are there other conditions contributing to the reduction in visual acuity other than uncorrected refractive errors? *Même si les critères ci-dessus sont rencontrés avec ou sans correction, existe-t-il des conditions autres que des erreurs réfractives non corrigées qui contribuent à la diminution de l'acuité visuelle?*

- Yes, clarify diagnosis and management - *Oui, veuillez préciser le diagnostic et le plan de traitement:*

- No - *Non*

If the best corrected visual acuities do not meet the above criteria, please indicate the diagnosis and treatment plan. - *Si les acuités visuelles corrigées ne rencontrent pas les critères ci-dessus, veuillez préciser le diagnostic le plan de traitement.*

**** If the acuity in the better eye meets the above criteria but the one in the worse eye does not, please complete the visual fields (B) and extra-ocular muscle balance (D) sections as well. - *Si l'acuité visuelle dans le meilleur œil rencontre les critères ci-dessus mais que celle dans l'œil le plus faible ne les rencontre pas, veuillez également compléter les sections sur les champs visuels (B) et les muscles extraoculaires (D).* ****

Section 3 - To be completed by the professional (cont'd) - À être complété par le professionnel (suite)

OBJECTIVE EXAMINATION (CONTINUED) - EXAMEN OBJECTIF (SUITE)

B) Visual fields - Champs visuels

Does the examinee meet the following criteria for uninterrupted monocular visual field for each eye separately without correction? *La personne rencontre-t-elle les critères suivants pour le champ visuel monoculaire continu pour chaque œil évalué séparément et sans correction?*

	Right eye - Œil droit		Left eye - Œil gauche	
	Yes/Oui	No/Non	Yes/Oui	No/Non
Horizontal meridian: 120° continuous <i>Méridien horizontal: 120° continu</i>				
Vertical meridian: 90° continuous <i>Méridien vertical: 90° continu</i>				
Oblique meridian: 90° continuous in both 135° and 45° meridians <i>Méridien oblique: 90° continu pour les méridiens 135° et 45°</i>				

If the monocular visual fields do not meet all of the above criteria, please indicate the diagnosis and treatment plan as well as attach the visual field testing report. *Si les champs visuels monoculaires ne rencontrent pas tous les critères ci-dessus, veuillez préciser le diagnostic le plan de traitement et aussi joindre le rapport.*

Indicate test method used - *Veillez spécifier l'épreuve utilisée:*

- Goldmann Humphrey
 Other (specify) - *Autre (spécifier):* _____

C) Colour vision - Vision des couleurs

Version of Ishihara - <i>Version du Ishihara</i>	Plates - <i>Planches</i>	Errors - <i>Erreurs</i>
<input type="checkbox"/> 14 plate edition - <i>Édition 14 planches</i>	1-11 inc.	_____
<input type="checkbox"/> 24 plate edition - <i>Édition 24 planches</i>	1-15 inc.	_____
<input type="checkbox"/> 38 plate edition - <i>Édition 38 planches</i>	1-21 inc.	_____

D) Extra-ocular muscle balance - Muscles extraoculaires

- Is diplopia present within a 30° radius of straight-ahead gaze under daytime or night time viewing conditions? *Y a-t-il présence de diplopie dans un rayon de 30° du regard droit devant dans des conditions de vision diurne ou nocturne?* Yes No
Oui *Non*
- Are there any restrictions of eye movements within 30° of straight-ahead? *Y a-t-il restriction des mouvements oculaires dans un rayon de 30° du regard droit devant?* Yes No
Oui *Non*

If yes to either question, please indicate the diagnosis and treatment plan for the extra-ocular muscle or binocular vision problems. *Si oui à au moins une des questions, veuillez préciser le(s) diagnostic(s) et le plan de traitement.*

E) Retinal exam - Examen de la rétine

Section 4 - Fitness for duty - Aptitude au travail

IMPORTANT : Canadian Railway employees who work in a Safety Critical Position operate or control the movement of trains. Physical and mental fitness is mandatory. Impaired performance due to a medical condition could result in a significant incident affecting the health and safety of employees, the public, property or the environment. **Your opinion on this individual's fitness to work in a Safety Critical Position would be appreciated.**

IMPORTANT : Les employé(e)s occupant un poste essentiel à la sécurité ferroviaire dirigent ou contrôlent le mouvement des trains. Toute perturbation au niveau du rendement attribuable à un trouble d'ordre médical peut menacer la santé et la sécurité des employés et de la population, et causer des dommages aux biens et à l'environnement. **Votre opinion par rapport à l'aptitude de la personne à occuper un poste essentiel à la sécurité ferroviaire serait appréciée.**

In your professional opinion, is the examined individual medically fit for duty in a Safety Critical Position? - Selon votre opinion professionnelle, la personne examinée est-elle apte à occuper un poste essentiel à la sécurité ferroviaire?

Yes - Oui No - Non

Restrictions (including physical restrictions) and/or comments - Restrictions (incluant restrictions physiques) et/ou commentaires :

Do you wish to discuss your patient's condition with the Office of the Chief Medical Officer?
Souhaiteriez-vous discuter de ce cas avec le bureau du médecin-chef?

Yes No
Oui Non

Section 5 - Professional's statement and information - Déclaration du professionnel et renseignements

This report will be used to make an assessment on this employee's fitness for duty and constitutes a third party service. In completing this report, please be thorough and write legibly. If you have any questions regarding any components of this report, call the toll-free number listed at the bottom of the first page.

Ce rapport servira à évaluer l'aptitude au travail de cette personne, et constitue un service fourni par une tierce partie. Lorsque vous remplirez ce formulaire, veuillez vous assurer de bien remplir toutes les rubriques et d'écrire lisiblement. Pour toutes questions concernant le contenu de ce formulaire, veuillez nous contacter au numéro sans frais mentionné au bas de la première page.

I certify that the information documented in this report is, to the best of my knowledge, correct.
J'atteste que les renseignements contenus dans ce rapport sont, en autant que je sache, exacts.

Date of examination - Date de l'examen : _____

Name of professional - Nom du professionnel : _____

Please print - En lettres moulées

Address and telephone number - Adresse et numéro de téléphone :

Specialist - Spécialiste

Specify - Spécifier: _____

Other - Autre

Specify - Spécifier: _____

Signature: _____

Date (Y-A/M/D-J): _____

Section 8 – Troubles convulsifs

LIGNES DIRECTRICES MÉDICALES RELATIVES À L'EMPLOI, DANS UN POSTE ESSENTIEL À LA SÉCURITÉ FERROVIAIRE CANADIENNE, DE PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES CONVULSIFS

1	INTRODUCTION.....	54
2	PRINCIPAUX POINTS À EXAMINER	54
3	DÉFINITIONS.....	54
4	CRITÈRES MÉDICAUX D'APTITUDE AU TRAVAIL (VOIR L'ANNEXE II)	55
4.1	CRISE UNIQUE (ISOLÉE) ET NON PROVOQUÉE AVANT QU'UN DIAGNOSTIC NE SOIT PORTÉ	55
4.2	ÉPILEPSIE	56
4.2.1	<i>Diagnostic d'épilepsie</i>	<i>56</i>
4.2.2	<i>Après chirurgie pour traiter une épilepsie réfractaire</i>	<i>56</i>
4.2.3	<i>Avec crises épileptiques survenant en relation avec le sommeil seulement</i>	<i>56</i>
4.2.4	<i>Avec crises épileptiques partielles simples (incluant les auras)</i>	<i>56</i>
4.2.5	<i>Retrait de la médication antiépileptique</i>	<i>56</i>
4.2.6	<i>Changement de la médication antiépileptique (nouvelle médication).....</i>	<i>56</i>
4.3	DANS LE CAS DE CRISES ÉPILEPTIQUES AUTRES QUE L'ÉPILEPSIE	56
4.3.1	<i>Crises symptomatiques aiguës</i>	<i>56</i>
4.4	AUTRES CRITÈRES D'EXCLUSION TEMPORAIRE DES POSTES ESSENTIELS À LA SÉCURITÉ FERROVIAIRE APPLICABLES AUX PERSONNES SOUFFRANT D'ÉPILEPSIE	57
4.5	CRITÈRES D'EXCLUSION PERMANENTE	57
5	CRITÈRES DE SURVEILLANCE AVANT QU'UN EMPLOYÉ OCCUPE UN POSTE ESSENTIEL À LA SÉCURITÉ FERROVIAIRE ET APRÈS LE RETOUR À DE TELLES FONCTIONS.....	57
6	ÉVALUATION INDIVIDUELLE.....	57
	ANNEXE I – RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR LES TROUBLES CONVULSIFS.....	58
	ANNEXE II – CRITÈRES D'APTITUDE AU TRAVAIL	59
	ANNEXE III – RAPPORT MÉDICAL DU NEUROLOGUE POUR LES EMPLOYÉS SOUFFRANT DE TROUBLES CONVULSIFS	61

1 Introduction

Les cheminots canadiens occupant un poste essentiel à la sécurité ferroviaire (PES) ont la responsabilité d'assurer la conduite des trains et le contrôle de la circulation ferroviaire. Une bonne santé physique et mentale est donc impérative. Toute perturbation au niveau du rendement attribuable à un trouble médical pourrait provoquer un incident qui mettrait en danger la santé et la sécurité des employés et de la population et causer des dommages aux biens et à l'environnement. Toute défaillance qui affecterait la vigilance, le jugement ou les fonctions motrices ou sensorielles d'un employé pourrait menacer sérieusement la sécurité.

Bien que le pronostic global pour le contrôle des crises épileptiques soit excellent, c'est-à-dire des périodes de rémission de 5 ans chez environ 70 % des patients, une crise épileptique est un trouble pouvant causer des défaillances soudaines et imprévisibles des fonctions énumérées dans le premier paragraphe. Chaque personne souffrant de crise épileptique présente des incapacités différentes. Une évaluation complète de chacun des cas est donc requise afin d'estimer le risque de récurrence des crises épileptiques et le danger pour la sécurité en cas de crise. La notion de « risque significatif » ne peut être précisément établie. Comme il n'existe pas de milieu sans risque, il est très probable qu'un jour une personne qui n'a pas d'antécédent de crise convulsive soit victime d'une première crise au travail.

Des renseignements généraux sur les troubles convulsifs sont fournis à l'*Annexe I*.

2 Principaux points à examiner

Les principaux points qui devraient être examinés avant d'affecter un employé souffrant de crises épileptiques à un PES sont les suivants :

- l'histoire médicale et les résultats de l'investigation
- la nature du trouble épileptique,
- le résultat des examens,
- le respect du régime thérapeutique
- les effets du traitement
- la nature du traitement
- la médication antiépileptique,
- la chirurgie,
- le retrait de la médication
- la nature de l'emploi

3 Définitions

Dans le contexte du présent document, les définitions retenues pour les troubles convulsifs sont celles de la Ligue internationale contre l'épilepsie⁷:

- La **crise épileptique** désigne une manifestation clinique caractérisée par une décharge provenant de l'activation anormale d'un grand nombre de neurones cérébraux. La manifestation clinique constitue un phénomène anormal, soudain et transitoire qui peut comprendre une altération de l'état de conscience et des troubles moteurs, sensoriels,

⁷ Epilepsia, 38 (5): 614-618, 1997

neurovégétatifs ou psychiques observés par le patient ou par une personne de l'entourage.

- L'**épilepsie** est un trouble du cerveau caractérisé par une prédisposition persistante (mais pas nécessairement permanente, comme dans les épilepsies chez l'enfant) à générer des crises épileptiques et par les conséquences d'ordre neurobiologiques, cognitives, psychologiques et sociales de cette condition. La définition de l'épilepsie exige au moins un événement de nature épileptique⁸. Souvent, il faut plus d'une crise pour être en mesure de porter le diagnostic d'épilepsie. Cependant, l'investigation peut montrer qu'il existe une bonne raison de croire qu'une autre crise va vraisemblablement se produire comme la présence d'activité épileptiforme sur un EEG. Plusieurs autorités retiendront un diagnostic d'épilepsie en pareils cas.
- La **crise épileptique unique (isolée)** désigne une ou plusieurs crises épileptiques survenant au cours d'une période de 24 heures sans récurrence ultérieure.
- Les **crises épileptiques non provoquées** désignent les crises qui surviennent en relation avec une affection antérieure bien identifiée ayant affecté le système nerveux central (SNC) de façon substantielle augmentant le risque de crises épileptiques. Ces conditions comprennent les lésions non progressives (statiques) comme les séquelles d'infection, de traumatisme cérébral ou de maladies vasculaires cérébrales et les troubles progressifs du SNC.
- Les **crises convulsives symptomatiques aiguës** désignent des crises ayant un lien temporel étroit avec une agression systémique, métabolique ou toxique aiguë ou qui survient à la suite d'une agression grave du SNC, telle qu'une infection, un accident vasculaire cérébral, un traumatisme crânien, une hémorragie intracérébrale, un sevrage ou une intoxication alcoolique aiguë. Ces crises sont souvent isolées et associées à une affection aiguë, mais peuvent également se reproduire et même évoluer vers un état de mal épileptique lorsque l'affection aiguë revient, p. ex. les crises de sevrage alcoolique.
- Les **crises partielles simples** désignent des crises avec manifestation clinique partielle au cours desquelles la vigilance et la capacité d'interagir avec l'entourage sont conservées.
- Les **crises partielles complexes** désignent des crises avec manifestation clinique partielle au cours desquelles une altération de l'état de conscience, de l'amnésie ou de la confusion est signalée.
- Les **auras** sont un type de crise partielle simple subtile pouvant annoncer l'apparition d'une crise pouvant devenir cliniquement observable.

4 Critères médicaux d'aptitude au travail (voir l'annexe II)

4.1 Crise unique (isolée) et non provoquée avant qu'un diagnostic ne soit porté

- Cesser toute activité à risque pour la sécurité
- Obtenir une évaluation neurologique, dont un EEG (éveil et sommeil) et un examen par imagerie approprié
- Si le diagnostic d'épilepsie n'est pas retenu : retour au travail en l'absence de crise pendant 12 mois
- Si un diagnostic d'épilepsie est retenu : voir 4.2.1.

⁸ Epilepsia, 46 (4): 470-472, 2005

4.2 Épilepsie

4.2.1 Diagnostic d'épilepsie

- Absence de crise pendant 5 ans avec ou sans médication
- Absence d'activité épileptiforme sur un EEG fait durant la période de 6 mois précédant le retour au travail
- À la suite du retour au travail : pas d'heures supplémentaires ni quart de travail rotatoire pouvant entraîner une privation de sommeil ou la probabilité d'un dérangement des habitudes de sommeil

4.2.2 Après chirurgie pour traiter une épilepsie réfractaire

- Absence de crise pendant 5 ans avec médication ou pendant 3 ans sans médication
- Absence d'activité épileptiforme sur un EEG fait durant la période de 6 mois précédant le retour au travail

4.2.3 Avec crises épileptiques survenant en relation avec le sommeil seulement

- Absence d'incapacité post-ictale en situation d'éveil
- Traitement avec une médication antiépileptique
- Cinq années sans crises convulsives avec ou sans médicaments

4.2.4 Avec crises épileptiques partielles simples (incluant les auras)

- Absence d'incapacité significative des fonctions cognitives, sensorielles et motrices
- Traitement avec une médication antiépileptique
- État clinique stable pendant 3 ans

4.2.5 Retrait de la médication antiépileptique

- Cesser toute activité à risque pour la sécurité dès le commencement du retrait
- Retour au travail pas moins de 6 mois sans crise après le retrait complet
- Absence d'activité épileptiforme sur un EEG fait un minimum de 6 mois après le retrait
- En cas de récurrence des crises, retour au travail pas moins de 6 mois sans crise après introduction de la médication antérieure efficace

4.2.6 Changement de la médication antiépileptique (nouvelle médication)

- Cessation de toute activité à risque pour la sécurité
- Retour au travail pas moins de 6 mois sans crise après avoir recommencé et ajusté une médication efficace
- Absence de récurrence sous la nouvelle médication
- La nouvelle médication est bien tolérée
- Absence d'activité épileptiforme sur un EEG obtenu sous une dose thérapeutique de la nouvelle médication
- En cas de récurrence des crises, retour au travail pas moins de 6 mois sans crise après introduction et ajustement d'une médication efficace

4.3 Dans le cas de crises épileptiques autres que l'épilepsie

4.3.1 Crises symptomatiques aiguës

- Absence de crise pendant 12 mois

- Facteur déclencheur clairement identifié, éliminé ou ayant peu de chance de réapparaître
- Absence d'activité épileptiforme sur un EEG fait au cours de la période de 6 mois précédant le retour au travail

4.4 Autres critères d'exclusion temporaire des postes essentiels à la sécurité ferroviaire applicables aux personnes souffrant d'épilepsie

- Non-respect du traitement
- Taux sanguins des antiépileptiques inadéquats, à moins d'explications fournies par le neurologue traitant
- Effets secondaires des antiépileptiques qui pourraient affecter le rendement au travail de manière significative

4.5 Critères d'exclusion permanente

- Crises épileptiques non provoquées causées par des troubles évolutifs du système nerveux central
- Non-respect répété du traitement incluant les cas de crises épileptiques symptomatiques aiguës dues à des causes identifiables comme un sevrage alcoolique ou l'usage de drogues

5 Critères de surveillance avant qu'un employé occupe un poste essentiel à la sécurité ferroviaire et après le retour à de telles fonctions

- Au cours des 3 mois précédant le retour au travail
 - Évaluation par un neurologue et production d'un rapport écrit
- Après le retour au travail
 - Évaluation annuelle par un neurologue avec production d'un rapport écrit. La durée du suivi sera déterminée sur une base de « cas par cas » à la discrétion du neurologue traitant

6 Évaluation individuelle

Les personnes souffrant d'un trouble épileptique doivent être évaluées en fonction des qualités requises pour un poste défini. La nature de leurs tâches et de leurs responsabilités associées à leur poste essentiel à la sécurité ferroviaire doit être évaluée attentivement avant que soit prise une décision sans appel sur leur aptitude au travail. Dans un cas particulier, le médecin-chef peut retenir des critères d'aptitude différents si, après consultation avec un neurologue, il y a indication que les présents critères d'aptitude ne devraient pas être appliqués.

ANNEXE I – Renseignements généraux sur les troubles convulsifs

Au niveau international, il est généralement admis que la période d'absence de crise épileptique constitue la principale préoccupation lors de l'évaluation du risque de récurrence chez les personnes souffrant de crises épileptiques.

Le risque lié à une récurrence de crise épileptique chez les employés occupant un poste essentiel à la sécurité (PES) au sein de l'industrie ferroviaire canadienne n'a pas fait l'objet d'études, mais il ne devrait pas être plus grand que pour les conducteurs professionnels de véhicules moteurs au Canada.

Dans le cas de l'épilepsie, l'Association médicale canadienne recommande une période de 5 ans sans crise pour la conduite commerciale⁹.

En 1996, les participants à un atelier représentant tous les membres de l'Union européenne ont convenu que les chauffeurs souffrant d'épilepsie pouvaient être déclarés aptes lorsque le risque de récurrence d'une crise épileptique au cours de l'année suivante n'était pas plus grand que 2%. Une interdiction de conduire de 5-10 ans était considérée comme acceptable pour un chauffeur n'ayant présenté aucune crise pendant cette période alors qu'il ne prenait aucune médication et qu'il n'existait aucune évidence d'anomalies épileptiformes. Dans le cas d'un chauffeur ayant présenté une crise épileptique isolée sans cause identifiable, avec examen neurologique normal et un EEG normal sans médication, une période sans crise épileptique de 2-5 ans était considérée comme acceptable.

Les études européennes de Chadwick et de van Donselaar sur les conducteurs professionnels¹⁰ ont également démontré qu'une période de 5 ans sans crise épileptique était nécessaire pour obtenir un risque faible de récurrence de crise épileptique (2 % ou moins). Cette exigence a été maintenue dans le rapport du 3 avril 2005 du Deuxième groupe de travail européen sur l'épilepsie et la conduite¹¹.

Dans le dernier rapport, il est également mentionné que pour les crises épileptiques provoquées, le risque de récurrence n'est pas connu. Dans certaines situations comme dans le cas de crises épileptiques provoquées par une médication ou par une maladie de nature métabolique qui pourraient être traitées et ne pas récidiver, la capacité de conduire pourrait être envisagée plus rapidement. Dans d'autres, comme dans le cas de privation de sommeil ou l'usage d'alcool, une évaluation individuelle est nécessaire. Certaines affections cérébrales comme un traumatisme cérébral sévère ou une infection bactérienne ou virale du cerveau sont à haut risque de provoquer une crise épileptique. Dans ces situations, une interdiction préventive de conduire est à envisager sur une base de cas par cas.

Les présentes lignes directrices reflètent la libéralisation progressive des règles internationales au cours des 50 dernières années concernant les crises épileptiques et les activités de travail, ce qui a fait en sorte de diminuer les exigences d'une période sans crise épileptique.

⁹ Évaluation médicale de l'aptitude à conduire, Guide du médecin, AMC, 7e édition

¹⁰ Épilepsie et conduite : Une vision européenne, Arthur E.H. Sonnen, juin 1007, pages 85-99

¹¹ Épilepsie et conduite en Europe: Rapport du deuxième groupe de travail européen sur l'épilepsie et la conduite, 3 avril 2005

ANNEXE II – Critères d’aptitude au travail

Diagnostic		Critères
1	Crise unique (isolée), non provoquée, avant qu’un diagnostic ne soit porté	<ul style="list-style-type: none"> • Cesser toute activité à risque pour la sécurité. • Obtenir une évaluation neurologique incluant un EEG (éveil et sommeil) et un examen par imagerie approprié. • Si le diagnostic d’épilepsie n’est pas retenu: retour au travail si absence de crise pendant 12 mois. • Si un diagnostic d’épilepsie est retenu : voir 4.2.1.
2	a) Diagnostic d’épilepsie	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de crise pendant 5 ans avec ou sans médication. • Absence d’activité épileptiforme sur un EEG fait durant la période de 6 mois précédant le retour au travail. • À la suite du retour au travail : pas d’heures supplémentaires ni quart de travail rotatoire pouvant entraîner une privation de sommeil ou la probabilité d’un dérangement des habitudes de sommeil.
	b) Après chirurgie pour traiter une épilepsie réfractaire	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de crise pendant 5 ans avec médication ou pendant 3 ans avec médication • Absence d’activité épileptiforme sur un EEG fait durant la période de 6 mois précédant le retour au travail
	c) Crises survenant seulement en relation avec le sommeil	<ul style="list-style-type: none"> • Absence d’incapacité post-ictale en situation d’éveil • Traitement avec une médication antiépileptique • Cinq années sans crises convulsives ou sans médicaments
	d) Crises partielles simples (dont les auras)	<ul style="list-style-type: none"> • Absence d’incapacité significative des fonctions cognitives, sensorielles et motrices • Traitement avec une médication antiépileptique • État clinique stable pendant 3 ans

	e) Retrait de la médication antiépileptique	<ul style="list-style-type: none"> • Cesser toute activité à risque pour la sécurité dès le commencement du retrait • Retour au travail pas moins de 6 mois sans crise après le retrait complet • Absence d'activité épileptiforme sur un EEG fait un minimum de 6 mois après le retrait complet • Si récurrence des crises, retour au travail pas moins de 6 mois sans crise après introduction de la médication antérieure efficace
	f) Changement de la médication antiépileptique (nouvelle médication)	<ul style="list-style-type: none"> • Cesser toute activité à risque pour la sécurité • Retour au travail pas moins de 6 mois sans crise après la reprise et l'équilibrage de la médication efficace • Absence de récurrence sous la nouvelle médication • La nouvelle médication est bien tolérée • Absence d'activité épileptiforme sur un EEG obtenu sous une dose thérapeutique de la nouvelle médication • Si récurrence des crises, retour au travail pas moins de 6 mois sans crise après introduction et ajustement d'une médication efficace
3	Crise symptomatique aiguë	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de crise pendant 12 mois • Facteur déclencheur clairement identifié, éliminé ou ayant peu de chance de réapparaître • Absence d'activité épileptique sur un EEG fait au cours de la période de 6 mois précédant le retour au travail

ANNEXE III – Rapport médical du neurologue pour les employés souffrant de troubles convulsifs

PARTIE 1 - RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ

(À REMPLIR PAR L'EMPLOYÉ)

Matricule : _____		
Nom : _____		Date de naissance : _____
Adresse : _____		
_____		Téléphone : Maison () _____
_____		Travail () _____
Code postal : _____		
Nom du superviseur : _____		
Consentement de l'employé pour la transmission des renseignements médicaux au bureau du médecin-chef		
Je, soussigné, reconnais que j'occupe un poste essentiel à la sécurité.		
Je déclare que les renseignements que j'ai fournis et que je fournirai au médecin remplissant le présent rapport sont véridiques et complets. Je reconnais que si je fournis des renseignements que je sais faux, je pourrais faire l'objet, de la part de la compagnie ferroviaire, de mesures administratives pouvant aller jusqu'au congédiement.		
J'autorise également le neurologue examinateur à transmettre au médecin-chef de la compagnie ferroviaire tout renseignement médical relatif à ma condition neurologique passée ou présente. J'autorise également les représentants du bureau du médecin-chef à discuter de tout aspect de la présente évaluation. Je reconnais que ces renseignements seront révisés aux fins d'évaluer mon aptitude au travail. Ce consentement est valide pour six mois à compter de la date de signature.		
_____	_____	_____
Témoin	Signature du candidat/de l'employé	Date

PARTIE 2 - DÉCLARATION DU MÉDECIN, RENSEIGNEMENTS ET DIRECTIVES POUR PRÉPARER CE RAPPORT

Cette personne souffre d'un trouble épileptique. Le présent rapport servira à établir son aptitude au travail et constitue un service fourni par un tiers. En remplissant ce rapport, veuillez prendre soin de bien remplir toutes les rubriques et écrire lisiblement. Si vous avez des questions au sujet d'un élément quelconque de ce formulaire, veuillez nous contacter au numéro sans frais apparaissant plus bas.	
Nom du candidat/de l'employé : _____	J'atteste que les renseignements que j'ai colligés dans ce rapport sont, à ma connaissance, exacts.
Date de l'examen auquel ce rapport fait référence : _____	_____
Nom du médecin : _____	Signature du médecin
Caractères d'imprimerie	[] Médecin de famille
Adresse : _____	[] Spécialiste en _____
Ville/Province : _____	Téléphone : () _____
Code postal : _____	Télec. : () _____

Le contenu de ce rapport est la propriété de la compagnie ferroviaire.
Ce rapport peut être envoyé par courrier ordinaire ou par messenger à :

VOUS POUVEZ OBTENIR DE L'AIDE EN COMPOSANT
SANS FRAIS LE 1 -xxx-xxx-xxxx

--

PARTIE 3 - À REMPLIR PAR LE NEUROLOGUE

A : Diagnostic

Depuis quand la personne examinée est-il votre patient? _____
Date de la première crise : A: _____ M: _____ J: _____
Date de la dernière crise : A: _____ M: _____ J: _____
Décrivez le prodrome, la symptomatologie pré/post ictale et la durée : _____ _____
Diagnostic (selon la Classification internationale): _____ _____

Décrire les facteurs précipitants : _____ _____
Hors des crises convulsives, cette personne présente-t-elle d'autres symptômes ou signes neurologiques ? Oui : ___ Non : ___ Si « oui », veuillez donner des détails : _____ _____
Y a-t-il d'autres troubles médicaux qui pourraient mettre en danger la sécurité ferroviaire ? Oui : ___ Non : ___ Si « oui », veuillez donner des détails : _____ _____

B : Traitement

Traitement actuel : _____	
Cette personne respecte-t-elle le traitement prescrit ?	Oui : _____ Non : _____
Cette personne est-elle exempte d'effets secondaires associés au traitement ?	Oui : _____ Non : _____
Si « non », veuillez donner des détails : _____ _____	
Cette personne a-t-elle été adéquatement renseignée sur les différents aspects de sa condition ? Oui : _____ Non : _____ Si « non », quelles seraient vos recommandations ?	

Cette personne a-t-elle déjà subi une chirurgie pour sa condition ? Oui : _____ Non : _____

Si « oui », veuillez préciser la date et décrire la procédure chirurgicale :

C : Examen neurologique

Est-ce que la personne examinée est actuellement exempte de signes neurologiques anormaux ? Oui : _____ Non : _____

Si « non », veuillez fournir des détails :

D : Rapports complémentaires

IMPORTANT

1 - Le résultat d'un EEG éveil/sommeil effectué au cours des derniers 6 mois **doit** être annexé au présent rapport médical.

2 - Veuillez annexer une copie de tous les dosages sanguins de médicaments antiépileptiques effectués au cours de la dernière année.

E: Aptitude au travail

Le médecin-chef apprécierait obtenir votre opinion professionnelle sur l'aptitude au travail de la personne examinée dans un poste essentiel à la sécurité du public, à celle des autres employés et à la sienne.

Commentaires :

Dans le but d'évaluer la capacité de la personne examinée d'occuper un poste essentiel à la sécurité au sein de l'industrie ferroviaire canadienne, recommanderiez-vous que l'intéressé soit évalué médicalement par un médecin désigné par la compagnie ferroviaire? Oui : ___ Non : _____

F: Identification du médecin

Nom : _____ Date de l'examen : A _____ M : _____ J : _____

Adresse complète : Rue : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Téléc. : _____

Signature

Date : A : _____ M : _____ J : _____

Section 9 – Troubles mentaux

LIGNES DIRECTRICES SUR L'APTITUDE MÉDICALE AU TRAVAIL POUR L'EMPLOI DE PERSONNES SOUFFRANT DE TROUBLES MENTAUX DANS DES POSTES ESSENTIELS À LA SÉCURITÉ AU SEIN DE L'INDUSTRIE FERROVIAIRE CANADIENNE

1	INTRODUCTION.....	65
2	CONSIDÉRATIONS SUR L'APTITUDE MÉDICALE AU TRAVAIL.....	65
3	DÉFINITIONS.....	66
4	APTITUDE MÉDICALE AU TRAVAIL POUR DES TROUBLES MENTAUX PARTICULIERS.....	66
4.1	TROUBLES DU DÉVELOPPEMENT NEUROLOGIQUE.....	66
4.1.1	<i>Trouble de déficit de l'attention/hyperactivité.....</i>	<i>66</i>
4.2	SPECTRE DE LA SCHIZOPHRÉNIE ET AUTRES TROUBLES PSYCHOTIQUES.....	67
4.2.1	<i>Trouble délirant.....</i>	<i>67</i>
4.2.2	<i>Trouble psychotique bref.....</i>	<i>68</i>
4.3	TROUBLES BIPOLAIRES ET APPARENTÉS.....	69
4.3.1	<i>Trouble bipolaire.....</i>	<i>69</i>
4.3.2	<i>Trouble bipolaire 2.....</i>	<i>70</i>
4.4	TROUBLES DÉPRESSIFS.....	71
4.4.1	<i>Trouble dépressif majeur.....</i>	<i>71</i>
4.4.2	<i>Trouble dépressif persistant (dysthymie).....</i>	<i>72</i>
4.5	TROUBLES D'ANXIÉTÉ.....	73
4.5.1	<i>Phobie spécifique.....</i>	<i>73</i>
4.5.2	<i>Trouble panique.....</i>	<i>73</i>
4.5.3	<i>Trouble anxieux généralisé.....</i>	<i>74</i>
4.6	TROUBLES OBSESSIONNELS-COMPULSIFS ET TROUBLES APPARENTÉS.....	75
4.6.1	<i>Trouble obsessionnel-compulsif.....</i>	<i>75</i>
4.7	TROUBLES TRAUMATIQUES OU LIÉS AU STRESS.....	76
4.7.1	<i>État de stress post-traumatique.....</i>	<i>76</i>
4.7.2	<i>État de stress aigu.....</i>	<i>77</i>
4.7.3	<i>Trouble d'adaptation.....</i>	<i>78</i>
4.8	TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION DE SUBSTANCES ET TROUBLES DE DÉPENDANCE.....	79
4.9	TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ.....	79
5	CONTRE-INDICATIONS À L'EMPLOI DANS UN POSTE ESSENTIEL À LA SÉCURITÉ (PES) ...	80

1 Introduction

Les cheminots canadiens occupant un poste essentiel à la sécurité ferroviaire (PES) ont la responsabilité d'assurer la conduite des trains et le contrôle de la circulation ferroviaire. Une bonne santé physique et mentale est donc impérative. Toute perturbation du rendement attribuable à un trouble médical pourrait menacer la santé et la sécurité des employés et de la population, et causer des dommages aux biens et à l'environnement.

Les présentes lignes directrices sur l'aptitude médicale au travail donnent un aperçu de divers troubles mentaux nommés et décrits dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 5e édition (DSM-5) de l'Association américaine de psychiatrie. Le DSM-5 intègre des critères diagnostiques pour des troubles mentaux particuliers. De plus, il fournit aussi une précieuse information sous les sous-titres suivants :

- Caractéristiques diagnostiques
- Caractéristiques associées justifiant un diagnostic
- Prévalence
- Développement et évolution
- Facteurs de risque et facteurs pronostiques
- Questions diagnostiques liées à la culture
- Questions diagnostiques liées au genre
- Risque de suicide
- Conséquences fonctionnelles
- Diagnostic différentiel
- Comorbidité

Si une personne est atteinte d'un trouble mental qui n'est pas abordé dans les présentes lignes directrices, l'aptitude médicale au travail sera déterminée par le médecin-chef de la compagnie de chemin de fer et guidée en partie par les considérations mentionnées à l'article 2 qui suit.

2 Considérations sur l'aptitude médicale au travail

Les éléments ci-après devraient être pris en compte au moment de l'évaluation de l'aptitude médicale au travail d'une personne occupant un poste essentiel à la sécurité (PES) :

- La présence d'un trouble mental au sens défini dans le DSM-5.
- La durée, l'évolution et la gravité du trouble mental.
- La durée, l'évolution et la gravité de tout trouble mental antérieur.
- Le degré du trouble actuel du comportement ou de l'humeur.
- Le degré de diminution des fonctions suivantes : vigilance, attention, cognition, concentration, introspection et mémoire, tel qu'il est lié au trouble mental ou aux médicaments utilisés dans son traitement
- L'observance par la personne des recommandations de traitement.
- La probabilité de récurrence ou de récidence du trouble mental ou d'un trouble mental connexe.
- Le potentiel pour une diminution aiguë ou graduelle des fonctions.
- La prévisibilité et la fiabilité de la personne

- Une comorbidité qui pourrait entraîner la récurrence d'un trouble mental.

3 Définitions

L'expression « **en rémission** » s'entend de l'absence de signes ou de symptômes importants associés à un trouble mental particulier. Si des signes ou des symptômes sont présents, quels qu'ils soient, ils n'affectent pas l'aptitude de la personne à exécuter ses tâches d'une manière sécuritaire et prévisible.

4 Aptitude médicale au travail pour des troubles mentaux particuliers

Les lignes directrices qui suivent sur l'aptitude médicale au travail incluent une description, des considérations sur cette aptitude et son évaluation ainsi que des directives sur la surveillance médicale de troubles mentaux particuliers. Pour faciliter la consultation, on utilise les titres et sous-titres des chapitres du DSM-5.

La version précédente des présentes lignes directrices sur l'aptitude médicale au travail était basée sur le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4e édition (DSM-4) de l'Association américaine de psychiatrie, prédécesseur du DSM-5. Par conséquent, il y aurait lieu de tenir compte du fait que les personnes présentant un trouble mental en ont peut-être reçu le diagnostic en vertu des critères du DSM-4.

4.1 Troubles du développement neurologique

4.1.1 Trouble de déficit de l'attention/hyperactivité

Description

Le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) est présent dès l'enfance et peut persister jusque dans les années adultes. En l'absence de nouveaux dommages organiques, il ne se présente pas de novo chez l'adulte. Les critères d'un TDAH sont les suivants : inattention caractérisée par de l'impatience, fautes d'étourderie, difficulté à soutenir son attention, manque apparent d'écoute quand on nous adresse la parole directement, ne pas suivre des instructions ni terminer ses tâches, difficulté à organiser des tâches, évitement ou réticence à s'engager dans des tâches qui exigent un effort mental soutenu, tendance à perdre ou à égarer des choses nécessaires à l'exécution de la tâche, tendance à être facilement distrait par des stimuli externes et, enfin, l'oubli.

Chez l'adulte, d'autres symptômes peuvent aussi être constatés, notamment les suivants : agitation et nervosité, tendance à bouger constamment, difficulté à rester assis, parler de façon excessive et laisser échapper des réponses, interrompre ou compléter les propos d'autres personnes, tendance à ne pas attendre son tour lors d'une activité, tendance à interrompre le discours ou l'activité d'autres personnes.

Aptitude médicale au travail

Les personnes atteintes d'un trouble de déficit de l'attention/hyperactivité peuvent être considérées comme médicalement aptes au travail dans un PES, pourvu que les conditions ci-après soient respectées :

- 1) Le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité de la personne est en rémission. Si des signes ou des symptômes sont présents, quels qu'ils soient, ils n'affectent pas l'aptitude de la personne à exécuter ses tâches d'une manière sécuritaire et prévisible.

Évaluation de l'aptitude médicale au travail

Dans le cadre d'une évaluation de leur aptitude médicale au travail, les personnes présentant ou ayant présenté un trouble de déficit de l'attention/hyperactivité devraient être évaluées par un médecin et, à la discrétion du médecin-chef de la compagnie de chemin de fer, par un psychiatre. L'évaluation devrait porter sur la vigilance, l'attention, la concentration, l'introspection, le jugement, la mémoire, l'humeur et la fonction psychomotrice de l'intéressé, ainsi que sur les effets indésirables des médicaments. Le médecin-chef de la compagnie de chemin de fer devrait recevoir un rapport écrit exprimant une opinion sur l'aptitude de la personne évaluée à travailler dans un PES et indiquant toute limitation fonctionnelle ou restriction au travail.

Surveillance de l'aptitude médicale au travail

Le besoin d'une surveillance de l'aptitude médicale au travail, les rapports de suivi et la fréquence de leur présentation seront à la discrétion du médecin-chef de la compagnie de chemin de fer.

4.2 Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques

4.2.1 Trouble délirant

Description

Le délire (ne pas confondre avec le délirium) est une croyance erronée à laquelle une personne souscrit. Dans le trouble délirant, la pensée de l'intéressé et ses interactions avec les gens sont appropriées, sauf quand elles sont déformées par le délire. La personne peut aussi présenter des signes d'hallucinations, avoir des sensations sur la peau ou entendre des voix sans la présence du stimulus sensoriel correspondant. Les délires peuvent être de nombreux types.

Dans le type érotomane, l'intéressé se croit l'objet de l'amour d'une autre personne et agit en conséquence. Dans le type grandiose, il croit posséder un grand talent ou une grande perspicacité (qui ne sont toutefois pas reconnus). Dans le type persécutoire, l'intéressé se croit l'objet d'une conspiration, trompé, épié, suivi ou visé d'autres manières par des ingérences malicieuses. Il existe aussi d'autres types de délire. Le trouble est important en ce que la puissance du délire peut amener la personne à avoir des comportements inappropriés et imprévisibles. Le trouble se manifeste le plus souvent en milieu de vie et revêt alors un caractère chronique, ayant tendance à se poursuivre tout au long de la vie de l'intéressé.

Évaluation de l'aptitude médicale au travail

En général, les personnes présentant ou ayant déjà présenté un diagnostic de trouble délirant ne peuvent travailler dans un PES, en raison de préoccupations liées à la prévisibilité. Exceptionnellement, des personnes atteintes d'un tel trouble peuvent être considérées comme aptes à travailler dans un PES, pourvu que les conditions suivantes soient respectées :

- 1) Le trouble délirant de la personne est en rémission depuis une période continue de trois ans. Si des signes ou des symptômes sont présents, quels qu'ils soient, ils n'affectent pas l'aptitude de la personne à exécuter ses tâches d'une manière sécuritaire et prévisible. Le médecin-chef de la compagnie de chemin de fer peut prolonger cette période de trois ans si des preuves médicales le justifient.
- 2) Il a été constaté, depuis au moins 12 mois consécutifs, que l'intéressé effectuait des tâches non essentielles à la sécurité d'une manière acceptable.

Évaluation de l'aptitude médicale au travail

Dans le cadre d'une évaluation de leur aptitude médicale au travail, les personnes présentant un diagnostic de trouble délirant devraient être évaluées par un psychiatre.

L'évaluation devrait porter sur la vigilance, l'attention, la concentration, l'introspection, le jugement, la mémoire, l'humeur et la fonction psychomotrice de l'intéressé, ainsi que sur les effets indésirables des médicaments. Le médecin-chef de la compagnie de chemin de fer devrait recevoir un rapport écrit exprimant une opinion sur l'aptitude de la personne évaluée à travailler dans un PES et indiquant toute limitation fonctionnelle ou restriction au travail.

Surveillance de l'aptitude médicale au travail

Le besoin d'une surveillance de l'aptitude médicale au travail, les rapports de suivi et la fréquence de leur présentation seront à la discrétion du médecin-chef de la compagnie de chemin de fer.

4.2.2 Trouble psychotique bref

Description

Dans un trouble psychotique bref, un certain nombre de symptômes et de signes peuvent être présents : délires, hallucinations, désorganisation du discours et comportement grossièrement désorganisé. L'épisode doit durer au moins une journée, mais moins d'un mois, et, pour que la définition d'un trouble psychotique bref s'y applique, il doit être constaté que la personne est retournée à son niveau prémorbide de fonctionnement. Le trouble ne devrait pas résulter d'une situation traumatique majeure vécue par l'intéressé, comme un accident automobile ou un tremblement de terre, qui pourraient temporairement déstabiliser et désorganiser toute personne normale.

Évaluation de l'aptitude médicale au travail

Les personnes présentant un diagnostic de trouble psychotique bref peuvent être considérées comme médicalement aptes au travail dans un PES, pourvu que les conditions ci-après soient respectées :

- 1) Le trouble psychotique bref de la personne est en rémission depuis une période continue de six mois. Si des signes ou des symptômes sont présents, quels qu'ils soient, ils n'affectent pas l'aptitude de la personne à exécuter ses tâches d'une manière sécuritaire et prévisible. Le médecin-chef de la compagnie de chemin de fer peut prolonger cette période de six mois si des preuves médicales le justifient.

Évaluation de l'aptitude médicale au travail

Dans le cadre d'une évaluation de leur aptitude médicale au travail, les personnes présentant un diagnostic de trouble psychotique bref devraient être évaluées par un psychiatre. L'évaluation devrait porter sur la vigilance, l'attention, la concentration, l'introspection, le jugement, la

mémoire, l'humeur et la fonction psychomotrice de l'intéressé, ainsi que sur les effets indésirables des médicaments. Le médecin-chef de la compagnie de chemin de fer devrait recevoir un rapport écrit exprimant une opinion sur l'aptitude de la personne évaluée à travailler dans un PES et indiquant toute limitation fonctionnelle ou restriction au travail.

Surveillance de l'aptitude médicale au travail

Le besoin d'une surveillance de l'aptitude médicale au travail, les rapports de suivi et la fréquence de leur présentation seront à la discrétion du médecin-chef de la compagnie de chemin de fer.

4.3 Troubles bipolaires et apparentés

4.3.1 Trouble bipolaire

Description

La caractéristique dominante d'un trouble bipolaire 1 est un épisode maniaque. La manie se caractérise par une humeur anormalement exaltée, expansive et/ou irritable, une énergie inhabituelle durant au moins une semaine et présente presque tout le temps au cours de cette semaine.

Cette période a aussi comme caractéristiques une énergie excessive, un besoin réduit de sommeil, un comportement erratique ou désinhibé, une faible tolérance à la frustration, le tout combiné à une absence d'introspection et de jugement. L'intéressé est aux prises avec un bouillonnement de pensées, une distractabilité facile et une augmentation d'activité désinhibée mais orientée vers un objectif (par exemple, une sexualité accrue, la dépense de grosses sommes d'argent). La perturbation de l'humeur peut entraîner une détérioration marquée du fonctionnement social et professionnel de la personne et exiger son hospitalisation. De façon typique, le trouble bipolaire 1 inclut des épisodes dépressifs majeurs tout autant que des épisodes maniaques. L'état dépressif ou maniaque peut être accompagné de symptômes psychotiques (délires, hallucinations).

Évaluation de l'aptitude médicale au travail

Les personnes présentant un diagnostic de trouble bipolaire 1 peuvent être considérés comme médicalement aptes au travail dans un PES, pourvu que les conditions ci-après soient respectées :

- 1) Le trouble bipolaire 1 de la personne est en rémission depuis une période continue d'un an durant laquelle l'intéressé a été maintenu sur une dose stable de médicaments. Si des signes ou des symptômes sont présents, quels qu'ils soient, ils n'affectent pas l'aptitude de la personne à exécuter ses tâches d'une manière sécuritaire et prévisible. Le médecin-chef de la compagnie de chemin de fer peut prolonger cette période d'un an si des preuves médicales le justifient.
- 2) S'il est recommandé que la personne atteinte d'un trouble bipolaire 1 cesse de prendre ses médicaments, l'intéressé ne peut travailler dans un PES tant que des documents n'ont pas prouvé que son trouble est en rémission depuis un période continue d'un an calculée à partir de la cessation de la prise de médicaments. Le médecin-chef de la compagnie de chemin de fer peut prolonger cette période d'un an si des preuves médicales le justifient.

Évaluation de l'aptitude médicale au travail

Dans le cadre d'une évaluation de leur aptitude médicale au travail, les personnes présentant un diagnostic de trouble bipolaire 1 devraient être évaluées par un psychiatre. L'évaluation devrait porter sur la vigilance, l'attention, la concentration, l'introspection, le jugement, la mémoire, l'humeur et la fonction psychomotrice de l'intéressé, ainsi que sur les effets indésirables des médicaments. Le médecin-chef de la compagnie de chemin de fer devrait recevoir un rapport écrit exprimant une opinion sur l'aptitude de la personne évaluée à travailler dans un PES et indiquant toute limitation fonctionnelle ou restriction au travail.

Surveillance de l'aptitude médicale au travail

Le besoin d'une surveillance de l'aptitude médicale au travail, les rapports de suivi et la fréquence de leur présentation seront à la discrétion du médecin-chef de la compagnie de chemin de fer. La surveillance de l'aptitude médicale au travail devrait, quand c'est approprié, comporter au minimum des vérifications semi-annuelles des niveaux sanguins des médicaments.

4.3.2 Trouble bipolaire 2

Description

Le trouble bipolaire 2 se caractérise par un historique comportant à la fois un épisode dépressif majeur et au moins un épisode hypomaniaque. Les symptômes de l'hypomanie sont similaires à ceux de la manie, mais en général ils sont moins graves et ne provoquent pas une détérioration marquée dans le fonctionnement ni n'incluent des caractéristiques psychotiques. La personne semblera plus énergique et loquace qu'à l'habitude, plus distractible et susceptible de faire preuve de mauvais jugement, notamment en s'adonnant des activités aux conséquences douloureuses (p. ex. s'engager dans des achats débridés, des indiscretions sexuelles ou des investissements commerciaux insensés). L'épisode doit clairement différer de la norme prémorbide en vigueur chez l'intéressé. Il doit y avoir un historique d'au moins un épisode dépressif majeur.

Un tel épisode a pour caractéristiques que la personne est affligée d'une humeur dépressive presque toute la journée et presque tous les jours durant au moins deux semaines, en plus de présenter les symptômes suivants : diminution de l'intérêt ou du plaisir, perturbation de l'appétit avec perte ou gain de poids, insomnie or hypersomnie presque tous les jours, agitation ou retard psychomoteurs à peu près tous les jours, fatigue ou perte d'énergie presque quotidiennement, aptitude réduite à penser ou à se concentrer caractérisée par une indécision ou des sentiments d'inutilité ainsi que par des pensées morbides ou suicidaires.

Évaluation de l'aptitude médicale au travail

Les personnes présentant un diagnostic de trouble bipolaire 2 peuvent être considérés comme médicalement aptes au travail dans un PES, pourvu que les conditions ci-après soient respectées :

- 1) Le trouble bipolaire 2 de la personne est en rémission depuis une période continue d'un an durant laquelle l'intéressé a été maintenu sur une dose stable de médicaments. Si des signes ou des symptômes sont présents, quels qu'ils soient, ils n'affectent pas l'aptitude de la personne à exécuter ses tâches d'une manière sécuritaire et prévisible. Le médecin-chef de la compagnie de chemin de fer peut prolonger cette période d'un an si des preuves médicales le justifient.
- 2) S'il est recommandé que la personne atteinte d'un trouble bipolaire 2 cesse de prendre ses médicaments, l'intéressé ne peut travailler dans un poste essentiel à la sécurité tant que

des documents n'ont pas prouvé que son trouble est en rémission depuis une période continue d'un an calculé à partir de la cessation de la prise de médicaments. Le médecin-chef de la compagnie de chemin de fer peut prolonger cette période d'un an si des preuves médicales le justifient.

Évaluation de l'aptitude médicale au travail

Dans le cadre d'une évaluation de leur aptitude médicale au travail, les personnes présentant un diagnostic de trouble bipolaire 2 devraient être évaluées par un psychiatre. L'évaluation devrait porter sur la vigilance, l'attention, la concentration, l'introspection, le jugement, la mémoire, l'humeur et la fonction psychomotrice de l'intéressé, ainsi que sur les effets indésirables des médicaments. Le médecin-chef de la compagnie de chemin de fer devrait recevoir un rapport écrit exprimant une opinion sur l'aptitude de la personne évaluée à travailler dans un PES et indiquant toute limitation fonctionnelle ou restriction au travail.

Surveillance de l'aptitude médicale au travail

Le besoin d'une surveillance de l'aptitude médicale au travail, les rapports de suivi et la fréquence de leur présentation seront à la discrétion du médecin-chef de la compagnie de chemin de fer. La surveillance de l'aptitude médicale au travail devrait, quand c'est approprié, comporter au minimum des vérifications semi-annuelles des niveaux sanguins des médicaments.

4.4 Troubles dépressifs

4.4.1 Trouble dépressif majeur

Description

Un trouble dépressif majeur se caractérise par un épisode d'humeur dépressive ou de perte d'intérêt ou de plaisir durant plus de deux semaines et représentant un changement important dans le niveau de fonctionnement antérieur de l'intéressé. Au moins un des symptômes est une humeur dépressive ou une perte d'intérêt ou de plaisir. Les caractéristiques qui les accompagnent sont les suivantes : changements dans le sommeil, particulièrement tôt le matin, ainsi que dans l'appétit et le poids, agitation ou ralentissement dans les mouvements, fatigue omniprésente, pensées négatives et pensées morbides ou suicidaires.

Les symptômes les plus problématiques sont le retrait social, l'absence de motivation, une faible résistance à la frustration, une fatigabilité facile, une mauvaise concentration et un trouble du sommeil. L'introspection et le jugement sont affaiblis à cause de déformations de la perception de soi. Le trouble dépressif majeur peut se présenter comme un seul épisode isolé ou être récurrent. Les marqueurs d'une gravité particulière comprennent des symptômes psychotiques et une anxiété élevée. Le trouble dépressif majeur devrait être distingué de n'importe quel type de réaction au deuil, comme celle qui peut se produire après la perte d'un être cher.

Évaluation de l'aptitude médicale au travail

Les personnes présentant un diagnostic de trouble dépressif majeur peuvent être considérés comme médicalement aptes au travail dans un PES, pourvu que les conditions ci-après soient respectées :

- 1) Le trouble dépressif majeur de la personne est en rémission depuis une période continue de trois mois. Si des signes ou des symptômes sont présents, quels qu'ils soient, ils n'affectent pas l'aptitude de la personne à exécuter ses tâches d'une manière sécuritaire et prévisible.

L'intensité, la durée et la réponse au traitement d'un épisode de trouble dépressif majeur ou d'épisodes récurrents d'un tel trouble devraient être prises en considération. Le médecin-chef de la compagnie de chemin de fer peut prolonger cette période de trois mois si des preuves médicales le justifient.

Évaluation de l'aptitude médicale au travail

Dans le cadre d'une évaluation de leur aptitude médicale au travail, les personnes présentant un diagnostic de trouble dépressif majeur devraient être évaluées par un médecin et, à la discrétion du médecin-chef de la compagnie de chemin de fer, par un psychiatre. L'évaluation devrait porter sur la vigilance, l'attention, la concentration, l'introspection, le jugement, la mémoire, l'humeur et la fonction psychomotrice de l'intéressé, ainsi que sur les effets indésirables des médicaments.

Le médecin-chef de la compagnie de chemin de fer devrait recevoir un rapport écrit exprimant une opinion sur l'aptitude de la personne évaluée à travailler dans un PES et indiquant toute limitation fonctionnelle ou restriction au travail.

Surveillance de l'aptitude médicale au travail

Le besoin d'une surveillance de l'aptitude médicale au travail, les rapports de suivi et la fréquence de leur présentation seront à la discrétion du médecin-chef de la compagnie de chemin de fer.

4.4.2 Trouble dépressif persistant (dysthymie)

Description

Le DSM-5 a regroupé sous le chapeau de « trouble dépressif persistant » (dysthymie) le trouble dépressif majeur chronique et le trouble dysthymique, qui sont abordés séparément dans le DSM-4. Chez les adultes, la caractéristique essentielle d'un trouble dépressif persistant est une humeur dépressive présente la plupart des jours pendant une période d'au moins deux ans. Le trouble dépressif persistant peut varier en gravité et son impact sur le fonctionnement fluctuer grandement, passant de la dégradation importante constatée dans le trouble dépressif majeur à un fonctionnement presque normal comme on peut le voir dans une dysthymie légère.

Évaluation de l'aptitude médicale au travail

Les personnes présentant un diagnostic de trouble dépressif persistant peuvent être considérées comme médicalement aptes au travail dans un PES, pourvu que les conditions ci-après soient respectées :

- 1) Le trouble dépressif persistant (dysthymie) de la personne est en rémission. Si des signes ou des symptômes sont présents, quels qu'ils soient, ils n'affectent pas l'aptitude de la personne à exécuter ses tâches d'une manière sécuritaire et prévisible.

Évaluation de l'aptitude médicale au travail

Dans le cadre d'une évaluation de leur aptitude médicale au travail, les personnes présentant un diagnostic de trouble dépressif persistant devraient être évaluées par un médecin et, à la discrétion du médecin-chef de la compagnie de chemin de fer, par un psychiatre. L'évaluation devrait porter sur la vigilance, l'attention, la concentration, l'introspection, le jugement, la mémoire, l'humeur et la fonction psychomotrice de l'intéressé, ainsi que sur les effets indésirables des médicaments. Le médecin-chef de la compagnie de chemin de fer devrait recevoir un rapport écrit exprimant une opinion sur l'aptitude de la personne évaluée à travailler dans un PES et indiquant toute limitation fonctionnelle ou restriction au travail.

Surveillance de l'aptitude médicale au travail

Le besoin d'une surveillance de l'aptitude médicale au travail, les rapports de suivi et la fréquence de leur présentation seront à la discrétion du médecin-chef de la compagnie de chemin de fer.

4.5 Troubles d'anxiété

4.5.1 Phobie spécifique

Description

La phobie spécifique se caractérise par une anxiété persistante ou une peur engendrée en réponse à un stimulus particulier. La peur ou l'anxiété est disproportionnée par rapport au danger réel et dure longtemps. La peur ou l'évitement du stimulus phobique provoque une détresse importante ou une déficience fonctionnelle. L'objet phobique est activement évité ou enduré avec une peur intense disproportionnée par rapport au danger réel en présence. Une personne aux prises avec une phobie spécifique peut être médicalement apte au travail, pourvu que son stimulus phobique ne soit pas associé à son PES.

Évaluation de l'aptitude médicale au travail

Les personnes présentant un diagnostic de phobie spécifique peuvent être considérées comme médicalement aptes au travail dans un PES, pourvu que les conditions ci-après soient respectées :

- 1) La phobie spécifique de la personne est en rémission. Si des signes ou des symptômes sont présents, quels qu'ils soient, ils n'affectent pas l'aptitude de la personne à exécuter ses tâches d'une manière sécuritaire et prévisible.
- 2) L'objet ou la situation phobiques ne sont pas associés, liés ni inhérents au poste essentiel à la sécurité occupé par l'intéressé.

Évaluation de l'aptitude médicale au travail

Dans le cadre d'une évaluation de leur aptitude médicale au travail, les personnes aux prises avec une phobie spécifique devraient être évaluées par un médecin et, à la discrétion du médecin-chef de la compagnie de chemin de fer, par un psychiatre. L'évaluation devrait porter sur la vigilance, l'attention, la concentration, l'introspection, le jugement, la mémoire, l'humeur et la fonction psychomotrice de l'intéressé, ainsi que sur les effets indésirables des médicaments. Le médecin-chef de la compagnie de chemin de fer devrait recevoir un rapport écrit exprimant une opinion sur l'aptitude de la personne évaluée à travailler dans un PES et indiquant toute limitation fonctionnelle ou restriction au travail.

Surveillance de l'aptitude médicale au travail

Le besoin d'une surveillance de l'aptitude médicale au travail, les rapports de suivi et la fréquence de leur présentation seront à la discrétion du médecin-chef de la compagnie de chemin de fer.

4.5.2 Trouble panique

Description

Le trouble panique est caractérisé par l'apparition soudaine et inattendue d'une anxiété insurmontable accompagnée d'une peur intense et d'un inconfort extrême; ce trouble est associé à de forts indices physiques de libération adrénargique pouvant comprendre les symptômes

suiuants : pulsations cardiaques rapides, cœur qui bat très fort, transpiration, tremblements, sensation d'essoufflement et de suffocation, douleurs thoraciques, nausées ou malaises abdominaux, étourdissements, impression d'irréalité ou de détachement de soi, peur d'une catastrophe imminente ou d'être voué à l'échec, frissons et bouffées de chaleur. La personne peut également craindre qu'elle est en train de perdre le contrôle, de « virer folle » ou mourir. Ces crises sont brèves, ne durent habituellement que quelques minutes, mais sont incapacitantes. Leur fréquence peut varier grandement, allant d'une fois tous les deux ou trois mois à plusieurs fois par jour. Elles sont souvent accompagnées d'une inquiétude à propos de l'éventualité d'autres crises ou des conséquences de telles crises, ce qui déclenche des comportements mésadaptés dans une tentative pour surmonter ces peurs. Par exemple, la personne peut se donner beaucoup de mal pour éviter la situation ou l'endroit qui a déclenché une crise chez elle.

Les crises de panique peuvent survenir comme élément d'autres troubles mentaux, par exemple le trouble anxieux généralisé, le trouble dépressif majeur, le trouble lié à l'utilisation de substances, l'état de stress post-traumatique, etc. Dans ce contexte, de telles crises peuvent être considérées comme un marqueur d'une gravité accrue du trouble primaire.

Évaluation de l'aptitude médicale au travail

Les personnes présentant un diagnostic de trouble panique peuvent être considérées comme médicalement aptes au travail dans un PES, pourvu que les conditions ci-après soient respectées :

- 1) Le trouble panique de la personne est en rémission depuis une période continue de six mois. Si des signes ou des symptômes sont présents, quels qu'ils soient, ils n'affectent pas l'aptitude de la personne à exécuter ses tâches d'une manière sécuritaire et prévisible. Le médecin-chef de la compagnie de chemin de fer peut prolonger cette période de six mois si des preuves médicales le justifient.

Évaluation de l'aptitude médicale au travail

Dans le cadre d'une évaluation de leur aptitude médicale au travail, les personnes présentant un diagnostic de trouble panique devraient être évaluées par un psychiatre. L'évaluation devrait porter sur la vigilance, l'attention, la concentration, l'introspection, le jugement, la mémoire, l'humeur et la fonction psychomotrice de l'intéressé, ainsi que sur les effets indésirables des médicaments. Le médecin-chef de la compagnie de chemin de fer devrait recevoir un rapport écrit exprimant une opinion sur l'aptitude de la personne évaluée à travailler dans un PES et indiquant toute limitation fonctionnelle ou restriction au travail.

Surveillance de l'aptitude médicale au travail

Le besoin d'une surveillance de l'aptitude médicale au travail, les rapports de suivi et la fréquence de leur présentation seront à la discrétion du médecin-chef de la compagnie de chemin de fer.

4.5.3 Trouble anxieux généralisé

Description

Ce trouble est caractérisé par une anxiété et une inquiétude excessive qui se manifestent presque tous les jours durant une période d'au moins six mois et qui portent sur plusieurs types d'événements ou d'activités. L'inquiétude est difficile à contrôler et s'accompagne d'au moins

trois autres éléments parmi les suivants : sentiment d'agitation ou de surexcitation, difficulté à se concentrer, fatigue facile, irritabilité, tension musculaire ou insomnie.

Évaluation de l'aptitude médicale au travail

Les personnes présentant un diagnostic de trouble anxieux généralisé peuvent être considérées comme médicalement aptes au travail dans un PES, pourvu que les conditions ci-après soient respectées :

- 1) Le trouble anxieux généralisé de la personne est en rémission depuis une période continue de trois mois. Si des signes ou des symptômes sont présents, quels qu'ils soient, ils n'affectent pas l'aptitude de la personne à exécuter ses tâches d'une manière sécuritaire et prévisible. Le médecin-chef de la compagnie de chemin de fer peut prolonger cette période de trois mois si des preuves médicales le justifient.

Évaluation de l'aptitude médicale au travail

Dans le cadre d'une évaluation de leur aptitude médicale au travail, les personnes présentant un diagnostic de trouble anxieux généralisé devraient être évaluées par un médecin et, à la discrétion du médecin-chef de la compagnie de chemin de fer, par un psychiatre. L'évaluation devrait porter sur la vigilance, l'attention, la concentration, l'introspection, le jugement, la mémoire, l'humeur et la fonction psychomotrice de l'intéressé, ainsi que sur les effets indésirables des médicaments. Le médecin-chef de la compagnie de chemin de fer devrait recevoir un rapport écrit exprimant une opinion sur l'aptitude de la personne évaluée à travailler dans un PES et indiquant toute limitation fonctionnelle ou restriction au travail.

Surveillance de l'aptitude médicale au travail

Le besoin d'une surveillance de l'aptitude médicale au travail, les rapports de suivi et la fréquence de leur présentation seront à la discrétion du médecin-chef de la compagnie de chemin de fer.

4.6 Troubles obsessionnels-compulsifs et troubles apparentés

4.6.1 Trouble obsessionnel-compulsif

Description

Le trouble obsessionnel-compulsif se caractérise par la présence d'obsessions et de compulsions. Les obsessions sont vécues comme des pensées, images ou pulsions intrusives et indésirables qui provoquent généralement de l'anxiété ou du stress. Elles sont supprimées ou neutralisées par une autre pensée obsessionnelle ou une action compulsive. Les compulsions sont des actions ou des pensées répétitives auxquelles la personne se sent obligée en réponse à une obsession ou en vertu de règles rituelles qu'elle s'est créées. Les compulsions peuvent comprendre des comportements ordinaires portés à l'extrême, tels que le lavage des mains, la mise en ordre, la vérification, le dénombrement ou la répétition de mots à haute voix ou silencieusement. Les compulsions constituent une réaction excessive ou irréaliste à l'anxiété ou à la peur. Pour être diagnostiquées comme telles, les obsessions et les compulsions doivent exiger beaucoup de temps (jusqu'à plus d'une heure par jour) et entraîner une détresse ou une déficience fonctionnelle marquées. Il faut distinguer de tels symptômes des inquiétudes excessives face à des problèmes de la vie réelle.

Évaluation de l'aptitude médicale au travail

Les personnes présentant un diagnostic de trouble obsessionnel-compulsif peuvent être considérées comme médicalement aptes au travail dans un PES, pourvu que les conditions ci-après soient respectées :

- 1) Le trouble obsessionnel-compulsif de l'intéressé est en rémission depuis une période continue de trois mois. Si des signes ou des symptômes sont présents, quels qu'ils soient, ils n'affectent pas l'aptitude de la personne à exécuter ses tâches d'une manière sécuritaire et prévisible. Le médecin-chef de la compagnie de chemin de fer peut prolonger cette période de trois mois si des preuves médicales le justifient.

Évaluation de l'aptitude médicale au travail

Dans le cadre d'une évaluation de leur aptitude médicale au travail, les personnes présentant un diagnostic de trouble obsessionnel-compulsif devraient être évaluées par un médecin et, à la discrétion du médecin-chef de la compagnie de chemin de fer, par un psychiatre. L'évaluation devrait porter sur la vigilance, l'attention, la concentration, l'introspection, le jugement, la mémoire, l'humeur et la fonction psychomotrice de l'intéressé, ainsi que sur les effets indésirables des médicaments. Le médecin-chef de la compagnie de chemin de fer devrait recevoir un rapport écrit exprimant une opinion sur l'aptitude de la personne évaluée à travailler dans un PES et indiquant toute limitation fonctionnelle ou restriction au travail.

Surveillance de l'aptitude médicale au travail

Le besoin d'une surveillance de l'aptitude médicale au travail, les rapports de suivi et la fréquence de leur présentation seront à la discrétion du médecin-chef de la compagnie de chemin de fer.

4.7 Troubles traumatiques ou liés au stress

4.7.1 État de stress post-traumatique

Description

L'état de stress post-traumatique est l'expression d'une réaction à un traumatisme de mort, de blessure grave ou de violence sexuelle réelle ou imminente. La personne n'a pas besoin de vivre directement un tel événement, mais peut en avoir été témoin ou avoir entendu parler de l'événement traumatique vécu par quelqu'un avec qui elle a un lien affectif. L'état de stress post-traumatique se manifeste aussi chez les gens qui ont vécu une exposition répétée ou extrême à des détails aversifs sur des événements traumatiques.

Pour poser un diagnostic d'état post-traumatique, il faut que la perturbation dure depuis au moins un mois. Les symptômes présentent des caractéristiques de chaque des catégories suivantes : phénomènes d'intrusion, évitement des rappels du traumatisme, changements dans la pensée et l'humeur ainsi que dans l'excitation et la réactivité. Les crises paniques constituent un élément courant de cet état et un marqueur de sa gravité. Les intrusions sont des souvenirs généralement bouleversants de l'événement. La personne peut vivre une réaction dissociative (remémoration) où elle se sent ou agit comme si l'événement se reproduisait. L'intéressé peut aussi vivre une détresse psychologique intense ou prolongée en cas d'exposition à des signaux qui symbolisent ou ressemblent à un aspect de l'événement traumatique (comme revisiter en automobile les lieux d'un accident violent dont il a été témoin). L'intéressé ne ménagera aucun effort pour éviter les stimuli (pensées, sentiments, gens, endroits ou objets) associés à l'événement traumatique.

Des altérations négatives de la cognition peuvent être reconnues à des difficultés de se rappeler des aspects importants de l'événement (amnésie traumatique) ou à des croyances négatives persistantes inappropriées à propos de soi-même, d'autrui ou du monde (p. ex., « je suis une mauvaise personne » ou « je ne peux faire confiance à personne »). Sont susceptibles aussi d'être présents une auto-accusation et un sentiment de culpabilité persistants au sujet de l'événement ainsi qu'un état émotionnel négatif persistant fait de peur, d'horreur, de colère, de culpabilité ou de honte. L'intéressé peut se retirer de ses activités habituelles et éprouver, par rapport aux autres, un sentiment de détachement ou d'éloignement. Des modèles d'excitation sont également altérés. Ces personnes tendent à être plus irritables et sujettes à des accès de colère. Elles peuvent avoir un comportement irresponsable ou destructeur, être en mode d'hypervigilance, guetter tout autour d'elles les signes de danger et montrer un étonnement démesuré. Elles ont de la difficulté à se concentrer, à s'endormir et à rester endormies. Elles font des cauchemars. Ainsi, cette condition en est une d'importance, car elle ne cesse de dégrader l'attention, le jugement et la prévisibilité de la réponse. Pour poser un diagnostic d'état post-traumatique, il faut que la perturbation dure plus d'un mois.

Aptitude médicale au travail

Les personnes présentant un diagnostic d'état de stress post-traumatique peuvent être considérées comme médicalement aptes au travail dans un PES, pourvu que les conditions ci-après soient respectées :

- 1) L'état de stress post-traumatique de l'intéressé est en rémission depuis une période continue de trois mois. Si des signes ou des symptômes sont présents, quels qu'ils soient, ils n'affectent pas l'aptitude de la personne à exécuter ses tâches d'une manière sécuritaire et prévisible. Le médecin-chef de la compagnie de chemin de fer peut prolonger cette période de trois mois si des preuves médicales le justifient.

Évaluation de l'aptitude médicale au travail

Dans le cadre d'une évaluation de leur aptitude médicale au travail, les personnes présentant un diagnostic d'état post-traumatique devraient être évaluées par un psychiatre. L'évaluation devrait porter sur la vigilance, l'attention, la concentration, l'introspection, le jugement, la mémoire, l'humeur et la fonction psychomotrice de l'intéressé, ainsi que sur les effets indésirables des médicaments. Le médecin-chef de la compagnie de chemin de fer devrait recevoir un rapport écrit exprimant une opinion sur l'aptitude de la personne évaluée à travailler dans un PES et indiquant toute limitation fonctionnelle ou restriction au travail.

Surveillance de l'aptitude médicale au travail

Le besoin d'une surveillance de l'aptitude médicale au travail, les rapports de suivi et la fréquence de leur présentation seront à la discrétion du médecin-chef de la compagnie de chemin de fer.

4.7.2 État de stress aigu

Description

Un état de stress aigu ressemble beaucoup à un état de stress post-traumatique; il comporte en effet la même classe de facteurs précipitants et les mêmes modèles de réaction. La différence est que l'état de stress aigu est bref; il dure au moins trois jours, mais ne persiste pas au-delà d'une période de trois mois après une exposition à un ou à plusieurs événements traumatiques.

Aptitude médicale au travail

Les personnes présentant un diagnostic d'état de stress aigu peuvent être considérées comme médicalement aptes au travail dans un PES, pourvu que les conditions ci-après soient respectées :

- 1) L'état de stress aigu de la personne est en rémission depuis une période continue d'un mois. Si des signes ou des symptômes sont présents, quels qu'ils soient, ils n'affectent pas l'aptitude de la personne à exécuter ses tâches d'une manière sécuritaire et prévisible. Le médecin-chef de la compagnie de chemin de fer peut prolonger cette période d'un mois si des preuves médicales le justifient.

Évaluation de l'aptitude médicale au travail

Dans le cadre d'une évaluation de leur aptitude médicale au travail, les personnes présentant un diagnostic d'état de stress aigu devraient être évaluées par un médecin et, à la discrétion du médecin-chef de la compagnie de chemin de fer, par un psychiatre. L'évaluation devrait porter sur la vigilance, l'attention, la concentration, l'introspection, le jugement, la mémoire, l'humeur et la fonction psychomotrice de l'intéressé, ainsi que sur les effets indésirables des médicaments. Le médecin-chef de la compagnie de chemin de fer devrait recevoir un rapport écrit exprimant une opinion sur l'aptitude de la personne évaluée à travailler dans un PES et indiquant toute limitation fonctionnelle ou restriction au travail.

Surveillance de l'aptitude médicale au travail

Le besoin d'une surveillance de l'aptitude médicale au travail, les rapports de suivi et la fréquence de leur présentation seront à la discrétion du médecin-chef de la compagnie de chemin de fer.

4.7.3 Trouble d'adaptation

Description

Le trouble d'adaptation est une réponse émotionnelle ou comportementale grave à un facteur de stress. Sur le plan clinique, les symptômes sont importants; en effet, ils sont catégorisés comme une détresse disproportionnée par rapport à l'intensité du facteur de stress ou ils provoquent une dégradation importante du fonctionnement. Le déclenchement des symptômes survient dans les trois mois suivant l'intervention du facteur de stress et le trouble ne persiste pas au-delà d'une période de plus de six mois après la disparition de ce facteur. Les symptômes peuvent comprendre une humeur déprimée, de l'anxiété ou un mélange des deux. Parfois, le comportement de la personne est perturbé.

Aptitude médicale au travail

Les personnes présentant un diagnostic de trouble d'adaptation peuvent être considérées comme médicalement aptes au travail dans un PES, pourvu que les conditions ci-après soient respectées :

- 1) Le trouble panique de la personne est en rémission depuis une période continue d'un mois. Si des signes ou des symptômes sont présents, quels qu'ils soient, ils n'affectent pas l'aptitude de la personne à exécuter ses tâches d'une manière sécuritaire et prévisible. Le médecin-chef de la compagnie de chemin de fer peut prolonger cette période d'un mois si des preuves médicales le justifient.

Évaluation de l'aptitude médicale au travail

Dans le cadre d'une évaluation de leur aptitude médicale au travail, les personnes présentant un diagnostic de trouble d'adaptation devraient être évaluées par un médecin et, à la discrétion du médecin-chef de la compagnie de chemin de fer, par un psychiatre. L'évaluation devrait porter sur la vigilance, l'attention, la concentration, l'introspection, le jugement, la mémoire, l'humeur et la fonction psychomotrice de l'intéressé, ainsi que sur les effets indésirables des médicaments.

Le médecin-chef de la compagnie de chemin de fer devrait recevoir un rapport écrit exprimant une opinion sur l'aptitude de la personne évaluée à travailler dans un PES et indiquant toute limitation fonctionnelle ou restriction au travail.

Surveillance de l'aptitude médicale au travail

Le besoin d'une surveillance de l'aptitude médicale au travail, les rapports de suivi et la fréquence de leur présentation seront à la discrétion du médecin-chef de la compagnie de chemin de fer.

4.8 Troubles liés à l'utilisation de substances et troubles de dépendance

Se reporter aux *Lignes directrices médicales pour les troubles liés à l'utilisation de substances*.

4.9 Troubles de la personnalité

Description

Ces troubles sont caractérisés par des modèles innés de comportement profonds, persistants et mésadaptés. Ils constituent davantage des traits caractéristiques dominants qu'un état psychologique. La mésadaptation peut se manifester au niveau émotionnel, cognitif, perceptif ou psychodynamique. Les troubles peuvent être d'ordre interne, mental ou s'exprimer sous forme de modèles de comportement. La personne qui souffre d'un de ces troubles ne possède plus la flexibilité et la capacité d'adaptation qui lui permettraient de réagir adéquatement en société ou au travail. Les problèmes doivent se manifester dans au moins deux des domaines suivants :

- la cognition (manières de percevoir et d'interpréter le soi et les autres).
- l'affectivité (la gamme, l'intensité et la pertinence des réactions émotionnelles).
- Fonctionnement interpersonnel.
- Contrôle des impulsions.

Le modèle doit être rigide et envahissant sur une variété de situations personnelles et sociales. Les troubles de la personnalité en général deviennent connus en raison d'un conflit avec d'autres. Ces troubles présentent un très vaste éventail de symptômes, qui vont de légers à graves.

Dans la majorité des cas, les personnes présentant un diagnostic de trouble de la personnalité sont considérées comme responsables de leur propre comportement et on peut s'attendre de leur part à une performance ou à une conduite acceptable au travail.

Aptitude médicale au travail

Les personnes présentant un diagnostic de trouble de la personnalité peuvent être considérées comme médicalement aptes au travail dans un PES, pourvu que les conditions ci-après soient respectées :

- 1) Le trouble de la personnalité de la personne est en rémission. Si des signes ou des symptômes sont présents, quels qu'ils soient, ils n'affectent pas l'aptitude de la personne à exécuter ses tâches d'une manière sécuritaire et prévisible.

Évaluation de l'aptitude médicale au travail

Dans le cadre d'une évaluation de leur aptitude médicale au travail, les personnes présentant un diagnostic de trouble de la personnalité devraient être évaluées par un psychiatre. L'évaluation devrait porter sur la vigilance, l'attention, la concentration, l'introspection, le jugement, la mémoire, l'humeur et la fonction psychomotrice de l'intéressé, ainsi que sur les effets indésirables des médicaments. Le médecin-chef de la compagnie de chemin de fer devrait recevoir un rapport écrit exprimant une opinion sur l'aptitude de la personne évaluée à travailler dans un PES et indiquant toute limitation fonctionnelle ou restriction au travail.

Surveillance de l'aptitude médicale au travail

Le besoin d'une surveillance de l'aptitude médicale au travail, les rapports de suivi et la fréquence de leur présentation seront à la discrétion du médecin-chef de la compagnie de chemin de fer.

5 Contre-indications à l'emploi dans un poste essentiel à la sécurité (PES)

Toute condition médicale pouvant entraîner une déficience fonctionnelle aiguë ou chronique constitue une contre-indication à l'emploi dans un PES. Les troubles mentaux ci-après sont considérés comme des contre-indications :

- 1) Troubles du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques qu'un trouble psychotique bref et un trouble délirant
- 2) Trouve de la personnalité suffisamment grave pour causer des épisodes répétés d'agissements inappropriés.
- 3) Troubles neurocomportementaux se traduisant par une intelligence inférieure à la normale.
- 4) Dommage organique (physique) au cerveau, avec pour résultat une déficience.
- 5) Troubles dépressifs résistant au traitement.

Section 10 – Troubles cardiovasculaires

LIGNES DIRECTRICES SUR L'APTITUDE MÉDICALE AU TRAVAIL DES PERSONNES AYANT UN TROUBLE CARDIOVASCULAIRE ET OCCUPANT UN POSTE ESSENTIEL À LA SÉCURITÉ DANS LE SECTEUR FERROVIAIRE CANADIEN

1	INTRODUCTION.....	82
2	CONSIDÉRATIONS LIÉES À L'APTITUDE MÉDICALE AU TRAVAIL	82
3	LIGNES DIRECTRICES GÉNÉRALES SUR L'APTITUDE MÉDICALE AU TRAVAIL	82
3.1	ÉVALUATION ET RAPPORTS	82
3.2	MULTIPLES PROBLÈMES MÉDICAUX.....	83
3.3	SYMPTÔMES SIGNIFICATIFS DE MALADIE CARDIOVASCULAIRE	83
3.4	FACTEURS DE RISQUE DE MALADIE CARDIOVASCULAIRE.....	83
4	EXIGENCES SPÉCIFIQUES SUR L'APTITUDE MÉDICALE AU TRAVAIL ET SUIVI	84
4.1	MALADIES CARDIAQUES	84
4.1.1	<i>Coronaropathie (maladie cardiaque athérosclérotique).....</i>	<i>84</i>
4.1.2	<i>Dysrythmies, troubles de la conduction et dispositifs implantables</i>	<i>86</i>
4.1.3	<i>Valvulopathie.....</i>	<i>92</i>
4.1.4	<i>Cardiomyopathie</i>	<i>94</i>
4.1.5	<i>Cardiopathies inflammatoires.....</i>	<i>95</i>
4.1.6	<i>Cardiopathie congénitale</i>	<i>96</i>
4.1.7	<i>Transplantation cardiaque.....</i>	<i>97</i>
4.2	TROUBLES VASCULAIRES	97
4.2.1	<i>Hypertension</i>	<i>97</i>
4.2.2	<i>Anévrisme de l'aorte</i>	<i>98</i>
4.2.3	<i>Sténose carotidienne</i>	<i>98</i>
4.2.4	<i>Thrombose périphérique</i>	<i>99</i>
4.3	SYNCOPE.....	101
	ANNEXE I – RAPPORT MÉDICAL	103

1 Introduction

Les employés canadiens des chemins de fer qui occupent un poste essentiel à la sécurité dirigent ou contrôlent le mouvement des trains. Leur santé physique et mentale est primordiale. Une mauvaise performance due à un problème médical pourrait causer un incident grave nuisant à la santé et à la sécurité des employés et du public, aux biens ou à l'environnement.

Les présentes lignes directrices sur l'aptitude médicale au travail donnent un aperçu de divers troubles cardiovasculaires. Si une personne souffre d'un trouble cardiovasculaire non traité dans les présentes lignes directrices, son aptitude médicale au travail sera déterminée par le médecin-chef de la compagnie de chemin de fer et guidée, en partie, par les considérations présentées à la section 3.

Conformément aux précédentes Lignes directrices sur les troubles cardiovasculaires de l'Association des chemins de fer du Canada, ces lignes directrices maintiennent un seuil de risque médical de 2 % par année pour les événements incapacitants soudains dus à un trouble cardiovasculaire.

2 Considérations liées à l'aptitude médicale au travail

Les troubles cardiovasculaires peuvent entraîner une déficience fonctionnelle progressive, une incapacité soudaine ou, dans certains cas, une mort subite et inattendue. Les points suivants doivent être pris en considération pendant l'évaluation de l'aptitude médicale au travail d'une personne occupant un poste essentiel à la sécurité :

- Durée, évolution et gravité du trouble cardiovasculaire
- Présence de tout autre trouble cardiovasculaire ou non cardiovasculaire
- Facteurs de risque modifiables et non modifiables de maladie cardiovasculaire
- Résultats de tests pertinents
- Risque de déficience fonctionnelle progressive, d'incapacité soudaine ou de mort subite et inattendue
- Degré de perturbation de la vigilance, de l'attention, des fonctions cognitives, de la concentration, de l'autocritique, du jugement et de la mémoire liée au trouble cardiovasculaire ou aux médicaments utilisés pour traiter le trouble cardiovasculaire
- Respect des recommandations de traitement et du suivi médical
- Probabilité de récurrence d'un événement cardiovasculaire
- Exigences professionnelles du poste essentiel à la sécurité
- Opinion du ou des médecins traitants et de tout autre médecin ou professionnel de la santé consulté

3 Lignes directrices générales sur l'aptitude médicale au travail

3.1 Évaluation et rapports

L'évaluation de l'aptitude médicale au travail devrait comprendre un historique détaillé, une revue des facteurs de risque modifiables et non modifiables de maladie cardiovasculaire (voir ci-dessous), un examen physique et une revue des examens pertinents (p. ex. électrocardiogramme au repos, épreuve d'effort, étude Holter, échocardiogramme), ainsi qu'une évaluation du respect du traitement recommandé. Les exigences sur l'aptitude médicale au travail des sections suivantes sont liées à des examens diagnostiques couramment utilisés. L'acceptation d'autres

tests diagnostiques est laissée à la discrétion du médecin-chef de la compagnie de chemin de fer.

Un rapport écrit doit être remis au médecin-chef de la compagnie de chemin de fer. Il devrait comprendre l'information suivante :

- Le ou les diagnostics
- Les résultats des examens pertinents
- Le traitement recommandé
- Les lettres de consultation pertinentes
- Les limitations fonctionnelles ou les restrictions professionnelles
- Un avis sur l'aptitude médicale de la personne à occuper un poste essentiel à la sécurité

Le rapport doit être préparé par un médecin spécialiste, bien qu'un rapport fait par un médecin généraliste puisse être acceptable, à la discrétion du médecin-chef de la compagnie de chemin de fer.

3.2 Multiples problèmes médicaux

En présence de multiples problèmes médicaux, ce qui comprend les multiples troubles cardiovasculaires, l'aptitude médicale au travail de la personne occupant un poste essentiel à la sécurité doit tenir compte du risque cumulatif lié à tous les problèmes médicaux.

3.3 Symptômes significatifs de maladie cardiovasculaire

Les symptômes significatifs sont les symptômes qui représentent un risque pour la sécurité des opérations ferroviaires et qui touchent directement l'aptitude médicale au travail. Les personnes qui présentent des symptômes importants ne sont pas médicalement aptes à occuper un poste essentiel à la sécurité.

Liste non exhaustive des symptômes significatifs de maladie cardiovasculaire

<ul style="list-style-type: none">• Douleur thoracique distrayante• Essoufflement au repos• Essoufflement à l'effort limitant	<ul style="list-style-type: none">• Fatigue diurne excessive• Palpitations distrayantes• Douleur aux extrémités distrayante
---	---

En l'absence des symptômes significatifs susmentionnés, la présence d'au moins un des signes ou symptômes suivants justifie un examen plus approfondi.

Liste non exhaustive des signes et des symptômes de maladie cardiovasculaire justifiant une évaluation plus approfondie

<ul style="list-style-type: none">• Douleur thoracique• Essoufflement• Œdème aux membres inférieurs	<ul style="list-style-type: none">• Fatigue diurne• Palpitations• Souffle cardiaque
---	---

3.4 Facteurs de risque de maladie cardiovasculaire

Les risques liés à une maladie cardiovasculaire augmentent avec le nombre de facteurs de risque de maladie cardiovasculaire. En général, les facteurs de risque modifiables de maladie

cardiovasculaire doivent être bien contrôlés chez les personnes occupant un poste essentiel à la sécurité, même en l'absence de maladie cardiovasculaire manifeste. Si les facteurs de risque modifiables de maladie cardiovasculaire ne sont pas bien contrôlés, ou si le profil des facteurs de risque modifiables et non modifiables de maladie cardiovasculaire est considéré comme étant préoccupant par le médecin-chef de la compagnie de chemin de fer, une évaluation de l'aptitude médicale au travail avec une maladie cardiovasculaire doit être complétée. Des lignes directrices nationales sont publiées sur la plupart des facteurs de risque modifiables de maladie cardiovasculaire et doivent servir de référence.

Liste non exhaustive des facteurs de risque de maladie cardiovasculaire

Facteurs de risque modifiables	<ul style="list-style-type: none"> • Apnée obstructive du sommeil • Diabète et prédiabète • Dyslipidémie • Indice de masse corporelle (IMC) élevé • Hypertension • Sédentarité • Tabagisme
Facteurs de risque non modifiables	<ul style="list-style-type: none"> • Âge • Ethnicité • Sexe • Hérité

4 Exigences spécifiques sur l'aptitude médicale au travail et suivi

En plus des considérations liées à l'aptitude médicale au travail présentées à la section 2 et des lignes directrices générales sur l'aptitude médicale au travail présentées à la section 3, les personnes souffrant d'un trouble cardiovasculaire peuvent être considérées médicalement aptes au travail, à un poste essentiel à la sécurité, si elles répondent aux exigences spécifiques présentées aux sous-sections suivantes.

Les exigences relatives à des évaluations de l'aptitude médicale au travail plus fréquentes, à des rapports médicaux additionnels ou à des examens additionnels sont laissées à la discrétion du médecin-chef de la compagnie de chemin de fer.

4.1 Maladies cardiaques

4.1.1 Coronaropathie (maladie cardiaque athérosclérotique)

Angine : Douleur thoracique causée par une ischémie myocardique sans signe de lésion cellulaire du myocarde. Ainsi, les biomarqueurs cardiaques ne sont pas élevés. L'angine stable fait référence à un patron prévisible d'angine généralement provoquée par un effort physique. L'angine instable fait référence à l'angine qui survient au repos, la nuit ou avec une provocation minimale. L'angine stable et l'angine instable entraînent toutes deux un risque accru d'infarctus du myocarde.

Infarctus du myocarde : Lésions cellulaires du myocarde après la diminution soudaine ou le blocage complet du flux sanguin vers une partie du cœur. Une augmentation des troponines cardiaques spécifiques est associée à des changements à l'électrocardiogramme ou à des signes

de nouvelle perte de myocarde viable ou de nouvelles anomalies régionales du mouvement de la paroi à l'imagerie cardiaque. L'infarctus du myocarde avec élévation du segment ST (STEMI) est un type d'infarctus du myocarde où l'électrocardiogramme montre une élévation du segment ST dans deux dérivations contiguës. Dans le cas d'un infarctus du myocarde sans élévation du segment ST (NSTEMI), l'électrocardiogramme ne montre pas d'élévation du segment ST dans deux conducteurs contigus.

Vasospasme coronarien : Spasme focal dans l'une des artères coronariennes, le plus souvent au niveau d'une plaque athérosclérotique. Ce spasme réduit l'apport sanguin au cœur. Un infarctus du myocarde peut survenir si le vasospasme coronarien est prolongé.

Exigences relatives à l'aptitude médicale au travail

- Score de Duke ≥ 6 pour les hommes ou ≥ 5 pour les femmes à une épreuve d'effort maximal (tapis roulant)¹
 - Si l'épreuve d'effort n'est pas concluante ou ne peut être effectuée, une épreuve d'effort pharmacologique doit indiquer un déficit de perfusion total de $< 10\%$
- Fraction d'éjection du ventricule gauche :
 - $\geq 50\%$: médicalement apte au travail
 - $41\%-49\%$: évaluation plus poussée requise selon l'étiologie, la stabilité et la réponse au traitement
 - $\leq 40\%$: non médicalement apte au travail
- Période de stabilité :
 - Angine stable :
 - ◆ Aucune période de stabilité requise avec un traitement médical
 - ◆ 14 jours après une intervention coronarienne percutanée
 - Angine instable :
 - ◆ 14 jours après une intervention coronarienne percutanée
 - ◆ 30 jours de patron inchangé d'angine avec traitement médical
 - NSTEMI sans nouvelles anomalies du mouvement de la paroi :
 - ◆ 14 jours après une intervention coronarienne percutanée
 - ◆ 30 jours sans intervention coronarienne percutanée
 - NSTEMI avec nouvelles anomalies du mouvement de la paroi ou STEMI : 3 mois après une revascularisation (intervention coronarienne percutanée ou pontage coronarien)²
 - Vasospasme coronarien : 3 mois après la date des derniers symptômes (si toutes les évaluations médicales par un spécialiste ont été effectuées)
 - Pontage coronarien : 3 mois après l'intervention²

Surveillance et suivi de l'aptitude médicale au travail

L'aptitude médicale au travail doit être réévaluée chaque année par une épreuve d'effort maximal sur tapis roulant et doit comprendre tous les tests jugés appropriés par le médecin traitant, ainsi que la confirmation du respect continu du traitement. S'il n'y a pas de détérioration clinique après 2 ans, une épreuve d'effort peut être effectuée tous les 2 ans jusqu'à l'âge de 50 ans. Après 50 ans, une épreuve d'effort doit être effectuée tous les ans en raison du risque accru, sauf si

¹ Score de Duke : https://qxmd.com/calculate/calculator_68/duke-treadmill-score#

² Les évaluations requises doivent être effectuées au plus tôt un mois après la sortie de l'hôpital.

une fréquence différente est jugée acceptable par le médecin-chef de la compagnie de chemin de fer.

4.1.2 Dysrythmies, troubles de la conduction et dispositifs implantables

4.1.2.1 Tachycardies supraventriculaires

Fibrillation auriculaire (FA) : Rythme cardiaque irrégulier dû à une maladie sous-jacente de l'oreillette. La fibrillation auriculaire peut entraîner une accélération du rythme cardiaque, avec un risque d'atteinte hémodynamique et d'incapacité soudaine. Avec le temps, cela peut également provoquer une insuffisance cardiaque. La fibrillation auriculaire peut être paroxystique (épisode continu de FA pendant plus de 30 secondes, mais se terminant dans les 7 jours suivant son apparition), persistante (épisode continu de FA pendant plus de 7 jours, mais moins d'un an), persistante de longue durée (épisode continu de FA pendant plus d'un an avec contrôle du rythme), ou permanente (FA continue sans contrôle du rythme). La FA est considérée comme étant valvulaire en présence d'une valve cardiaque mécanique ou d'une sténose mitrale modérée à grave.

Flutter auriculaire : Rythme cardiaque anormal provenant d'une des oreillettes et souvent associé à une tachycardie.

Tachycardie paroxystique supraventriculaire : Épisodes intermittents de tachycardie supraventriculaire d'apparition généralement abrupte et pouvant cesser spontanément. Des voies électriques anormales entre les oreillettes et les ventricules peuvent être présentes.

Anticoagulothérapie pour la fibrillation auriculaire et le flutter auriculaire : Une contraction anormale de l'oreillette peut entraîner la formation d'un thrombus auriculaire. Les personnes ayant des caillots sanguins dans l'oreillette gauche sont à risque de thromboembolie, d'accident ischémique transitoire, d'accident vasculaire cérébral et d'incapacité soudaine. Une anticoagulothérapie est entreprise pour réduire le risque de thrombus auriculaire. Il existe des lignes directrices et des scores de risque nationaux pour estimer le risque de thromboembolie et d'accident vasculaire cérébral, ainsi que le risque de saignement dû à l'anticoagulothérapie.

Exigences relatives à l'aptitude médicale au travail

Fibrillation auriculaire et flutter auriculaire	<ul style="list-style-type: none">• Fraction d'éjection du ventricule gauche :<ul style="list-style-type: none">○ $\geq 50\%$: médicalement apte au travail○ 41 %-49 % : évaluation plus poussée requise selon l'étiologie, la stabilité et la réponse au traitement○ $\leq 40\%$: non médicalement apte au travail• Un Holter effectué après le début du traitement confirme le contrôle du rythme ou de la fréquence cardiaque sans autre dysrythmie ou La dysrythmie était associée à une maladie autorésolutive ou à un problème médical traitable résolu et il n'y a pas eu de récurrence ou L'ablation a réussi selon le rapport de procédure
--	--

Tachycardie paroxystique supraventriculaire	<ul style="list-style-type: none"> • Fraction d'éjection du ventricule gauche : <ul style="list-style-type: none"> ○ $\geq 50\%$: médicalement apte au travail ○ 41 %-49 % : évaluation plus poussée requise selon l'étiologie, la stabilité et la réponse au traitement ○ $\leq 40\%$: non médicalement apte au travail • La dysrythmie était associée à une maladie autorésolutive ou à un problème médical traitable résolu et il n'y a pas eu de récurrence • ou Le traitement avec un agent antiarythmique a réussi, sans complication ou récurrence • ou L'ablation a réussi selon le rapport de procédure
--	--

Surveillance et suivi de l'aptitude médicale au travail

Fibrillation auriculaire et flutter auriculaire : L'aptitude médicale au travail doit être réévaluée chaque année et doit comprendre un Holter et tous les tests jugés appropriés par le médecin traitant, ainsi que la confirmation du respect continu du traitement. Si une personne a subi avec succès une ablation ou si une cause sous-jacente a été identifiée et traitée efficacement, le suivi de l'aptitude médicale au travail peut être interrompu après deux évaluations favorables consécutives.

Tachycardie paroxystique supraventriculaire : L'aptitude médicale au travail doit être réévaluée chaque année et doit comprendre tous les tests jugés appropriés par le médecin traitant, ainsi que la confirmation du respect continu du traitement. Si une personne a subi avec succès une ablation ou si une cause sous-jacente a été identifiée et traitée efficacement, le suivi de l'aptitude médicale au travail peut être interrompu après deux évaluations favorables consécutives.

4.1.2.2 Tachycardies ventriculaires

Tachycardie ventriculaire : Tachycardie régulière avec au moins 3 complexes QRS larges de suite. Elle est considérée comme une tachycardie ventriculaire non soutenue ou comme une tachycardie ventriculaire soutenue selon si elle dure moins ou de plus de 30 secondes. De brefs épisodes peuvent ne pas entraîner de symptômes, mais des épisodes plus longs sont souvent associés à une atteinte hémodynamique, à une fibrillation ventriculaire, à une incapacité soudaine et à une mort cardiaque subite.

Fibrillation ventriculaire : Dysrythmie ventriculaire irrégulière due à une perturbation de l'activité électrique dans les ventricules. Elle est associée à une atteinte hémodynamique, à une incapacité soudaine et à une mort cardiaque subite.

La tachycardie ventriculaire et la fibrillation ventriculaire peuvent être causées par des problèmes médicaux autorésolutifs, traitables ou réversibles (dans les 24 heures suivant un infarctus du myocarde, pendant une coronarographie ou en raison de la toxicité d'un médicament).

Exigences relatives à l'aptitude médicale au travail

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • L'étiologie sous-jacente a été identifiée, est stable et répond au traitement |
|---|

Surveillance et suivi de l'aptitude médicale au travail

Le suivi de l'aptitude médicale au travail des personnes ayant des antécédents de tachycardie ventriculaire ou de fibrillation ventriculaire est laissé à la discrétion du médecin-chef de la compagnie de chemin de fer.

4.1.2.3 Extrasystoles ventriculaires

Extrasystoles ventriculaires (ESV) : Extrasystoles dues à une activation électrique anormale du ventricule gauche ou droit avant qu'un battement de cœur normal puisse se produire. Leur présence peut être un indicateur d'une cardiopathie sous-jacente, notamment une coronaropathie, une cardiomyopathie ou une valvulopathie. Des ESV fréquentes chez les personnes souffrant d'une cardiopathie sous-jacente peuvent entraîner des dysrythmies dangereuses comme la tachycardie ventriculaire ou la fibrillation ventriculaire, qui peuvent provoquer une incapacité ou une mort soudaine.

ESV complexes : Couplets et triplets ventriculaires, et tachycardie ventriculaire non soutenue.

ESV fréquentes : Plus de 2 000 ESV en une période de 24 heures.

Exigences relatives à l'aptitude médicale au travail

- Un Holter n'indique aucune autre dysrythmie invalidante
- Si l'électrocardiogramme au repos et/ou le Holter indiquent des ESV complexes ou fréquentes :
 - Absence de dysrythmie invalidante à une épreuve d'effort maximal
 - Fraction d'éjection du ventricule gauche :
 - ◆ $\geq 50\%$: médicalement apte au travail
 - ◆ $41\%-49\%$: évaluation plus poussée requise selon l'étiologie, la stabilité et la réponse au traitement
 - ◆ $\leq 40\%$: non médicalement apte au travail
- La dysplasie ventriculaire droite doit être exclue en cas de ESV avec un bloc de branche gauche

Surveillance et suivi de l'aptitude médicale au travail

ESV simples et peu fréquentes : Aucun suivi continu de l'aptitude médicale au travail n'est requis, sauf si cela est jugé approprié par le médecin-chef de la compagnie de chemin de fer.

ESV complexes ou fréquentes : L'aptitude médicale au travail doit être réévaluée chaque année et comprendre un Holter et tout autre test jugé approprié par le médecin traitant, ainsi que la confirmation du respect continu du traitement. Si le Holter montre toujours des ESV complexes ou fréquentes, une épreuve d'effort et une échocardiographie sont alors également requis. Si une personne a subi avec succès une ablation ou si une cause sous-jacente a été identifiée et traitée efficacement, le suivi de l'aptitude médicale au travail peut être réalisé lors de l'évaluation médicale périodique et doit inclure, au minimum, un Holter.

4.1.2.4 Bradycardie

Bradycardie sinusale : Fréquence cardiaque < 60 battements par minute générés par le nœud sinusal. La bradycardie sinusale peut survenir chez des individus sains asymptomatiques, en particulier chez ceux qui font de l'exercice de manière vigoureuse.

Maladie du nœud sinusal : Incapacité du nœud sinusal à générer une fréquence cardiaque normale. La fréquence cardiaque anormale peut être trop rapide, trop lente, interrompue par de longues pauses ou une combinaison de fréquences cardiaques anormales.

Exigences relatives à l'aptitude médicale au travail

Bradycardie sinusale	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de symptômes • Fréquence cardiaque ≥ 50 bpm : La cause sous-jacente, le cas échéant, a été identifiée et traitée efficacement • Fréquence cardiaque < 50 bpm : <ul style="list-style-type: none"> ○ La cause sous-jacente, le cas échéant, a été identifiée et traitée efficacement ○ Pas de pauses sinusales de ≥ 3 secondes et pas de dysrythmie à l'électrocardiogramme au repos et au Holter
Maladie du nœud sinusal	<ul style="list-style-type: none"> • Doit être traitée adéquatement si symptomatique et/ou en présence de pauses sinusales de ≥ 3 secondes

Surveillance et suivi de l'aptitude médicale au travail

Bradycardie sinusale : L'aptitude médicale au travail doit être réévaluée chaque année et comprendre un Holter et tous les tests jugés appropriés par le médecin traitant, ainsi que la confirmation du respect continu du traitement. Les personnes en bonne santé ayant une bradycardie sinusale asymptomatique n'ont pas besoin d'un suivi continu de l'aptitude médicale au travail, sauf si cela est jugé approprié par le médecin-chef de la compagnie de chemin de fer.

Maladie du nœud sinusal : L'aptitude médicale au travail doit être réévaluée chaque année et comprendre un Holter et tous les tests jugés appropriés par le médecin traitant, ainsi que la confirmation du respect continu du traitement. Les personnes ayant une maladie du nœud sinusal non traitée ne sont pas considérées médicalement aptes au travail à un poste essentiel à la sécurité en présence de symptômes ou de pauses sinusales de ≥ 3 secondes.

4.1.2.5 Syndrome de pré-excitation

Syndrome de pré-excitation : Activation précoce des ventricules, généralement due à des impulsions électriques qui contournent le système de conduction atrioventriculaire normal par une voie accessoire. Cette pré-excitation ventriculaire peut entraîner une tachycardie pathologique. Le syndrome de pré-excitation le plus courant est le syndrome de Wolff-Parkinson-White.

Exigences relatives à l'aptitude médicale au travail

<ul style="list-style-type: none"> • La voie accessoire cesse de conduire à des fréquences cardiaques plus élevées lors d'une épreuve d'effort • Absence de cardiopathie congénitale associée à l'échocardiogramme • Voie à faible risque selon l'étude électrophysiologique • Ablation réussie chez les personnes ayant des voies à risque élevé

Surveillance et suivi de l'aptitude médicale au travail

L'aptitude médicale au travail doit être réévaluée chaque année et comprendre tous les tests jugés appropriés par le médecin traitant, ainsi que la confirmation du respect continu du traitement. Le suivi de l'aptitude médicale au travail des personnes ayant des voies à faible risque ou ayant subi une ablation réussie peut être interrompu après deux évaluations favorables consécutives.

4.1.2.6 Dysrythmies héréditaires

Dysrythmies héréditaires : Rythmes anormaux dus à des anomalies génétiques qui modifient la morphologie et la durée normales des potentiels d'action cardiaques. Les dysrythmies héréditaires incluent le syndrome du QT long, le syndrome du QT court et le syndrome de Brugada. Souvent, les personnes souffrant de dysrythmies héréditaires sont sujettes à des syncopes ou ont un rythme cardiaque potentiellement mortel, et courent un risque accru d'incapacité soudaine et de mort cardiaque subite. Elles ne sont donc pas considérées médicalement aptes au travail à un poste essentiel à la sécurité.

4.1.2.7 Troubles de la conduction

Bloc atrioventriculaire du 1^{er} degré : Ralentissement du signal entre les oreillettes et les ventricules, tous les signaux électriques des oreillettes étant conduits vers les ventricules.

Bloc atrioventriculaire du 2^e degré – type Mobitz I : Le signal entre les oreillettes et les ventricules ralentit progressivement jusqu'à ce qu'un signal auriculaire ne puisse atteindre les ventricules.

Bloc atrioventriculaire du 2^e degré – type Mobitz II : Un ou plusieurs signaux dans les oreillettes ne peuvent atteindre les ventricules. Ce trouble est plus susceptible d'être associé à une atteinte hémodynamique et peut évoluer vers un bloc cardiaque complet.

Bloc atrioventriculaire du 3^e degré (bloc cardiaque complet) : Tous les signaux provenant des oreillettes ne peuvent atteindre les ventricules, ce qui fait que les oreillettes et les ventricules battent indépendamment. La fréquence cardiaque est déterminée par la fréquence ventriculaire. Les blocs cardiaques complets sont souvent associés à une atteinte hémodynamique, à une bradycardie grave et à une mort cardiaque subite.

Bloc de branche : Retard de conduction intraventriculaire pouvant être présent chez les personnes en bonne santé ou se développer en raison de plusieurs troubles médicaux, dont la cardiopathie ischémique.

Exigences relatives à l'aptitude médicale au travail

Bloc AV du 1^{er} degré	<ul style="list-style-type: none">• L'électrocardiogramme ne présente aucune autre anomalie
Bloc AV du 2^e degré de type Mobitz I	<ul style="list-style-type: none">• S'il est dû à une cause réversible, il a été traité et ne risque pas de réapparaître• Le Holter ne montre pas de trouble de la conduction de grade plus élevé
Bloc AV du 2^e degré de type Mobitz I et bloc AV du 3^e degré	<ul style="list-style-type: none">• Médicalement inapte au travail s'il n'est pas traité

Bloc de branche gauche ou droit	<ul style="list-style-type: none"> • S'il est dû à une cause réversible, elle a été traitée et ne risque pas de réapparaître • Si nouveau diagnostic de bloc de branche gauche ou droit : <ul style="list-style-type: none"> ○ Absence de cardiopathie structurale à l'échocardiogramme ○ Absence d'ischémie à la scintigraphie myocardique de perfusion en cas de bloc de branche gauche
--	--

Surveillance et suivi de l'aptitude médicale au travail

Bloc atrioventriculaire du 1^{er} ou 2^e degré de type I : L'aptitude médicale au travail doit être réévaluée chaque année pour les personnes souffrant d'une pathologie sous-jacente et doit comprendre un électrocardiogramme au repos et tous les tests jugés appropriés par le médecin traitant, ainsi que la confirmation du respect continu du traitement. Les personnes en bonne santé ayant un bloc atrioventriculaire asymptomatique du 1^{er} ou du 2^e degré de type I n'ont pas besoin d'un suivi continu de l'aptitude médicale au travail, sauf si cela est jugé approprié par le médecin-chef de la compagnie de chemin de fer.

Bloc atrioventriculaire du 2^e degré de type II ou bloc cardiaque complet : Les personnes souffrant d'un bloc atrioventriculaire du 2^e degré de type II ou d'un bloc cardiaque complet non traité ne sont pas considérées médicalement aptes à occuper un poste essentiel à la sécurité.

Bloc de branche : L'aptitude médicale au travail doit être réévaluée chaque année pour les personnes souffrant d'une pathologie sous-jacente et doit comprendre un électrocardiogramme au repos et tous les tests jugés appropriés par le médecin traitant, ainsi que la confirmation du respect continu du traitement. Les personnes asymptomatiques n'ayant pas de pathologie sous-jacente ne doivent pas faire l'objet d'un suivi continu de l'aptitude médicale au travail, sauf si cela est jugé approprié par le médecin-chef de la compagnie de chemin de fer.

4.1.2.8 Anomalies à l'électrocardiogramme

Les anomalies à l'électrocardiogramme sont entre autres le patron de Brugada (à différencier du syndrome de Brugada), la repolarisation précoce et des anomalies non spécifiques. Les personnes avec un patron de Brugada nécessitent initialement un examen électrophysiologique pour confirmer le diagnostic.

L'aptitude médicale au travail des personnes présentant ces anomalies à un électrocardiogramme est laissée à la discrétion du médecin-chef de la compagnie de chemin de fer.

4.1.2.9 Dispositifs implantables

Stimulateur cardiaque : Les stimulateurs cardiaques détectent les événements électriques et réagissent au besoin en envoyant des stimuli électriques au cœur. Les indications sont entre autres une bradycardie symptomatique ou un bloc atrioventriculaire de degré élevé. Il existe de nombreux types de stimulateurs cardiaques selon les cavités cardiaques détectées, les cavités cardiaques stimulées, la manière dont le stimulateur cardiaque réagit à un événement détecté (inhibition ou déclenchement de la stimulation), la capacité du stimulateur à augmenter la fréquence cardiaque pendant l'exercice (modulation de la fréquence) et l'apport d'une stimulation multisite.

Défibrillateur cardiovertteur implantable (DCI) : Administre un traitement (choc de défibrillateur ou stimulation rapide) en cas de dysrythmie potentiellement mortelle. Il existe trois préoccupations majeures chez les personnes portant un DCI : le trouble cardiaque sous-jacent pour lequel le DCI a été posé, le risque d'un traitement approprié et potentiellement incapacitant administré par le DCI, et le risque d'un traitement inapproprié et potentiellement incapacitant administré par le DCI.

Exigences relatives à l'aptitude médicale au travail

Stimulateur cardiaque	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de cardiopathie structurale à l'échocardiogramme • La personne est suivie par une clinique de stimulateurs cardiaques et il n'y a aucune préoccupation quant au fonctionnement du stimulateur ou au trouble cardiaque sous-jacent après l'insertion du stimulateur, selon le rapport du stimulateur • Un mois s'est écoulé depuis l'insertion du stimulateur cardiaque • La personne doit être autorisée par son spécialiste traitant en fonction des spécificités de son poste, ce qui comprend l'exposition possible à des champs électromagnétiques • La personne n'est pas dépendante de son stimulateur cardiaque
Défibrillateur cardiovertteur implantable (DCI)	<ul style="list-style-type: none"> • Non médicalement apte au travail

Surveillance et suivi de l'aptitude médicale au travail

Stimulateur cardiaque (non dépendant) : L'aptitude médicale au travail doit être réévaluée chaque année et comprendre un rapport clinique sur le stimulateur cardiaque et tous les tests jugés appropriés par le médecin traitant, ainsi que la confirmation du respect continu du traitement.

Stimulateur cardiaque (dépendant) et défibrillateur cardiovertteur implantable : En raison du risque d'incapacité soudaine, les personnes qui sont dépendantes d'un stimulateur cardiaque ou qui ont besoin d'un DCI ne sont pas considérées médicalement aptes à occuper un poste essentiel à la sécurité.

4.1.3 Valvulopathies

4.1.3.1 Valvulopathies aortique et mitrale

Sténose aortique : Rétrécissement de la valve aortique. Les causes comprennent les anomalies congénitales des valves cardiaques (p. ex. la valve aortique bicuspide), le rhumatisme cardiaque, la calcification progressive de la valve et la radiothérapie du thorax.

Régurgitation aortique : « Reflux » de sang à travers la valve aortique. Les causes comprennent les anomalies congénitales des valves cardiaques (p. ex. la valve aortique bicuspide), le rhumatisme cardiaque, la calcification progressive de la valve et l'endocardite. Les causes peuvent également être des troubles non cardiaques comme le syndrome de Marfan et d'autres troubles des tissus conjonctifs, des troubles auto-immuns et des traumatismes thoraciques.

Sténose mitrale : Rétrécissement de la valve mitrale. Les causes comprennent la sténose congénitale de la valve mitrale, le rhumatisme cardiaque, la calcification progressive de la valve et la radiothérapie du thorax.

Régurgitation mitrale : « Reflux » de sang à travers la valve mitrale. Les causes comprennent les anomalies congénitales de la valve mitrale, le rhumatisme cardiaque, l'endocardite, la cardiopathie ischémique, la cardiomyopathie, la dilatation annulaire due à une hypertrophie du ventricule gauche et les traumatismes thoraciques.

Prolapsus de la valve mitrale : Mauvaise fermeture des deux feuillets de la valve mitrale. Elle est le plus souvent causée par une dégénérescence myxomateuse des feuillets, mais peut également découler de troubles non cardiaques comme les dystrophies musculaires et les troubles du tissu collagène.

Exigences relatives à l'aptitude médicale au travail

- Gravité modérée, tout au plus, à un échocardiogramme
- Non médicalement apte au travail en cas de valvulopathie plus sévère

Surveillance et suivi de l'aptitude médicale au travail

Valvulopathie légère ou modérée : L'aptitude médicale au travail doit être réévaluée dans le cadre du programme d'évaluation médicale périodique et doit comprendre un échocardiogramme et tous les tests jugés appropriés par le médecin traitant, ainsi que la confirmation du respect continu du traitement.

Valvulopathie modérée : L'aptitude médicale au travail doit être réévaluée chaque année et doit comprendre un échocardiogramme et tous les tests jugés appropriés par le médecin traitant, ainsi que la confirmation du respect continu du traitement.

Valvulopathie modérée-sévère ou sévère : Les personnes ayant un trouble valvulaire modéré-sévère ou sévère ne sont pas considérées médicalement aptes au travail à un poste essentiel à la sécurité.

4.1.3.2 Remplacement et réparation de la valve

Chirurgie de remplacement de la valve : Remplacement d'une valve cardiaque déficiente par une bioprothèse ou une valve cardiaque mécanique. Les valves cardiaques mécaniques sont plus sujettes à la thromboembolie, et les personnes doivent généralement suivre une anticoagulothérapie à long terme après l'intervention.

Chirurgie de réparation de la valve : Réparation chirurgicale d'une valve cardiaque déficiente.

Exigences relatives à l'aptitude médicale au travail

- Valvulopathie résiduelle modérée, tout au plus, à l'échocardiogramme
- Aucune complication postopératoire signalée à une évaluation de suivi effectuée au plus tôt 3 mois après l'intervention
- La personne est stable sous anticoagulothérapie complète depuis au moins un mois (si indiqué)

Surveillance et suivi de l'aptitude médicale au travail

L'aptitude médicale au travail doit être réévaluée chaque année et doit comprendre un échocardiogramme et tous les tests jugés appropriés par le médecin traitant, ainsi que la confirmation du respect continu du traitement.

4.1.4 Cardiomyopathie

4.1.4.1 *Cardiomyopathie non hypertrophique*

Cardiomyopathie dilatée : Cardiomyopathie où les ventricules s'étirent et deviennent plus minces et plus faibles. Cela peut entraîner des dysrythmies, des caillots sanguins, une valvulopathie ou une mort subite. La cardiomyopathie dilatée peut être héréditaire, mais elle peut également être causée par plusieurs troubles médicaux, médicaments et toxines.

Cardiomyopathie ischémique : Cardiomyopathie causée par un apport sanguin au cœur insuffisant en raison d'une coronaropathie. Elle peut entraîner des dysrythmies, une dilatation du ventricule gauche, une valvulopathie ou une mort subite. C'est la forme de cardiomyopathie la plus courante.

Cardiomyopathie restrictive : Cardiomyopathie où les ventricules deviennent rigides et incapables de se détendre complètement, empêchant ainsi leur remplissage normal pendant la diastole. Plusieurs troubles médicaux, médicaments et toxines peuvent causer une cardiomyopathie restrictive.

Insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée : Syndrome clinique où le patient présente des signes et des symptômes d'insuffisance cardiaque en raison d'une pression de remplissage ventriculaire gauche élevée, malgré une fraction d'éjection du ventricule gauche normale ou proche de la normale ($\geq 50\%$). L'aptitude médicale au travail est laissée à la discrétion du médecin-chef de la compagnie de chemin de fer.

Exigences relatives à l'aptitude médicale au travail

- La cause sous-jacente a été identifiée et traitée efficacement, le cas échéant
- Fraction d'éjection du ventricule gauche :
 - $\geq 50\%$: médicalement apte au travail
 - 41 %-49 % : évaluation plus poussée requise selon l'étiologie, la stabilité et la réponse au traitement
 - $\leq 40\%$: non médicalement apte au travail

Surveillance et suivi de l'aptitude médicale au travail

L'aptitude médicale au travail doit être réévaluée chaque année et doit comprendre un échocardiogramme et tous les tests jugés appropriés par le médecin traitant, ainsi que la confirmation du respect continu du traitement. Les personnes souffrant d'une cardiomyopathie ischémique doivent également subir chaque année une épreuve d'effort maximal. Chez les personnes dont la cause sous-jacente a été traitée et dont la cardiomyopathie a disparu, le suivi de l'aptitude médicale au travail peut être interrompu après deux évaluations favorables consécutives.

4.1.4.2 Cardiomyopathie hypertrophique

Cardiomyopathie hypertrophique : Épaississement anormal du muscle cardiaque. Il est généralement causé par des gènes anormaux ou des mutations génétiques. En cas de cardiomyopathie hypertrophique obstructive, le septum interventriculaire s'épaissit, ce qui réduit le flux aortique. Les parois des ventricules peuvent également se rigidifier. La principale préoccupation avec les personnes souffrant de cardiomyopathie hypertrophique obstructive est le risque d'incapacité soudaine. En cas de cardiomyopathie hypertrophique non obstructive, les ventricules s'épaississent et se rigidifient, ce qui limite leur remplissage normal et le débit cardiaque. Il n'y a généralement pas de réduction du flux aortique.

Exigences relatives à l'aptitude médicale au travail

- Au moins 10 MET à une épreuve d'effort (p. ex. 3 stades sur le protocole de BRUCE)
- Ne doit pas faire partie d'un groupe à haut risque de mort cardiaque subite³
- Nécessite un échocardiogramme et un Holter

Surveillance et suivi de l'aptitude médicale au travail

L'aptitude médicale au travail doit être réévaluée chaque année et doit comprendre un échocardiogramme, une épreuve d'effort, un Holter et tous les tests jugés appropriés par le médecin traitant, ainsi que la confirmation du respect continu du traitement.

4.1.5 Cardiopathies inflammatoires

Péricardite : Inflammation du péricarde souvent associée à des infections virales. Elle peut également être causée par des infections bactériennes, des toxines, certains médicaments et des troubles auto-immuns. L'étiologie de certains cas de péricardite reste inconnue.

Endocardite : Inflammation de l'endocarde impliquant le plus souvent les valves cardiaques. Elle peut être infectieuse ou non infectieuse.

Myocardite : Inflammation du myocarde le plus souvent causée par une infection virale. Elle peut également être causée par des infections bactériennes, des toxines, certains médicaments et des troubles auto-immuns. L'étiologie de certains cas de myocardite reste inconnue.

Exigences relatives à l'aptitude médicale au travail

Péricardite	<ul style="list-style-type: none">• Les symptômes aigus ont disparu• Toute complication post-rétablissement est prise en charge
Endocardite	<ul style="list-style-type: none">• Les symptômes aigus ont disparu• Toute complication post-rétablissement est prise en charge• Fraction d'éjection du ventricule gauche :<ul style="list-style-type: none">○ $\geq 50\%$: médicalement apte au travail○ 41 %-49 % : évaluation plus poussée requise selon l'étiologie, la stabilité et la réponse au traitement○ $\leq 40\%$: non médicalement apte au travail

³ Calculateur du risque HCM SCD : https://qxmd.com/calculate/calculator_303/hcm-risk-scd

Myocardite	<ul style="list-style-type: none"> • Les symptômes aigus ont disparu • Toute complication post-rétablissement est prise en charge • Fraction d'éjection du ventricule gauche : <ul style="list-style-type: none"> ○ ≥ 50 % : médicalement apte au travail ○ 41 %-49 % : un bilan cardiaque complet est requis, ce qui comprend une IRM cardiaque, pour exclure toute maladie cardiovasculaire résiduelle ou autre ○ < 40 % : non médicalement apte au travail
-------------------	---

Surveillance et suivi de l'aptitude médicale au travail

Un suivi de l'aptitude médicale au travail ne devrait pas être nécessaire sauf si le médecin-chef de la compagnie de chemin de fer le juge approprié.

4.1.6 Cardiopathies congénitales

Cardiopathie congénitale : Anomalie congénitale de la structure du cœur ou des grands vaisseaux, dont la gravité peut varier. Toutes les formes de la maladie, sauf les plus légères, sont généralement décelées et traitées au cours de la petite enfance ou de l'enfance.

Cette section ne traite que des anomalies du septum auriculaire et ventriculaire. L'aptitude médicale au travail pour les autres types de cardiopathie congénitale dépend de la gravité des anomalies, de l'efficacité du traitement et de toute anomalie électrophysiologique, hémodynamique ou structurelle persistante.

Foramen ovale persistant (FOP) : Ouverture dans le septum interatrial présente chez 20 % de la population et généralement bénigne. Elle peut rarement provoquer des événements vasculaires cérébraux.

Communication interauriculaire : Ouverture dans le septum interatrial qui peut permettre au sang de circuler entre les oreillettes gauche et droite. Le sang riche en oxygène peut ainsi s'écouler directement de l'oreillette gauche pour se mélanger au sang pauvre en oxygène de l'oreillette droite, ou inversement, en fonction de la pression auriculaire. La taille de l'ouverture et l'importance de la dérivation sanguine déterminent l'importance hémodynamique de l'anomalie.

Communication interventriculaire : Ouverture dans le septum interventriculaire qui peut permettre au sang de circuler entre les ventricules gauche et droit. Le sang riche en oxygène peut ainsi s'écouler du ventricule gauche dans le ventricule droit pour se mélanger au sang pauvre en oxygène. La taille de l'ouverture et l'importance de la dérivation sanguine déterminent l'importance hémodynamique de l'anomalie. Une anomalie interventriculaire peut parfois être due à un traumatisme ou à un infarctus du myocarde.

Exigences relatives à l'aptitude médicale au travail

Foramen ovale persistant	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de symptômes d'un événement vasculaire cérébral
---------------------------------	---

Communication interauriculaire (autre que le FOP)⁴	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de symptômes • Échocardiogramme ou cathétérisme cardiaque⁵ : <ul style="list-style-type: none"> ○ Ratio débit pulmonaire/débit systémique < 1,5 ○ Pressions cardiaques droites dans les limites de la normale ○ Absence de dilatation de l'oreillette ou du ventricule droit • Un Holter ne montre pas de dysrythmie invalidante
Communication interventriculaire⁴	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de symptômes • Échocardiogramme ou cathétérisme cardiaque⁵ : <ul style="list-style-type: none"> ○ Ratio débit pulmonaire/débit systémique < 1,5 ○ Pression artérielle pulmonaire dans les limites de la normale ○ Dimensions du ventricule gauche normales • Fraction d'éjection du ventricule gauche : <ul style="list-style-type: none"> ○ ≥ 50 % : médicalement apte au travail ○ 41 %-49 % : évaluation plus poussée requise selon l'étiologie, la stabilité et la réponse au traitement ○ ≤ 40 % : non médicalement apte au travail

Surveillance et suivi de l'aptitude médicale au travail

Le suivi de l'aptitude médicale au travail des personnes souffrant d'une communication interauriculaire ou interventriculaire (corrigées chirurgicalement ou non) est laissé à la discrétion du médecin-chef de la compagnie de chemin de fer.

4.1.7 Transplantation cardiaque

En raison du taux cumulé de morbidité élevé, ce qui comprend les complications vasculaires, et de l'augmentation du taux de mortalité au fil du temps, les personnes qui ont subi une transplantation cardiaque ne sont pas considérées médicalement aptes à occuper un poste essentiel à la sécurité.

4.2 Troubles vasculaires

4.2.1 Hypertension artérielle

L'hypertension artérielle est l'une des principales causes des maladies cardiovasculaires. Une hypertension mal contrôlée peut entraîner une incapacité soudaine en raison de divers troubles connexes comme un infarctus du myocarde, un accident ischémique transitoire et un accident vasculaire cérébral. Les cibles de tension artérielle visées sont détaillées dans les lignes directrices nationales.

⁴ Cela comprend les personnes souffrant d'une communication interauriculaire ou interventriculaire corrigée chirurgicalement.

⁵ Si la communication interauriculaire ou interventriculaire est corrigée à l'âge adulte, l'évaluation de l'aptitude médicale au travail et tous les tests requis ne doivent pas être faits avant 3 mois suivant la chirurgie.

Exigences relatives à l'aptitude médicale au travail

- Mesures uniques de la pression artérielle :
 - TA systolique de < 180 mmHg
 - et**
 - TA diastolique de < 110 mmHg
- Mesures moyennes de la pression artérielle sur 3 mois :
 - TA systolique de < 160 mmHg
 - et**
 - TA diastolique de < 100 mmHg

Surveillance et suivi de l'aptitude médicale au travail

La fréquence du suivi de l'aptitude médicale au travail est laissée à la discrétion du médecin-chef de la compagnie de chemin de fer.

4.2.2 Anévrisme de l'aorte

Anévrisme de l'aorte : Dilatation de l'aorte due à une faiblesse de la paroi artérielle pouvant entraîner une distension progressive. Les anévrismes de l'aorte peuvent être présents sans symptômes. Cependant, une rupture d'anévrisme peut entraîner une incapacité soudaine ou être fatale. Les anévrismes de l'aorte sont souvent associés à une maladie coronarienne.

Exigences relatives à l'aptitude médicale au travail

- Diamètre de < 5,5 cm (ou de < 5 cm en présence de facteurs de risque additionnels de rupture d'anévrisme)

Surveillance et suivi de l'aptitude médicale au travail

Diamètre < 4 cm : L'aptitude médicale au travail doit être réévaluée dans le cadre du programme d'évaluation médicale périodique et doit comprendre une imagerie de l'aorte dilatée et tous les tests jugés appropriés par le médecin traitant, ainsi que la confirmation du respect continu du traitement.

Diamètre ≥ 4 cm à < 5,5 cm (ou < 5 cm en présence de facteurs de risque de rupture d'anévrisme additionnels) : L'aptitude médicale au travail doit être réévaluée chaque année et doit comprendre une imagerie de l'aorte dilatée et tous les tests jugés appropriés par le médecin traitant, ainsi que la confirmation du respect continu du traitement.

Diamètre ≥ 5,5 cm (ou < 5 cm en présence de facteurs de risque de rupture d'anévrisme additionnels) : En raison du risque d'incapacité soudaine, ces personnes ne sont pas considérées médicalement aptes à occuper un poste essentiel à la sécurité.

4.2.3 Sténose carotidienne

Sténose carotidienne : Rétrécissement de l'une ou des deux artères carotides, généralement dû à l'accumulation des plaques athérosclérotiques. Elle est souvent asymptomatique et n'est détectée que par un bruit carotidien à un examen. Le risque d'accident vasculaire cérébral ou

d'accident ischémique transitoire augmente avec le degré de sténose. La sténose carotidienne est également associée à une maladie coronarienne.

Exigences relatives à l'aptitude médicale au travail

- La maladie coronarienne a été exclue ou est prise en charge de manière appropriée si elle est présente
- Sténose carotidienne < 70 % dans les deux artères carotides à une échographie Doppler bilatérale

Surveillance et suivi de l'aptitude médicale au travail

Sténose < 50 % dans les deux artères carotides : L'aptitude médicale au travail est laissée à la discrétion du médecin-chef de la compagnie de chemin de fer.

Sténose ≥ 50 % dans l'une des artères carotides : L'aptitude médicale au travail doit être réévaluée chaque année et comprendre une imagerie des artères carotides et tous les tests jugés appropriés par le médecin traitant, ainsi que la confirmation du respect continu du traitement.

4.2.4 Thrombose périphérique

4.2.4.1 *Événements thromboemboliques veineux*

Thrombose veineuse : Formation d'un thrombus (caillot sanguin) dans une veine. Ces caillots sanguins proviennent souvent du système veineux des jambes (thrombose veineuse profonde ou TVP). Ils peuvent se développer spontanément ou être causés par un trouble médical aigu ou chronique prédisposant. Les personnes souffrant de troubles chroniques prédisposants ou d'épisodes récurrents de thrombose veineuse ont généralement besoin d'une anticoagulothérapie à long terme. Les thrombi veineux profonds peuvent atteindre le système vasculaire artériel pulmonaire et provoquer une embolie pulmonaire. Ils peuvent également avoir des effets à plus long terme sur le système veineux touché, entraînant un taux de récurrence plus élevé. Les tumeurs malignes actives, la chirurgie, l'immobilisation, la prise d'œstrogènes et la grossesse sont des facteurs déclencheurs transitoires courants. Cependant, dans jusqu'à 50 % des cas le développement d'une TVP initiale n'est pas provoqué (« idiopathique »).

Embolie pulmonaire : Caillot sanguin qui s'est déplacé vers le système vasculaire artériel pulmonaire à partir d'une autre partie du corps. Une TVP est souvent à l'origine d'une embolie pulmonaire. Cependant, un thrombus veineux préexistant n'est pas toujours identifié. Les embolies pulmonaires peuvent provoquer un blocage soudain de la circulation sanguine dans les artères de l'un ou des deux poumons. Les embolies pulmonaires massives peuvent provoquer une incapacité soudaine et être fatales. Elles peuvent également avoir des effets à plus long terme sur le système vasculaire artériel pulmonaire et sur la fonction cardiaque. La plupart des décès directement liés aux embolies pulmonaires surviennent dans le mois suivant l'événement.

Anticoagulothérapie : L'anticoagulothérapie initiale vise à prévenir l'extension du thrombus veineux, à empêcher l'apparition ou la progression d'une embolie pulmonaire et à soulager les symptômes aigus. Les raisons fréquemment liées à l'extension, à la progression ou à la récurrence d'un thrombus veineux ou d'une embolie pulmonaire sont entre autres un trouble médical sous-jacent (cancer, syndrome antiphospholipide, maladie auto-immune) ou une anticoagulation inadéquate (non-respect du traitement, interactions médicamenteuses, interactions médicamenteuses et alimentaires). Les récurrences d'événements

thromboemboliques veineux sont traitées de la même manière que les événements initiaux, en tenant compte de leur étiologie.

Effets à long terme : Les thromboses veineuses et les embolies pulmonaires peuvent endommager le système vasculaire veineux, entraînant un syndrome post-thrombotique résiduel ou une hypertension pulmonaire thromboembolique chronique. Ces maladies peuvent limiter les capacités physiques d'une personne, même en l'absence d'un thrombus veineux ou d'une embolie pulmonaire.

Risque de saignement : Le risque global de saignement sous anticoagulants oraux (ce qui comprend les légers saignements comme l'épistaxis) est de 1 % à 2 % par année.

Exigences relatives à l'aptitude médicale au travail

Facteur déclencheur transitoire majeur	<ul style="list-style-type: none">• Au moins un mois s'est écoulé après un traitement approprié et les symptômes aigus s'améliorent• Au moins 3 mois d'anticoagulothérapie prévus
Non provoqué ou facteur déclencheur majeur persistant	<ul style="list-style-type: none">• Au moins un mois s'est écoulé après un traitement approprié et les symptômes aigus s'améliorent• Anticoagulothérapie de durée indéterminée prévue

Surveillance et suivi de l'aptitude médicale au travail

Facteur déclencheur transitoire majeur : L'aptitude médicale au travail doit être réévaluée après 3 mois. Les exigences spécifiques sur le suivi de l'aptitude médicale au travail sont laissées à la discrétion du médecin-chef de la compagnie de chemin de fer.

Non provoqué ou facteur déclencheur majeur persistant : L'aptitude médicale au travail doit être réévaluée après 3 mois, puis chaque année par la suite, et doit comprendre tous les tests jugés appropriés par le médecin traitant, ainsi que la confirmation du respect continu du traitement. Si l'anticoagulothérapie est interrompue, une justification médicale doit être fournie. L'aptitude médicale au travail est alors laissée à la discrétion du médecin-chef de la compagnie de chemin de fer.

4.2.4.2 Thrombose artérielle périphérique

Thrombose artérielle : Formation d'un thrombus dans une artère. Cela commence généralement par le développement d'une plaque athérosclérotique (maladie artérielle périphérique), mais peut également se produire en présence d'une coagulopathie ou d'un autre trouble médical chronique prédisposant.

Exigences relatives à l'aptitude médicale au travail

<ul style="list-style-type: none">• La maladie coronarienne a été exclue ou est prise en charge de manière appropriée si elle est présente• Au moins un mois s'est écoulé après un traitement approprié et les symptômes aigus s'améliorent
--

Surveillance et suivi de l'aptitude médicale au travail

Le suivi de l'aptitude médicale au travail est laissé à la discrétion du médecin-chef de la compagnie de chemin de fer.

4.3 Syncope

Syncope : Syndrome clinique où une perte de conscience transitoire est causée par une période d'hypoperfusion cérébrale, découlant le plus souvent d'une chute brutale de la tension artérielle systémique. La syncope doit être différenciée d'autres troubles pouvant avoir des présentations similaires comme une crise convulsive ou un accident vasculaire cérébral. Les principales causes cardiovasculaires de syncope peuvent être catégorisées en syncope réflexe, hypotension orthostatique et syncope d'origine cardiaque. La **lipothymie** est un ensemble de symptômes susceptibles d'évoluer vers une syncope.

Syncope réflexe (ou syncope à médiation neuronale) : Syncope due à une réponse réflexe avec vasodilatation et/ou bradycardie, entraînant une hypotension systémique et une hypoperfusion cérébrale. Les types de syncope réflexe comprennent la syncope vasovagale, la syncope réflexe réactionnelle (p. ex. miction, toux, déglutition, etc.), la syncope du sinus carotidien et certains cas sans déclencheurs apparents. En général, la syncope réflexe est de courte durée (1 à 2 minutes). Le rétablissement complet peut être retardé en raison de la fatigue ressentie pendant une longue période après l'événement. La **syncope vasovagale** est la cause de syncope la plus courante chez les personnes de tous âges. Les réactions vasovagales aiguës entraînant une syncope ou une lipothymie sont également courantes dans un certain nombre de situations potentiellement stressantes. La syncope vasovagale se produit généralement en position debout ou assise. Les déclencheurs classiques sont le stress émotionnel ou orthostatique, les stimuli douloureux ou nocifs, la peur d'une blessure corporelle, la station debout prolongée, l'exposition à la chaleur ou l'effort physique.

Hypotension orthostatique : Baisse significative de la tension artérielle en position debout. Les symptômes apparaissent quelques secondes à quelques minutes après la prise de position debout et disparaissent rapidement en position couchée.

Syncope d'origine cardiaque : Syncope due à un trouble cardiaque sous-jacent (p. ex. dysrythmie, cardiopathie structurelle, cardiomyopathie, embolie pulmonaire importante).

Symptômes avant-coureurs classiques associés à une syncope réflexe imminente et à une lipothymie (surtout dans les cas de syncope vasovagale)

<ul style="list-style-type: none">• Vertiges• Sudation• Palpitations• Nausées• Malaise abdominal	<ul style="list-style-type: none">• Sensation de chaleur ou de froid• Vision trouble évoluant parfois vers un obscurcissement temporaire de la vision• Perception de sons inhabituels ou diminution de l'audition• Pâleur
--	--

Exigences relatives à l'aptitude médicale au travail

<ul style="list-style-type: none">• Les causes de perte de conscience cardiaques, vasculaires, métaboliques, neurologiques et liées à une substance ont été exclues en tant que causes de syncope ou de lipothymie
--

- La personne connaît les événements déclencheurs et peut prendre des mesures pour prévenir de futurs épisodes de syncope ou de lipothymie
- Au moins 12 mois se sont écoulés depuis la syncope si l'étiologie demeure inconnue

Surveillance et suivi de l'aptitude médicale au travail

L'aptitude médicale au travail des personnes ayant des antécédents de syncope d'étiologie inconnue doit être réévaluée après un an et doit comprendre tous les tests jugés appropriés par le médecin traitant, ainsi que la confirmation du respect continu du traitement. Le suivi de l'aptitude médicale au travail peut être interrompu après deux évaluations favorables consécutives. Le suivi de l'aptitude médicale au travail pour les autres cas de syncope ou de lipothymie est laissé à discrétion du médecin-chef de la compagnie de chemin de fer.

Medical Report - Cardiovascular Disorders (Safety Critical Position)
Rapport médical - Troubles cardiovasculaires (Poste essentiel à la sécurité)

Section 1 - Employee information and consent - Renseignements sur la personne examinée et consentement

Name - Nom	Date of birth - Date de naissance	PIN - Matricule
Email - Courriel	Phone (home) - Téléphone (domicile)	
Job title - Titre du poste	Immediate supervisor - Superviseur immédiat	Phone (work) - Téléphone (travail)

Examinee's consent for the release of medical information to the office of the Chief Medical Officer

I, the undersigned, acknowledge that I occupy (or may occupy) a Safety Critical Position and I will report any medical condition that may constitute a threat to safe railway operations. I declare that the information that I have provided or will be providing to the health care professional completing this report is truthful and complete. I hereby authorize the health care professional to release this completed form to the Office of the Chief Medical Officer (CMO) and to discuss the information contained in this report. I also authorize the health care professional to release any relevant medical information related to testing such as laboratory tests, ECG, etc., as well as medical reports from specialists. I understand that this information will be reviewed for the purpose of making a fitness for duty determination. This consent is valid for six months from the date of signature.

Consentement de la personne à la divulgation de renseignements médicaux au bureau du médecin-chef

Je, soussigné(e), reconnais que j'occupe (ou applique pour) un poste considéré comme essentiel pour la sécurité, et que je vais rapporter toute condition médicale qui pourrait constituer une menace à la sécurité des opérations ferroviaires. Je déclare que les renseignements que j'ai fournis et que je fournirai au professionnel de la santé complétant ce rapport sont véridiques et complets. J'autorise, par la présente, le professionnel à faire parvenir au bureau du médecin-chef la copie originale du présent formulaire et à commenter les renseignements contenus dans ce rapport. J'autorise également le professionnel à transmettre tout renseignement médical pertinent lié à des tests tels que des examens de laboratoire, etc. et à des rapports médicaux de médecins spécialistes. Je comprends que ces renseignements seront révisés avec l'objectif d'évaluer mon aptitude au travail. Ce consentement est valide pour six mois à compter de la date de signature.

Signature of examinee - Signature de la personne examinée

Date

⁶ Ceci est un exemple de rapport médical pour les personnes avec des troubles cardiovasculaires. Il a été préparé pour permettre d'utiliser une approche cohérente et normalisée. Il peut être modifié à la discrétion du médecin-chef de la compagnie de chemin de fer.

Section 2 - Instructions to professional - Renseignements à l'intention du professionnel

Employees working in Safety Critical Positions operate or control the movement of trains. Impaired performance due to a medical condition could result in a significant incident affecting the health and safety of employees, the public, property or the environment. Special attention should be devoted to medical conditions that may result in sudden mental or physical impairment or any condition that may potentially interfere with an employee's ability to perform their duties in a safe manner. In the case of chronic conditions, be aware that impairment may occur gradually. In order to make an individualized assessment of your patient's fitness for duty, we require some information from you. Please complete Sections 3, 4 and 5 of this form. Under the Federal Railway Safety Act, physicians have an obligation to notify the Office of the Chief Medical Officer if an individual occupying a Safety Critical Position has a medical condition that, in their opinion, is likely to pose a threat to safe railway operations. **Please write legibly.**

*Les employé(e)s occupant un poste essentiel à la sécurité ferroviaire dirigent ou contrôlent le mouvement des trains. Toute perturbation au niveau du rendement attribuable à un trouble d'ordre médical peut menacer la santé et la sécurité des employés et de la population, et causer des dommages aux biens et à l'environnement. Une attention particulière devrait être dévolue aux conditions médicales pouvant donner lieu à une incapacité soudaine d'ordre mental ou physique, ou à toute condition qui pourrait interférer avec la capacité de l'employé(e) à effectuer ses tâches de façon sécuritaire. Dans le cas de conditions chroniques, soyez conscient que l'incapacité peut survenir de façon graduelle. Veuillez compléter les sections 3, 4 et 5. En vertu de la Loi fédérale sur la sécurité ferroviaire, les médecins ont l'obligation d'aviser le médecin-chef si un individu occupant un poste essentiel à la sécurité présente une condition médicale qui, selon leur opinion, est susceptible de constituer une menace pour la sécurité des opérations. **Veuillez écrire de façon lisible.***

**FOR ASSISTANCE REGARDING ANY COMPONENT OF THIS REPORT, CALL:
POUR OBTENIR DE L'AIDE CONCERNANT LE PRÉSENT RAPPORT, TÉLÉPHONEZ AU**

The complete Canadian Railway Medical Rules Handbook can be found online at:
La version intégrale du Manuel du règlement médical des chemins de fer est accessible en ligne:
<https://www.railcan.ca/regulatory-affairs/railway-rules-standards/>

Section 3 - To be completed by the professional - À être complété par le professionnel

GENERAL INFORMATION - INFORMATIONS GÉNÉRALES

Is the individual a regular patient?
Suivez-vous cette personne de façon régulière?

Yes No
Oui Non

MEDICAL HISTORY - HISTOIRE DE LA MALADIE

- | | | |
|-----------------------|--|--|
| Diagnosis(es): | <input type="checkbox"/> Hypertension - <i>Hypertension artérielle</i> | <input type="checkbox"/> Dysrhythmia - <i>Dysrythmie</i> |
| Diagnostic(s): | <input type="checkbox"/> Stable angina - <i>Angine stable</i> | <input type="checkbox"/> Stroke/TIA - <i>AVC/ICT</i> |
| | <input type="checkbox"/> Unstable angina - <i>Angine instable</i> | <input type="checkbox"/> Pulmonary emboli - <i>Embolie pulmonaire</i> |
| | <input type="checkbox"/> NSTEMI | <input type="checkbox"/> DVT - <i>TVP</i> |
| | <input type="checkbox"/> STEMI | <input type="checkbox"/> Aortic aneurysm - <i>Anévrisme de l'aorte</i> |
| | <input type="checkbox"/> Valvular disease - <i>Maladie valvulaire</i> | <input type="checkbox"/> Other (specify) - <i>Autre (spécifier)</i> |

Please provide **details** (date of onset, dates of hospitalization, ER visits) - *Veillez fournir des détails (date d'apparition des symptômes, dates d'hospitalisation, visites à l'urgence):*

Current signs & symptoms - Signes et symptômes actuels: _____

CURRENT TREATMENT - TRAITEMENT ACTUEL

Medication(s) <i>Médication(s)</i>	Start date <i>Date de début</i>	Current dose <i>Dose actuelle</i>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Other treatments - Autres traitements: _____

• Is the individual compliant with treatment recommendations?
La personne respecte-t-elle le traitement prescrit? Yes No
If no, please provide details - *Si non, veuillez préciser:* _____
Oui Non

• Is the individual free from treatment side effects?
La personne est-elle exempte d'effets secondaires associés au traitement? Yes No
If no, please provide details - *Si non, veuillez préciser:* _____
Oui Non

Section 3 - To be completed by the professional (cont'd) - À être complété par le professionnel (suite)**CURRENT TREATMENT (CONTINUED) - TRAITEMENT ACTUEL (SUITE)**

- Is the individual being followed by a specialist? Yes No
La personne est-elle suivie par un spécialiste? Oui Non
 If yes, please provide details - *Si oui, veuillez préciser:* _____

What is the treatment plan going forward? - *Quel est le plan de traitement pour la suite?* _____

Follow-up appointment date - *Date du prochain suivi:* _____

GLOBAL CARDIOVASCULAR RISK ASSESSMENT - ÉVALUATION DU RISQUE CARDIOVASCULAIRE GLOBAL

- | | YES/OUI | NO/NON |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Family history of coronary artery disease - <i>Histoire familiale de maladie coronarienne athérosclérotique</i>
Specify - <i>Spécifier:</i> _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Smoking - <i>Tabagisme</i>
Cessation date - <i>Date d'arrêt:</i> _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Diabetes - <i>Diabète</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Hypertension - <i>Hypertension artérielle</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Is the individual physically active? - <i>La personne est-elle active physiquement?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Date of last lipid profile - *Date du dernier bilan lipidique:* _____

Total cholesterol - *Cholestérol total:* _____
 LDL cholesterol - *Cholestérol LDL:* _____
 HDL cholesterol - *Cholestérol HDL:* _____
 Triglycerides - *Triglycérides:* _____
 Total chol/HDL - *Chol total/HDL:* _____

Objective exam - *Examen objectif:*

Weight - *Poids:* _____
 Height - *Taille:* _____

BMI - *IMC:* _____
 Waist - *Tour de taille:* _____

- Are the individual's modifiable risk factors for coronary artery disease under control? Yes No
Les facteurs de risques cardiovasculaires modifiables sont-ils sous contrôle? Oui Non
 If no, please provide details - *Si non, veuillez préciser:* _____

Section 3 - To be completed by the professional (cont'd) - À être complété par le professionnel (suite)**MEDICAL REPORTS - RAPPORTS MÉDICAUX**

Please attach reports of the following tests or procedures completed over the past 12 months - *Veillez joindre les rapports des procédures ou examens suivants complétés au cours des 12 derniers mois:*

- Resting ECG - *ECG au repos*
- Maximal effort** exercise stress test (Bruce protocol if possible) - *Épreuve d'effort maximal (protocole Bruce si possible)*
Duke score - Score de Duke: _____
https://qxmd.com/calculate/calculator_68/duke-treadmill-score
- Pharmacological stress test - *Épreuve d'effort pharmacologique*
- Echocardiogram - *Échographie cardiaque*
- Angiography - *Angiographie*
- Holter monitor study - *Moniteur Holter*
- Cardiac MRI - *IRM cardiaque*
- Chest x-ray - *Radiographie pulmonaire*
- Surgical procedure report - *Protocole opératoire*
- Other - *Autre:* _____

Please attach specialists' consultation reports/clinic notes for the past 12 months - *Veillez joindre les rapports de consultation/notes cliniques de spécialistes des 12 derniers mois.*

Yes No
 Oui Non

Section 4 - Fitness for duty - Aptitude au travail

IMPORTANT : Canadian Railway employees who work in a Safety Critical Position operate or control the movement of trains. Physical and mental fitness is mandatory. Impaired performance due to a medical condition could result in a significant incident affecting the health and safety of employees, the public, property or the environment. **Your opinion on this individual's fitness to work in a Safety Critical Position would be appreciated.**

IMPORTANT : Les employé(e)s occupant un poste essentiel à la sécurité ferroviaire dirigent ou contrôlent le mouvement des trains. Toute perturbation au niveau du rendement attribuable à un trouble d'ordre médical peut menacer la santé et la sécurité des employés et de la population, et causer des dommages aux biens et à l'environnement. **Votre opinion par rapport à l'aptitude de la personne à occuper un poste essentiel à la sécurité ferroviaire serait appréciée.**

In your professional opinion, is the examined individual medically fit for duty in a Safety Critical Position? - *Selon votre opinion professionnelle, la personne examinée est-elle apte à occuper un poste essentiel à la sécurité ferroviaire?*

Yes - *Oui* No - *Non*

Restrictions/comments - *Restrictions/commentaires:* _____

Do you wish to discuss your patient's condition with the Office of the Chief Medical Officer?
Souhaitez-vous discuter de ce cas avec le bureau du médecin-chef?

Yes No
 Oui Non

Section 5 - Professional's statement and information - *Déclaration du professionnel et renseignements*

This report will be used to make an assessment on this employee's fitness for duty and constitutes a third party service. In completing this report, please be thorough and write legibly. If you have any questions regarding any components of this report, call the toll-free number listed at the bottom of the first page.

Ce rapport servira à évaluer l'aptitude au travail de cette personne, et constitue un service fourni par une tierce partie. Lorsque vous remplirez ce formulaire, veuillez vous assurer de bien remplir toutes les rubriques et d'écrire lisiblement. Pour toutes questions concernant le contenu de ce formulaire, veuillez nous contacter au numéro sans frais mentionné au bas de la première page.

I certify that the information documented in this report is, to the best of my knowledge, correct.
J'atteste que les renseignements contenus dans ce rapport sont, en autant que je sache, exacts.

Date of examination - *Date de l'examen*: _____

Name of professional - *Nom du professionnel*: _____

Please print - *En lettres moulées*

Address and telephone number - *Adresse et numéro de téléphone*:

- Family physician - *Médecin de famille*
 Specialist - *Spécialiste*

Specify - *Spécifier*: _____

Signature: _____

Date (Y-A /M/D-J): _____

Section 11 – Diabète

LIGNES DIRECTRICES SUR L'APTITUDE MÉDICALE AU TRAVAIL DES PERSONNES ATTEINTES DE DIABÈTE ET OCCUPANT UN POSTE ESSENTIEL À LA SÉCURITÉ DANS LE SECTEUR FERROVIAIRE CANADIEN

1	INTRODUCTION.....	110
2	CONSIDÉRATIONS LIÉES À L'APTITUDE MÉDICALE AU TRAVAIL	110
3	LIGNES DIRECTRICES GÉNÉRALES SUR L'APTITUDE MÉDICALE AU TRAVAIL	110
3.1	ÉVALUATION ET RAPPORT	110
3.2	RESPONSABILITÉS DE LA PERSONNE ET DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ	111
3.3	ÉVALUATION DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES	111
3.4	PROBLÈMES MÉDICAUX MULTIPLES	112
4	EXIGENCES SPÉCIFIQUES SUR L'APTITUDE MÉDICALE AU TRAVAIL ET SUIVI	112
4.1	DIABÈTE SUCRE (DIABÈTE)	112
4.2	COMPLICATIONS ASSOCIÉES AU DIABÈTE	115
	ANNEXE I – MÉDICAMENTS POUR LE DIABÈTE	117
	ANNEXE II – RAPPORT MÉDICAL	118

1 Introduction

Les employés canadiens des chemins de fer qui occupent un poste essentiel à la sécurité dirigent ou contrôlent le mouvement des trains. Leur santé physique et mentale est essentielle. Une mauvaise performance due à un problème médical pourrait causer un incident grave nuisant à la santé et à la sécurité des employés et du public, aux biens ou à l'environnement.

Les présentes lignes directrices sur l'aptitude médicale au travail donnent un aperçu du diabète sucré (diabète), des médicaments utilisés pour traiter le diabète et des complications associées au diabète. Les lignes directrices de pratique clinique de Diabète Canada ont servi de référence pour l'élaboration des présentes lignes directrices.

Si une personne a un problème médical lié au diabète qui n'est pas couvert dans les présentes lignes directrices, l'aptitude médicale au travail sera déterminée par le médecin-chef de la compagnie de chemin de fer et guidée, en partie, par les considérations de la section 2.

2 Considérations liées à l'aptitude médicale au travail

Le diabète, les médicaments utilisés pour traiter le diabète et les complications associées au diabète peuvent entraîner une déficience fonctionnelle progressive ou une incapacité soudaine. Les points suivants doivent être pris en considération pendant l'évaluation de l'aptitude médicale au travail d'une personne occupant un poste essentiel à la sécurité :

- Type, durée, évolution et gravité du diabète
- Présence de complications associées au diabète
- Résultats des tests pertinents
- Stabilité du diabète
- Risque de déficience fonctionnelle progressive ou d'incapacité soudaine
- Degré de perturbation de la vigilance, de l'attention, des fonctions cognitives, de la concentration, de la lucidité, du jugement et de la mémoire dû au diabète ou aux médicaments utilisés pour le traiter
- Respect des recommandations de traitement et du suivi médical
- Présence de toute comorbidité médicale.
- Exigences professionnelles du poste essentiel à la sécurité
- Opinion du ou des médecins traitants et de tout autre médecin ou professionnel de la santé consulté

3 Lignes directrices générales sur l'aptitude médicale au travail

3.1 Évaluation et rapport

L'évaluation de l'aptitude médicale au travail devrait comprendre les antécédents complets, un examen physique, une revue des résultats des tests pertinents ainsi qu'une évaluation du respect du traitement recommandé.

Un rapport écrit doit être remis au médecin-chef de la compagnie de chemin de fer et devrait comprendre l'information suivante :

- Le ou les diagnostics
- Les résultats des examens pertinents

- Le traitement recommandé
- Les lettres de consultation pertinentes
- Les limitations fonctionnelles et/ou les restrictions de travail
- Une opinion sur l'aptitude médicale de la personne à occuper un poste essentiel à la sécurité

Le rapport devrait être préparé par un médecin généraliste ou un médecin spécialiste. Nous sommes toutefois conscients que l'accès à un médecin traitant peut être limité dans certaines régions. À la discrétion du médecin-chef de la compagnie de chemin de fer, une évaluation faite par une infirmière praticienne formée en prise en charge du diabète pourrait être une alternative acceptable.

3.2 Responsabilités de la personne et des professionnels de la santé

Les personnes atteintes de diabète et les professionnels de la santé qui les traitent doivent signaler immédiatement au médecin-chef de la compagnie de chemin de fer :

- Tout épisode d'hypoglycémie avec une déficience cognitive, selon la définition de la section 4.1
- Le début d'un traitement avec un médicament sécrétagogue de l'insuline
- Le début d'une insulinothérapie
- La modification d'un traitement avec un médicament sécrétagogue de l'insuline, ce qui comprend les changements de monothérapie, le début d'un traitement d'association ou des changements au traitement d'association
- La modification d'une insulinothérapie, ce qui comprend les changements au nombre d'injections d'insuline par jour ou tout changement du type d'insuline, ainsi que le début d'un traitement d'association ou des changements au traitement d'association

3.3 Évaluation des maladies cardiovasculaires

Une évaluation de l'aptitude médicale au travail pour les maladies cardiovasculaires, ce qui comprend une évaluation de la cardiopathie ischémique, doit être faite pour les personnes diabétiques qui présentent l'une des caractéristiques suivantes :

- Symptômes typiques ou atypiques d'ischémie myocardique (p. ex. dyspnée inexpliquée, inconfort thoracique)
- Problèmes médicaux comorbides :
 - Maladie artérielle périphérique
 - Bruit carotidien ou sténose carotidienne
 - Antécédents d'accident ischémique transitoire, d'accident vasculaire cérébral ou d'autre incident vasculaire cérébral
 - Maladie rénale chronique
- Anomalies sur l'électrocardiogramme au repos indiquant une ischémie myocardique ou un infarctus du myocarde antérieur
- Score calcique > 400 (si disponible)
- Facteurs de risque de maladie cardiovasculaire modifiables qui ne sont pas bien contrôlés

Une échocardiographie d'effort ou une imagerie nucléaire pharmacologique devrait être complétée pour les diabétiques dont les anomalies sur l'électrocardiogramme au repos empêcheraient d'interpréter un test d'effort à l'exercice (p. ex. bloc de branche gauche, anomalies ST-T).

3.4 Problèmes médicaux multiples

En présence de multiples problèmes médicaux, ce qui comprend les complications associées au diabète, l'aptitude médicale au travail de la personne occupant un poste essentiel à la sécurité doit tenir compte du risque cumulatif lié à tous les problèmes médicaux.

4 Exigences spécifiques sur l'aptitude médicale au travail et suivi

En plus des considérations liées à l'aptitude médicale au travail de la section 2 et des lignes directrices générales sur l'aptitude médicale au travail de la section 3, les personnes atteintes de diabète peuvent être considérées comme médicalement aptes à occuper un poste essentiel à la sécurité si elles répondent aux exigences spécifiques présentées aux sous-sections suivantes.

Les exigences relatives à des évaluations de l'aptitude médicale au travail plus fréquentes, à des rapports médicaux additionnels ou à des examens additionnels sont laissées à la discrétion du médecin-chef de la compagnie de chemin de fer.

Les exigences sur l'aptitude médicale au travail présentées aux sections suivantes font référence aux examens diagnostiques couramment utilisés. L'acceptation d'autres examens diagnostiques relève de la discrétion du médecin-chef de la compagnie de chemin de fer.

4.1 Diabète sucré (diabète)

Diabète : Condition médicale dans laquelle l'organisme ne produit pas des quantités adéquates d'insuline ou résiste à l'action de l'insuline qu'il produit. En conséquence, la glycémie n'est pas bien contrôlée. En cas de diabète de type 1, l'organisme ne produit pas d'insuline en raison d'une atteinte auto-immune des cellules bêta du pancréas. Le diabète de type 1 se développe généralement pendant l'enfance ou l'adolescence, mais il peut survenir à tout âge. Les personnes atteintes de diabète de type 1 ont besoin d'une insulinothérapie. En cas de diabète de type 2, l'organisme résiste à l'action de l'insuline ou ne produit pas des quantités suffisantes d'insuline. Le diabète de type 2 peut souvent être géré par une alimentation saine, le maintien d'un poids corporel approprié et la pratique régulière d'une activité physique. Si ces mesures ne suffisent pas, des médicaments oraux ou parentéraux peuvent être nécessaires pour contrôler la glycémie. L'hémoglobine glyquée (hémoglobine A1c, HbA1c ou A1C) est une mesure indirecte du contrôle de la glycémie et donne une idée de la glycémie moyenne de la personne au cours des trois mois précédents.

Hyperglycémie (taux élevé de glucose dans le sang) : Peut entraîner des complications aiguës et chroniques associées au diabète. Une hyperglycémie aiguë peut provoquer des troubles visuels, des complications cardiovasculaires, une acidocétose diabétique, un état hyperglycémique hyperosmolaire ou un coma diabétique. Une hyperglycémie chronique peut entraîner des troubles cardiovasculaires, des troubles cérébrovasculaires, des troubles neurologiques, des troubles de la vision et d'autres problèmes médicaux liés au diabète (voir la section 4.2).

Traitement du diabète : Approche à multiples facettes pour contrôler la glycémie comprenant une alimentation saine, le maintien d'un poids corporel approprié, la pratique d'une activité physique régulière, et l'identification et la gestion des problèmes médicaux liés au diabète. Les programmes d'éducation sur le diabète proposent des conseils individuels et/ou des ateliers de groupe qui peuvent aider les personnes vivant avec le diabète à gérer leur problème médical. Les médecins traitants et les professionnels de la santé formés en prise charge du diabète peuvent également fournir une éducation efficace, souvent dans une clinique ou un centre médical multidisciplinaire. Les médicaments sont entre autres les médicaments non insuliniques oraux et injectables, et

l'insuline injectable. L'annexe I présente des exemples de médicaments d'usage courant pour chaque classe de médicaments.

Hypoglycémie (taux faible de glucose dans le sang) : Peut entraîner une déficience fonctionnelle progressive ou une incapacité soudaine. Les personnes qui gèrent leur diabète uniquement en modifiant leur mode de vie et/ou en prenant des médicaments non sécrétagogues de l'insuline présentent un risque plus faible de développer une hypoglycémie que les personnes qui doivent prendre des médicaments sécrétagogues de l'insuline. Les personnes sous insulinothérapie présentent le risque le plus élevé de développer une hypoglycémie. L'hypoglycémie avec atteinte cognitive désigne des épisodes d'hypoglycémie associés à des symptômes neuroglycopéniques (p. ex. difficultés de concentration, confusion, faiblesse, somnolence, troubles de la vision, difficultés d'élocution, maux de tête, vertiges) ou nécessitant l'aide d'une autre personne. La méconnaissance de l'hypoglycémie désigne le fait qu'une personne ne sait pas que sa glycémie est basse car elle ne ressent pas les symptômes neurogènes (autonomes) caractéristiques de l'hypoglycémie (p. ex. tremblements, palpitations, transpiration, anxiété, faim, nausées, picotements) qui servent à l'avertir que sa glycémie est basse.

Exigences sur l'aptitude médicale au travail

Aux fins des présentes lignes directrices, les exigences sur l'aptitude médicale au travail sont classées en trois catégories, selon le risque d'hypoglycémie induite associé au traitement.

<p>Changements au mode de vie uniquement et médicaments non sécrétagogues de l'insuline</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inhibiteurs de l'alpha-glucosidase • Biguanides • Inhibiteurs de la DPP-4 • Thiazolidinediones • Agonistes du récepteur GLP-1 • Inhibiteurs du SGLT2 	<ul style="list-style-type: none"> • Programme d'éducation sur le diabète complété • Mesure récente du taux d'A1C (au cours des trois mois précédents) $\leq 12\%$. • Absence de méconnaissance de l'hypoglycémie. • Tous les épisodes d'hypoglycémie avec atteinte cognitive ont été évalués par le professionnel de la santé traitant et des mesures appropriées ont été prises pour minimiser la récurrence • Toute anomalie sur un électrocardiogramme au repos a été évaluée et la personne est médicalement apte au travail conformément aux lignes directrices applicables sur l'aptitude médicale au travail • Les complications associées au diabète ont été évaluées et la personne est médicalement apte au travail conformément aux lignes directrices applicables sur l'aptitude médicale au travail
--	--

<p>Médicaments sécrétagogues de l'insuline</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sulfonylurées • Méglitinides 	<ul style="list-style-type: none"> • Programme d'éducation sur le diabète complété • Mesure récente du taux d'A1C (au cours des trois mois précédents) $\leq 12\%$ • Absence de méconnaissance de l'hypoglycémie • Tous les épisodes d'hypoglycémie avec atteinte cognitive ont été évalués par le professionnel de la santé traitant et des mesures appropriées ont été prises pour minimiser la récurrence • Respect de la surveillance de la glycémie recommandée par le professionnel de santé traitant • La personne a toujours un glucomètre et une source de glucides à action rapide quand elle est en service ou sur appel • Le régime médicamenteux n'a pas changé pendant une période minimale d'une semaine, ce qui comprend tout changement de monothérapie, le début d'un traitement d'association ou des changements au traitement d'association • Toute anomalie sur un électrocardiogramme au repos a été évaluée et la personne est médicalement apte au travail conformément aux lignes directrices applicables sur l'aptitude médicale au travail • Les complications associées au diabète ont été évaluées et la personne est médicalement apte au travail conformément aux lignes directrices applicables sur l'aptitude médicale au travail
<p>Insuline et analogues de l'insuline</p> <ul style="list-style-type: none"> • Injections d'insuline • Traitement par pompe à insuline ¹ 	<ul style="list-style-type: none"> • Programme d'éducation sur le diabète complété • Mesure récente du taux d'A1C (au cours des trois mois précédents) $\leq 12\%$ • Absence de méconnaissance de l'hypoglycémie • Tous les épisodes d'hypoglycémie avec atteinte cognitive ont été évalués par le professionnel de la santé traitant et des mesures appropriées ont été prises pour minimiser la récurrence • Respect de la surveillance de la glycémie recommandée par le professionnel de santé traitant • La personne a toujours un glucomètre et une source de glucides à action rapide quand elle est en service ou sur appel • Le régime médicamenteux n'a pas changé pendant une période minimale d'un mois, ce qui comprend tout changement au type d'insuline ou au nombre d'injections d'insuline

¹ Le traitement par pompe à insuline (perfusion sous-cutanée continue) avec augmentation sensorielle par l'information fournie par un dispositif de surveillance continue de la glycémie est une technologie relativement nouvelle et évolutive. L'aptitude médicale au travail des personnes utilisant ce type d'appareil relève de la discrétion du médecin-chef de la compagnie de chemin de fer.

	<ul style="list-style-type: none"> • Toute anomalie sur un électrocardiogramme au repos a été évaluée et la personne est médicalement apte au travail conformément aux lignes directrices applicables sur l'aptitude médicale au travail² • Les complications associées au diabète ont été évaluées et la personne est médicalement apte au travail conformément aux lignes directrices applicables sur l'aptitude médicale au travail
--	---

Surveillance et suivi de l'aptitude médicale au travail

Changements au mode de vie uniquement et médicaments non sécrétagogues de l'insuline : L'aptitude médicale au travail doit être réévaluée dans le cadre du programme d'évaluation médicale périodique et doit comprendre une mesure récente du taux d'A1C, un électrocardiogramme au repos et tout autre examen jugé approprié par le médecin traitant, ainsi que la confirmation du respect continu du traitement.

Médicaments sécrétagogues de l'insuline : L'aptitude médicale au travail doit être réévaluée un an après le début d'un traitement avec des médicaments sécrétagogues de l'insuline ou la modification d'un traitement avec des médicaments sécrétagogues de l'insuline, et doit comprendre une mesure récente du taux d'A1C, un électrocardiogramme au repos et tout autre examen jugé approprié par le médecin traitant, ainsi que la confirmation du respect continu du traitement. L'aptitude médicale au travail doit ensuite être réévaluée dans le cadre du programme d'évaluation médicale périodique.

Insuline et analogues de l'insuline : L'aptitude médicale au travail doit être réévaluée chaque année et doit comprendre une mesure récente du taux d'A1C, un électrocardiogramme au repos² et tout autre examen jugé approprié par le médecin traitant, ainsi que la confirmation du respect continu du traitement.

4.2 Complications associées au diabète

Les personnes atteintes de diabète peuvent développer diverses complications associées à leur maladie. Le tableau ci-dessous présente certaines des complications les plus courantes.

Liste non exhaustive des complications associées au diabète

Troubles cardiovasculaires	<ul style="list-style-type: none"> • Coronaropathie • Maladie artérielle périphérique
Troubles cérébrovasculaires	<ul style="list-style-type: none"> • Accident vasculaire cérébral • Accident ischémique transitoire
Maladie rénale	<ul style="list-style-type: none"> • Néphropathie diabétique
Troubles neurologiques	<ul style="list-style-type: none"> • Neuropathie périphérique • Neuropathie autonome

² Pour les personnes atteintes de diabète de type 1, un électrocardiogramme au repos est nécessaire à la présentation initiale, puis tous les ans à partir de l'âge de 30 ans.

Troubles de la vision	<ul style="list-style-type: none">• Rétinopathie diabétique• Cataracte
------------------------------	---

La présence de toute complication associée au diabète justifie un examen des symptômes existants, des facteurs de risque de maladie cardiovasculaire et de la gestion du diabète, ainsi qu'une évaluation de l'aptitude médicale au travail tenant compte de chaque complication associée au diabète. L'aptitude médicale au travail des personnes ayant une complication médicale associée au diabète relève de la discrétion du médecin-chef de la compagnie de chemin de fer.

ANNEXE I – Médicaments pour le diabète

Médicaments non sécrétagogues de l'insuline	
Inhibiteurs de l'alpha-glucosidase	<ul style="list-style-type: none"> • Acarbose
Biguanides	<ul style="list-style-type: none"> • Metformine, metformine à action prolongée
Inhibiteurs de la DPP-4 ³	<ul style="list-style-type: none"> • Linagliptine, saxagliptine, sitagliptine
Agonistes du récepteur GLP-1 ⁴	<ul style="list-style-type: none"> • Exénatide, liraglutide, sémaglutide
Agoniste du récepteur GIP/GLP-1 ⁵	<ul style="list-style-type: none"> • Tirzépatide
Inhibiteurs du SGLT2 ⁶	<ul style="list-style-type: none"> • Canagliflozine, dapagliflozine, empagliflozine
Agents combinés	<ul style="list-style-type: none"> • Linagliptine/metformine, saxagliptine/metformine, sitagliptine/metformine
Médicaments sécrétagogues de l'insuline	
Méglitinides	<ul style="list-style-type: none"> • Natéglinide, répaglinide
Sulfonylurées	<ul style="list-style-type: none"> • Gliclazide, glimépiride, glyburide
Insuline et analogues de l'insuline	
Analogues de l'insuline à action rapide	<ul style="list-style-type: none"> • Insuline asparte, insuline glulisine, insuline lispro, insuline asparte à action rapide
Insuline à action rapide	<ul style="list-style-type: none"> • Insuline régulière
Insuline à action intermédiaire	<ul style="list-style-type: none"> • Insuline neutre protamine Hagedorn
Insuline à action prolongée	<ul style="list-style-type: none"> • Insuline détémir, insuline glargine, insuline dégludec
Insuline régulière NPH prémélangée	<ul style="list-style-type: none"> • Humulin® 30/70 • Novolin® 30/70, 40/60, 50/50
Analogues de l'insuline prémélangés	<ul style="list-style-type: none"> • Insuline asparte biphasique, insuline lispro/lispro protamine

³ Inhibiteurs de la dipeptidylpeptidase 4

⁴ Agonistes du récepteur du peptide 1 similaire au glucagon

⁵ Agoniste des récepteurs du polypeptide insulinothéropé/peptide-1 de type glucagon

⁶ Inhibiteurs du cotransporteur 2 de sodium/glucose

ANNEXE II – Rapport médical⁷

Medical Report - Diabetes (Safety Critical Position) Rapport médical - Diabète (Poste essentiel à la sécurité)

Section 1 - Employee information and consent - Renseignements sur la personne examinée et consentement

Name - Nom	Date of birth - Date de naissance	PIN - Matricule
Email - Courriel	Phone (home) - Téléphone (domicile)	
Job title - Titre du poste	Immediate supervisor - Superviseur immédiat	Phone (work) - Téléphone (travail)

Examinee's consent for the release of medical information to the office of the Chief Medical Officer

I, the undersigned, acknowledge that I occupy (or may occupy) a Safety Critical Position and I will report any medical condition that may constitute a threat to safe railway operations. I declare that the information that I have provided or will be providing to the health care professional completing this report is truthful and complete. I hereby authorize the health care professional to release this completed form to the Office of the Chief Medical Officer (CMO) and to discuss the information contained in this report. I also authorize the health care professional to release any relevant medical information related to testing such as laboratory tests, ECG, etc., as well as medical reports from specialists. I understand that this information will be reviewed for the purpose of making a fitness for duty determination. This consent is valid for six months from the date of signature.

Consentement de la personne à la divulgation de renseignements médicaux au bureau du médecin-chef

Je, soussigné(e), reconnais que j'occupe (ou applique pour) un poste considéré comme essentiel pour la sécurité, et que je vais rapporter toute condition médicale qui pourrait constituer une menace à la sécurité des opérations ferroviaires. Je déclare que les renseignements que j'ai fournis et que je fournirai au professionnel de la santé complétant ce rapport sont véridiques et complets. J'autorise, par la présente, le professionnel à faire parvenir au bureau du médecin-chef la copie originale du présent formulaire et à commenter les renseignements contenus dans ce rapport. J'autorise également le professionnel à transmettre tout renseignement médical pertinent lié à des tests tels que des examens de laboratoire, etc. et à des rapports médicaux de médecins spécialistes. Je comprends que ces renseignements seront révisés avec l'objectif d'évaluer mon aptitude au travail. Ce consentement est valide pour six mois à compter de la date de signature.

Signature of examinee - Signature de la personne examinée

Date

⁷ Ceci est exemple de rapport médical pour les personnes atteintes de diabète. Il a été préparé pour permettre une approche uniforme et normalisée. Il peut être modifié à la discrétion du médecin-chef de la compagnie de chemin de fer.

Section 2 - Instructions to professional - Renseignements à l'intention du professionnel

Employees working in Safety Critical Positions operate or control the movement of trains. Impaired performance due to a medical condition could result in a significant incident affecting the health and safety of employees, the public, property or the environment. Special attention should be devoted to medical conditions that may result in sudden mental or physical impairment or any condition that may potentially interfere with an employee's ability to perform their duties in a safe manner. In the case of chronic conditions, be aware that impairment may occur gradually. In order to make an individualized assessment of your patient's fitness for duty, we require some information from you. Please complete Sections 3, 4 and 5 of this form. Under the Federal Railway Safety Act, physicians have an obligation to notify the Office of the Chief Medical Officer if an individual occupying a Safety Critical Position has a medical condition that, in their opinion, is likely to pose a threat to safe railway operations. **Please write legibly.**

*Les employé(e)s occupant des postes classifiés comme essentiel pour la sécurité ferroviaire sont responsables du mouvement des trains et en assurent le fonctionnement. Toute perturbation au niveau du rendement attribuable à un trouble d'ordre médical peut menacer la santé et la sécurité des employés et de la population, et causer des dommages aux biens et à l'environnement. Une attention particulière devrait être dévolue aux conditions médicales pouvant donner lieu à une incapacité soudaine d'ordre mental ou physique, ou à toute condition qui pourrait interférer avec la capacité de l'employé(e) à effectuer ses tâches de façon sécuritaire. Dans le cas de conditions chroniques, soyez conscient que l'incapacité peut survenir de façon graduelle. Veuillez compléter les sections 3, 4 et 5. En vertu de la Loi fédérale sur la sécurité ferroviaire, les médecins ont l'obligation d'aviser le médecin-chef si un individu occupant un poste considéré comme essentiel pour la sécurité présente une condition médicale qui, selon leur opinion, est susceptible de constituer une menace pour la sécurité des opérations. **Veuillez écrire de façon lisible.***

**FOR ASSISTANCE REGARDING ANY COMPONENT OF THIS REPORT, CALL:
POUR OBTENIR DE L'AIDE CONCERNANT LE PRÉSENT RAPPORT, TÉLÉPHONEZ AU**

The complete Canadian Railway Medical Rules Handbook can be found online at:
La version intégrale du Manuel du règlement médical des chemins de fer est accessible en ligne:
<https://www.railcan.ca/regulatory-affairs/railway-rules-standards/>

Examinee name - Nom de la personne examinée

PIN - Matricule

Section 3 - To be completed by the professional - À être complété par le professionnel

GENERAL INFORMATION - INFORMATIONS GÉNÉRALES

Is the individual a regular patient?
Suivez-vous cette personne de façon régulière?

Yes No
Oui Non

HISTORY OF PRESENT ILLNESS - HISTOIRE DE LA MALADIE ACTUELLE

Date of diagnosis - Date du diagnostic: _____

Type 1 Type 2

• Has the individual completed diabetes education (mandatory)?
La personne a-t-elle complété un enseignement diabétique (obligatoire)?

Yes No
Oui Non

Date: _____ Provider - Fourni par: _____

Is there any evidence of - Y a-t-il évidence de:

- Ophthalmic disease - Atteinte ophtalmique ?
- Cardiovascular disease - Atteinte cardiovasculaire ?
- Neurological disease - Atteinte neurologique ?
- Renal disease - Atteinte rénale ?
- Other complications - Autres complications ?

Yes/Oui No/Non
Yes/Oui No/Non
Yes/Oui No/Non
Yes/Oui No/Non
Yes/Oui No/Non

Specify - Spécifier: _____

Comments - Commentaires: _____

• Has your patient had any surgical/laser procedure(s) done in either eye in the last year?
La personne a-t-elle subi une intervention aux yeux dans la dernière année (chirurgie/laser)?

Yes No
Oui Non

If yes, please provide details - Si oui, veuillez préciser: _____

CURRENT TREATMENT - TRAITEMENT ACTUEL

NOTE: An individual who is starting insulin will be considered unfit for duty in a Safety Critical Position for a period of at least one month. The physician **MUST** report immediately to the office of the Chief Medical Officer the initiation of any insulin therapy.

NOTE: Les personnes débutant un traitement à l'insuline ne peuvent pas occuper un poste essentiel à la sécurité pour une période d'au moins un mois. Le médecin **DOIT** signaler immédiatement au bureau du médecin-chef le début d'une insulinothérapie.

Medication(s) Médications(s)	Start date Date de début	Current dose Dose actuelle	Date last adjusted Modifié le
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

If on insulin, any change in the number of injections in the last 6 months?
Si insulinothérapie, le nombre d'injections a-t-il changé dans les 6 derniers mois?

Yes No
Oui Non

Section 3 - To be completed by the professional (cont'd) - À être complété par le professionnel (suite)**CURRENT TREATMENT (CONTINUED) - TRAITEMENT ACTUEL (SUITE)**

• Is the individual compliant with treatment recommendations? Yes No
La personne respecte-t-elle le traitement prescrit? Oui Non
 If no, please provide details - Si non, veuillez préciser: _____

• Is the individual free from treatment side effects? Yes No
La personne est-elle exempte d'effets secondaires associés au traitement? Oui Non
 If no, please provide details - Si non, veuillez préciser: _____

• Has the individual been assessed (or been followed) by a specialist? Yes No
La personne a-t-elle été évaluée (ou suivie) par un spécialiste? Oui Non
 If yes, please provide details - Si oui, veuillez préciser: _____

What is the treatment plan going forward? - *Quel est le plan de traitement pour la suite?* _____

Follow-up appointment date - *Date du prochain suivi:* _____

MONITORING AND HYPOGLYCEMIA - SURVEILLANCE ET HYPOGLYCÉMIES

• Is the individual compliant with blood glucose monitoring? Yes No
La personne est-elle observante avec la surveillance de la glycémie? Oui Non

• Is the individual familiar with the symptoms of hypoglycemia? Yes No
La personne connaît-elle les symptômes de l'hypoglycémie? Oui Non

• If the individual has had hypoglycemic episodes - *Si la personne a eu des épisodes d'hypoglycémie:*

- Does the individual recognize the symptoms at the time of an episode? Yes No
A-t-elle reconnu les symptômes avant-coureurs au moment de l'épisode? Oui Non
- Can the individual explain the cause of the episode? Yes No
Peut-elle expliquer la cause de l'épisode? Oui Non
- Is the individual capable of treating it quickly? Yes No
A-t-elle été en mesure de traiter le problème rapidement? Oui Non

• Average number of minor hypoglycemic episodes (recognized and treated by the individual) per month:
Nombre moyen d'épisodes d'hypoglycémie légers (reconnus et traités par la personne) par mois: _____

• Have there been episodes in the past 12 months - *Y a-t-il eu des épisodes au cours des 12 derniers mois:*

- That have required an emergency visit or hospitalization? Yes No
Ayant nécessité une visite à l'urgence ou hospitalisation? Oui Non
- That came on suddenly (without warning signs)? Yes No
Étant survenus subitement sans symptômes avant-coureurs? Oui Non
- That reduced concentration or readiness at work? Yes No
Ayant causé une diminution de la concentration ou aptitude à travailler? Oui Non
- That have caused a loss of consciousness or required someone's assistance? Yes No
Ayant causé une perte de conscience ou nécessité l'intervention d'autrui? Oui Non

If you answered yes to any of the 4 questions above, please describe the episodes, dates, causes and any other characteristics or circumstances. Please also provide the clinical notes, if available. - *Si vous avez répondu par l'affirmative à l'une des 4 questions ci-dessus, veuillez décrire chaque épisode en précisant la date, la cause et toutes autres caractéristiques ou circonstances. Veuillez fournir les notes cliniques, si disponibles.*

Examinee name - Nom de la personne examinée

PIN - Matricule

Section 3 - To be completed by the professional (cont'd) - À être complété par le professionnel (suite)

MONITORING AND HYPOGLYCEMIA (CONTINUED) - SURVEILLANCE ET HYPOGLYCÉMIES (SUITE)

For individuals treated with insulin or an insulin secretagogue medication - Pour les personnes traitées avec de l'insuline ou un sécrétagogue de l'insuline:

• Does the individual always carry a source of fast-acting carbohydrate while at work? La personne a-t-elle toujours une source de glucides à action rapide sur elle lorsqu'elle travaille? Yes No
Oui Non
If no, please provide details - Si non, veuillez préciser: _____

• Does the individual always have a glucometer available when working? La personne a-t-elle toujours accès à un glucomètre lorsqu'elle travaille? Yes No
Oui Non
If no, please provide details - Si non, veuillez préciser: _____

OBJECTIVE FINDINGS - EXAMEN OBJECTIF

Weight - Poids

Height - Taille

Blood pressure - Tension artérielle

MEDICAL REPORTS - RAPPORTS MÉDICAUX

The following reports **MUST** be attached to this form - Les rapports suivants **DOIVENT** être joints au présent formulaire:

• Interpreted report of resting ECG completed in the past 3 months Rapport interprété d'un ECG au repos complété dans les 3 derniers mois Yes No
Oui Non
• A1C result completed during the past 3 months Résultat du taux d'hémoglobine glyquée dosé au cours des 3 derniers mois Yes No
Oui Non

If reports not attached, please explain - S'il y a lieu, veuillez expliquer l'absence des rapports ci-demandés:

Section 4 - Fitness for duty - Aptitude au travail

IMPORTANT : Canadian Railway employees who work in a Safety Critical Position operate or control the movement of trains. Physical and mental fitness is mandatory. Impaired performance due to a medical condition could result in a significant incident affecting the health and safety of employees, the public, property or the environment. **Your opinion on this individual's fitness to work in a Safety Critical Position would be appreciated.**

IMPORTANT : Les employé(e)s occupant des postes classifiés comme essentiel pour la sécurité ferroviaire sont responsables du mouvement des trains et en assurent le fonctionnement. Toute perturbation au niveau du rendement attribuable à un trouble d'ordre médical peut menacer la santé et la sécurité des employés et de la population, et causer des dommages aux biens et à l'environnement. **Votre opinion par rapport à l'aptitude de la personne à occuper un poste essentiel à la sécurité ferroviaire serait appréciée.**

In your professional opinion, is the examined individual medically fit for duty in a Safety Critical Position? - Selon votre opinion professionnelle, la personne examinée est-elle apte à occuper un poste essentiel à la sécurité ferroviaire?

Yes - Oui No - Non

Restrictions/comments - Restrictions/commentaires : _____

Do you wish to discuss your patient's condition with the Office of the Chief Medical Officer?
Souhaiteriez-vous discuter de ce cas avec le bureau du médecin-chef?

Yes No
Oui Non

Section 5 - Professional's statement and information - Déclaration du professionnel et renseignements

This report will be used to make an assessment on this employee's fitness for duty and constitutes a third party service. In completing this report, please be thorough and write legibly. If you have any questions regarding any components of this report, call the toll-free number listed at the bottom of the first page.

Ce rapport servira à évaluer l'aptitude au travail de cette personne, et constitue un service fourni par une tierce partie. Lorsque vous remplirez ce formulaire, veuillez vous assurer de bien remplir toutes les rubriques et d'écrire lisiblement. Pour toutes questions concernant le contenu de ce formulaire, veuillez nous contacter au numéro sans frais mentionné au bas de la première page.

I certify that the information documented in this report is, to the best of my knowledge, correct.
J'atteste que les renseignements contenus dans ce rapport sont, en autant que je sache, exacts.

Date of examination - Date de l'examen : _____

Name of professional - Nom du professionnel : _____

Please print - En lettres moulées

Address and telephone number - Adresse et numéro de téléphone :

Family physician - Médecin de famille

Specialist - Spécialiste

Specify - Spécifier : _____

Other - Autre

Specify - Spécifier : _____

Fax number - Télécopieur : _____

Signature: _____

Date (Y-A/M/D-J): _____

Section 12 – Troubles liés à une substance

LIGNES DIRECTRICES SUR L'APTITUDE MÉDICALE AU TRAVAIL DE PERSONNES AYANT DES TROUBLES LIÉS À UNE SUBSTANCE ET OCCUPANT UN POSTE ESSENTIEL À LA SÉCURITÉ DANS LE SECTEUR FERROVIAIRE CANADIEN

1	INTRODUCTION.....	125
2	DÉFINITIONS.....	125
3	CONSIDÉRATIONS LIÉES À L'APTITUDE MÉDICALE AU TRAVAIL	126
4	LIGNES DIRECTRICES GÉNÉRALES SUR L'APTITUDE MÉDICALE AU TRAVAIL	126
4.1	ÉVALUATION ET RAPPORTS	126
5	EXIGENCES SPÉCIFIQUES SUR L'APTITUDE MÉDICALE AU TRAVAIL ET SUIVI	127
5.1	TROUBLES LIÉS À L'USAGE D'UNE SUBSTANCE	127
5.2	AUTRES TROUBLES LIÉS À UNE SUBSTANCE.....	127
	ANNEXE I – RÉSUMÉ DES CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DES TROUBLES LIÉS À L'USAGE D'UNE SUBSTANCE DU DSM-IV-TR ET DU DSM-5-TR.....	129
	ANNEXE II – ENTENTE DE PRÉVENTION DES RECHUTES	130
	ANNEXE III – ÉVALUATION MÉDICALE EXHAUSTIVE DES TROUBLES LIÉS À UNE SUBSTANCE	132

1 Introduction

Les employés canadiens des chemins de fer qui occupent un poste essentiel à la sécurité dirigent ou contrôlent le mouvement des trains. Leur santé physique et mentale est essentielle. Une mauvaise performance due à un problème médical pourrait causer un incident grave nuisant à la santé et à la sécurité des employés et du public, aux biens ou à l'environnement.

Les présentes lignes directrices sur l'aptitude médicale au travail couvrent des troubles spécifiques liés à une substance, utilisant principalement la terminologie du plus récent *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Cinquième édition, Révision de texte* (DSM-5-TR) de l'Association américaine de psychiatrie. À titre de référence, le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Cinquième édition* (DSM-5) de l'Association américaine de psychiatrie a été publié pour la première fois en mai 2013. Le DSM-5-TR a ensuite été publié en mars 2022. Il importe de noter que les éditions précédentes, ce qui comprend le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Quatrième édition, Révision de texte* (DSM-4-TR) de l'Association américaine de psychiatrie, faisaient une distinction entre « abus de substances » et « dépendance à une substance », alors que le DSM-5 et le DSM-5-TR ne font plus cette distinction. Au lieu de cela, les troubles liés à l'usage d'une substance sont maintenant classés comme étant d'une gravité légère, modérée ou sévère, selon des critères diagnostiques liés à la consommation de substances au cours des 12 derniers mois. À titre de référence, un résumé des critères diagnostiques des troubles liés à une substance du DSM-IV-TR et du DSM-5-TR figure à l'annexe I.

Si une personne souffre d'un problème médical ou d'un autre problème lié à l'usage de substances non couvert dans les présentes lignes directrices, l'aptitude médicale au travail sera déterminée par le médecin-chef de la compagnie de chemin de fer et guidée, en partie, par les considérations présentées à la section 3.

2 Définitions

Substance : Tout produit chimique psychotrope, psychoactif ou pouvant créer une dépendance. Les catégories de substances comprennent l'alcool, le cannabis et les cannabinoïdes, les hallucinogènes, les substances inhalées, les opioïdes, les sédatifs, les hypnotiques et anxiolytiques, et les stimulants (ce qui comprend les substances de type amphétamine et la cocaïne).

Médecin spécialisé en toxicomanie : Médecin ayant une accréditation formelle ou une expérience dans le diagnostic et le traitement des troubles liés à une substance.

Entente sur la prévention des rechutes : Document officiel précisant tous les comportements nécessaires attendus d'une personne ayant reçu un diagnostic de trouble lié à l'usage d'une substance pour rester dans un état de rétablissement stable et abstinente. Un exemple de ce document figure à l'annexe II.

Programme d'entraide mutuelle : Programme comprenant des réunions de groupe, des activités de rétablissement structurées, du matériel éducatif et des techniques de prévention des rechutes pour les personnes se rétablissant d'un trouble lié à l'usage de substances et pour leurs familles.

Programme de traitement d'un trouble lié à l'usage d'une substance : Programme de traitement résidentiel ou ambulatoire fondé sur l'abstinence et offrant des services de psychoéducation, de renforcement motivationnel, de thérapie cognitivo-comportementale, de formation

professionnelle, d'activité physique, de mise en œuvre d'un programme d'entraide mutuelle et de thérapie familiale.

3 Considérations liées à l'aptitude médicale au travail

Les troubles liés à une substance peuvent entraîner une déficience fonctionnelle progressive, une incapacité soudaine ou, dans certains cas, une mort soudaine et inattendue. Les points suivants doivent être pris en considération pendant l'évaluation de l'aptitude médicale au travail d'une personne occupant un poste essentiel à la sécurité :

- Présence d'un trouble lié à une substance
- Durée, évolution et gravité du ou des troubles liés à une substance
- Antécédents de troubles liés à une substance
- Degré du dysfonctionnement du comportement ou de l'humeur
- Degré de perturbation de la vigilance, de l'attention, des fonctions cognitives, de la concentration, de la perspicacité, du jugement, de la mémoire et d'autres domaines cognitifs relatifs aux troubles liés à une substance ou aux médicaments utilisés pour traiter les troubles liés à une substance
- Respect des recommandations de traitement et du suivi médical
- Probabilité de rechute
- Environnement de rétablissement
- Risque de déficience fonctionnelle aiguë ou progressive
- Prévisibilité et fiabilité de la personne
- Présence de toute comorbidité médicale (ce qui comprend les comorbidités psychiatriques)
- Exigences professionnelles du poste essentiel à la sécurité
- Opinion du ou des médecins traitants et de tout autre médecin ou professionnel de la santé consulté

4 Lignes directrices générales sur l'aptitude médicale au travail

Pour prendre des décisions avisées sur l'aptitude médicale au travail d'une personne occupant un poste essentiel à la sécurité, il faut d'abord obtenir un diagnostic du DSM-5-TR. Tout antécédent de trouble lié à une substance doit également être pris en compte.

Il est reconnu que les critères diagnostiques des troubles liés à une substance reposent principalement sur des rapports subjectifs. Dans la mesure du possible, l'information devrait être obtenue auprès de sources collatérales, surtout s'il existe des doutes quant à la validité du rapport subjectif.

4.1 Évaluation et rapports

Un rapport écrit doit être remis au médecin-chef de la compagnie de chemin de fer. Il doit contenir l'information suivante :

- Le ou les diagnostics du DSM-5-TR
- Les résultats d'examens pertinents
- Le traitement recommandé
- Les lettres de consultation pertinentes

- Les limitations fonctionnelles ou les restrictions professionnelles
- Un avis sur l'aptitude médicale de la personne à occuper un poste essentiel à la sécurité

Le rapport doit être préparé par le professionnel de la santé traitant de la personne. À la discrétion du médecin-chef de la compagnie de chemin de fer, une évaluation par un professionnel en troubles liés à une substance, un médecin spécialisé en troubles liés à une substance ou un psychiatre peut également être requise.

Les éléments d'une évaluation médicale exhaustive des troubles liés à une substance sont résumés à l'annexe III.

5 Exigences spécifiques sur l'aptitude médicale au travail et suivi

En plus des considérations liées à l'aptitude médicale au travail présentées à la section 3 et des lignes directrices générales sur l'aptitude médicale au travail présentées à la section 4, les personnes chez qui on a diagnostiqué un trouble lié à une substance peuvent être considérées comme médicalement aptes au travail, à un poste essentiel à la sécurité, si elles répondent aux exigences spécifiques présentées ci-dessous.

5.1 Troubles liés à l'usage d'une substance

Exigences relatives à l'aptitude médicale au travail

- Respect du traitement recommandé, y compris un traitement résidentiel s'il y a lieu
- Au moins 90 jours d'abstinence documentée de toute substance
- Respect des éléments d'une entente de prévention des rechutes :
 - Trouble lié à l'usage d'une substance léger : durée minimale de 1 an
 - Trouble lié à l'usage d'une substance modéré ou sévère : durée minimale de 2 ans
- Les durées susmentionnées doivent être prolongées en présence de toute preuve justifiant une durée plus longue

Surveillance et suivi de l'aptitude médicale au travail

La surveillance de l'aptitude médicale au travail doit inclure le respect documenté de tous les éléments d'une entente de prévention des rechutes, qui comprend la surveillance biologique de la consommation de substances. Les exigences additionnelles sont à la discrétion du médecin-chef de la compagnie de chemin de fer.

Il importe de noter qu'il est prouvé que les rechutes sont fréquentes et se produisent le plus souvent au cours de la première année de traitement. Il est également prouvé que les programmes structurés de prévention des rechutes et la surveillance biologique de la consommation de substances peuvent aider les personnes à maintenir une abstinence prolongée.

5.2 Autres troubles liés à une substance

L'aptitude médicale au travail des personnes souffrant d'un trouble lié à une substance qui ne répond pas aux critères d'un trouble lié à l'usage d'une substance sera déterminée par le

médecin-chef de la compagnie de chemin de fer et guidée, en partie, par les considérations présentées à la section 3.

ANNEXE I – Résumé des critères diagnostiques des troubles liés à l’usage d’une substance du DSM-IV-TR et du DSM-5-TR

Critères	DSM-IV-TR Abus d’une substance 1 ou plus	DSM-IV-TR Dépendance à une substance 3 ou plus	DSM-5-TR Troubles liés à l’usage d’une substance Léger: 2-3 critères Modéré: 4-5 critères Sévère: 6 ou plus
Consommation récurrente entraînant l’incapacité à remplir des rôles majeurs au travail, à l’école ou à la maison	[]		[]
Consommation récurrente dans des situations physiquement dangereuses	[]		[]
Problèmes juridiques récurrents liés à une substance	[]		s.o.
Poursuite de la consommation malgré des problèmes sociaux ou interpersonnels persistants ou récurrents liés aux effets de la substance	[]		[]
Tolérance		[]	[]
Sevrage		[]	[]
Consommation en plus grande quantité ou sur une période plus longue que prévu		[]	[]
Volonté persistante ou efforts vains pour réduire ou contrôler la consommation		[]	[]
Beaucoup de temps consacré à obtenir une substance, à la consommer ou à se remettre de ses effets		[]	[]
Activités importantes abandonnées ou réduites en raison de la consommation		[]	[]
Poursuite de la consommation malgré des problèmes physiques ou psychologiques persistants ou récurrents liés à la consommation		[]	[]
Envie incontrôlable ou fort désir de consommer		s.o.	[]

ANNEXE II – Entente de prévention des rechutes¹

Les employés canadiens des chemins de fer qui occupent un poste essentiel à la sécurité dirigent ou contrôlent le mouvement des trains. Une mauvaise performance due à un problème médical pourrait causer un incident grave nuisant à la santé et à la sécurité des employés et du public, aux biens ou à l'environnement.

Les rapports médicaux et les documents relatifs à votre ou à vos troubles liés à l'usage d'une substance ont été examinés. Cette entente de prévention des rechutes vous aidera à rester dans un état de rétablissement stable et abstinente. Elle est également requise pour soutenir votre aptitude médicale à occuper un poste essentiel à la sécurité.

Vous devez lire cette entente de prévention des rechutes et reconnaître que vous en comprenez tous les éléments et acceptez de vous y conformer. Cette entente de prévention des rechutes sera en vigueur pendant ____ an(s). La durée peut être prolongée à la discrétion du médecin-chef de la compagnie de chemin de fer.

Votre entente de prévention des rechutes comprend les éléments suivants :

- 1) Abstinence totale de toute drogue légale ou illicite et de tout autre psychotrope (ce qui comprend l'alcool, le cannabis et les cannabinoïdes, toute substance qui a déjà été un problème pour la personne et tout médicament pouvant créer une dépendance) pendant la durée de la présente entente de prévention des rechutes (sauf avec l'approbation du médecin-chef de la compagnie de chemin de fer)
- 2) Participation à un programme de dépistage organisé par la compagnie de chemin de fer
- 3) Respect de toutes les recommandations de traitement :
 - Programme de traitement résidentiel pendant une durée minimale de _____
 - Programme de traitement ambulatoire pendant une durée minimale de _____
 - Réunions avec un conseiller du programme de prévention des rechutes à une fréquence déterminée par le conseiller
 - Réunions du programme d'entraide mutuelle à une fréquence minimale de _____, les registres de présence devant être fournis sur demande
 - Maintien d'un parrain pour un trouble lié à l'usage d'une substance
 - Autre : _____
- 4) Signalement immédiat au médecin-chef de la compagnie de chemin de fer de tout comportement de rechute, ce qui comprend la consommation de toute substance interdite, incluant les drogues légales ou illicites et toute autre substance psychotrope
- 5) Signalement immédiat au médecin-chef de la compagnie de chemin de fer de tout nouveau médicament prescrit et de la consommation de tout médicament prescrit ou en vente libre psychotrope ou pouvant entraîner une dépendance
- 6) Rapports écrits de votre ou vos professionnels de la santé, à la discrétion du médecin-chef de la compagnie de chemin de fer.

Le non-respect des éléments de cette entente de prévention des rechutes entraînera une réévaluation de votre aptitude médicale au travail.

¹ Ceci est un exemple d'entente de prévention des rechutes pour les troubles liés à l'usage d'une substance. Il a été préparé pour permettre d'utiliser une approche cohérente et normalisée. Il peut être modifié à la discrétion du médecin-chef de la compagnie de chemin de fer.

Reconnaissance:

Je reconnais que j'ai lu cette entente de prévention des rechutes, que j'en comprends tous les éléments et que j'accepte de m'y conformer.

Je consens à ce qu'un exemplaire de cette entente de prévention des rechutes soit remis à mon médecin traitant.

Nom (en lettres moulées)

Signature

Date

Téléphone

Courriel

ANNEXE III – Évaluation médicale exhaustive des troubles liés à une substance

Une évaluation médicale exhaustive des troubles liés à une substance devrait comprendre les éléments suivants :

- 1) Un consentement éclairé signé, ce qui comprend l'autorisation de communiquer tous les résultats au médecin chef du chemin de fer
- 2) Les antécédents médicaux, ce qui comprend :
 - a) Consommation de substances passée et actuelle
 - b) Problèmes médicaux, passés et actuels, associés à des troubles liés à une substance (p. ex. hypertension, maladie du foie, pancréatite, convulsions, diabète de type 2, etc.)
 - c) Problèmes psychiatriques, passés et actuels (p. ex. troubles anxieux, troubles dépressifs, troubles liés aux traumatismes et au stress, etc.)
 - d) Blessures liées à une substance (p. ex. accidents de véhicules motorisés, bagarres, blessures liées à la pratique de loisirs, etc.)
- 3) Les antécédents psychosociaux, ce qui comprend les dysfonctionnements familiaux et relationnels
- 4) Les antécédents de comportements associés à des troubles liés à une substance, ce qui comprend :
 - a) Consultation de nombreux médecins ou pharmaciens
 - b) Changements fréquents de médecins ou de pharmaciens
 - c) Rendez-vous médicaux manqués
 - d) Interactions abusives ou préoccupantes avec du personnel médical
 - e) Émotions erratiques ou volatiles
 - f) Usage de cigarettes ou de tabac
 - g) Perte ou prise de poids inexplicite
 - h) Demandes fréquentes de notes pour les absences du travail
 - i) Demandes précoces de renouvellement d'ordonnances de médicaments psychoactifs
 - j) Demandes répétées d'ordonnances d'opioïdes ou de benzodiazépines pour des problèmes aigus spontanément résolutifs
 - k) Préférence pour les opioïdes à courte durée d'action par rapport aux opioïdes à libération prolongée
 - l) Demandes de cannabis/cannabinoïdes à des fins médicales
 - m) Antécédents judiciaires et accusations liés à une substance
 - n) Problèmes liés à la conduite, ce qui comprend tout antécédent de contravention pour excès de vitesse, de conduite avec facultés affaiblies, d'augmentation des primes d'assurance et d'accidents fréquents
- 5) Les antécédents professionnels, ce qui comprend :
 - a) Emplois multiples avec différents employeurs
 - b) Licenciements multiples
 - c) Absentéisme
 - d) Nombreuses blessures au travail
 - e) Présentéisme, ou tout changement du rendement
 - f) Tout soupçon raisonnable signalé par des collègues de travail ou un superviseur
- 6) Une évaluation de la douleur, s'il y a lieu
- 7) Une revue des systèmes afin d'évaluer tout problème médical comorbide
- 8) Un examen de l'état mental, notamment toute indication de risque de préjudice imminent ou substantiel

- 9) Un examen physique pour déceler des signes de consommation de substances, ce qui comprend :
 - a) Odeur d'alcool et/ou de cannabis
 - b) Maladie dentaire ou parodontale avancée
 - c) Signes d'une maladie du foie avancée
 - d) Lésions de la cavité nasale (p. ex., usage de cocaïne)
 - e) Marques d'aiguille
- 10) Outils d'évaluation des troubles liés à une substance, ce qui comprend :
 - a) Test d'évaluation de la consommation d'alcool (AUDIT)
 - b) Questionnaire CAGE
 - c) Test de dépistage de l'abus de drogues (DAST)
 - d) Test d'identification des troubles liés à l'usage du cannabis – Révisé (CUDIT-R)
- 11) Des examens de laboratoire, notamment :
 - a) Analyse de sang (p. ex. VGM, GGT, AST, ALT, acide urique, etc.)
 - b) Analyse d'urine
 - c) Dépistage de substances (p. ex. éthylométrie, analyse capillaire ou urinaire, etc.)
- 12) Examen d'information additionnelle, notamment :
 - a) Entretiens collatéraux
 - b) Examen des documents médicaux, juridiques et professionnels collatéraux
 - c) Formulation de diagnostic
 - d) Recommandations de traitement
 - e) Formulation de pronostic

Section 13 – Troubles du sommeil

LIGNES DIRECTRICES SUR L'APTITUDE MÉDICALE À L'EMPLOI DES PERSONNES ATTEINTES D'UN TROUBLE DU SOMMEIL POUR LES POSTES ESSENTIELS À LA SÉCURITÉ AU SEIN DE L'INDUSTRIE FERROVIAIRE CANADIENNE

1	INTRODUCTION.....	135
2	CRITÈRES D'ÉVALUATION DE L'APTITUDE MÉDICALE À L'EMPLOI.....	135
3	DÉFINITIONS.....	135
4	LIGNES DIRECTRICES SUR L'APTITUDE MÉDICALE À L'EMPLOI EN PRÉSENCE DE TROUBLES DU SOMMEIL SPÉCIFIQUES.....	136
4.1	APNÉE DU SOMMEIL.....	136
4.1.1	<i>Apnée obstructive du sommeil.....</i>	<i>137</i>
4.1.2	<i>Apnée centrale du sommeil.....</i>	<i>139</i>
4.2	HYPERSOMNIES DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL.....	140
4.2.1	<i>Narcolepsie.....</i>	<i>140</i>
4.2.2	<i>Hypersomnie idiopathique.....</i>	<i>140</i>
	ANNEXE I.....	141
	ANNEXE II – BIBLIOGRAPHIE.....	142

1 Introduction

Les employés ferroviaires canadiens qui occupent un poste essentiel à la sécurité assurent la circulation ou la surveillance des mouvements des trains. Ces postes requièrent une bonne aptitude physique et mentale. L'altération de cette aptitude en raison d'une maladie peut entraîner un incident grave ayant des conséquences sur la santé et la sécurité des employés, sur le public, sur la propriété ou sur l'environnement.

Exécuter les tâches d'un poste essentiel à la sécurité exige un degré élevé de vivacité d'esprit et de vigilance. Toutefois, celles-ci peuvent être altérées par un sommeil dont la continuité, la durée et/ou la qualité ne sont pas adéquates. Les troubles du sommeil ont des effets néfastes qui, dans certains cas, entraînent une détérioration des fonctions mentales, physiques, sociales et professionnelles.

Les présentes lignes directrices sur les troubles du sommeil traitent de l'apnée du sommeil, de l'apnée centrale du sommeil, de la narcolepsie et de l'hypersomnie idiopathique. Le médecin-chef de la compagnie de chemin de fer déterminera l'aptitude médicale à l'emploi des personnes atteintes d'un trouble du sommeil qui n'est pas abordé dans les présentes lignes directrices.

2 Critères d'évaluation de l'aptitude médicale à l'emploi

Il faut tenir compte des critères suivants lors de l'évaluation de l'aptitude médicale à l'emploi d'une personne occupant un poste essentiel à la sécurité :

- présence d'un trouble du sommeil;
- gravité de ce trouble du sommeil;
- degré d'altération de la vigilance, de l'attention, de la fonction cognitive, de la concentration, de l'intuition, du jugement et de la mémoire en raison du trouble du sommeil;
- respect des recommandations thérapeutiques par la personne;
- efficacité ou effets indésirables du traitement;
- risque d'altération aiguë ou graduelle;
- prévisibilité et fiabilité de la personne;
- présence de maladies concomitantes.

3 Définitions

- **Indice d'apnées et d'hypopnées (IAH)** : nombre d'épisodes d'apnée et d'hypopnée par heure de sommeil. L'apnée est l'interruption de la respiration pendant au moins 10 secondes. L'hypopnée est une réduction du flux respiratoire d'au moins 30 %, par rapport aux valeurs initiales, pendant au moins 10 secondes. Elle s'accompagne d'un éveil et/ou d'une désaturation en oxygène d'au moins 3 %.
- **Test d'apnée du sommeil à domicile** : test effectué sans supervision à domicile à l'aide d'un appareil (moniteur portatif) pour diagnostiquer l'apnée obstructive du sommeil. Ce test est également appelé « examen du sommeil de niveau 3 ».
- **Appareils buccaux** : dispositifs qui servent à avancer la mandibule et/ou à maintenir la langue en place pour réduire l'obstruction des voies respiratoires.
- **Polysomnographie** : examen du sommeil effectué sous supervision dans un laboratoire du sommeil. Les paramètres du sommeil sont enregistrés et évalués à l'aide de

l'électroencéphalographie (ondes cérébrales), de l'électro-oculographie (mouvements oculaires) et de l'électromyographie (activité musculaire). Le cycle respiratoire, la fréquence et le rythme cardiaques, la saturation en oxygène, la position du corps et le ronflement sont également enregistrés. Ce test est également appelé « examen du sommeil de niveau 1 ».

- **Appareils de pression expiratoire positive (PEP)** : dispositifs qui exercent une pression positive sur les voies respiratoires pour les maintenir ouvertes. Ils sont utilisés pour traiter les troubles de la respiration liés au sommeil. La pression expiratoire positive peut être intrinsèque (auto-PEP), appliquée à l'inspiration ou à l'expiration (BiPAP ou BPAP), continue (CPAP) ou auto-asservie (ventilation auto-asservie [VAA]).
- **Indice des troubles respiratoires (ITR)** : nombre moyen de troubles respiratoires (apnée, hypopnée et éveils liés à un effort respiratoire) par heure.
- **Indice des événements respiratoires** : peut être considéré comme l'équivalent de l'« indice des troubles respiratoires ».
- **Indices des événements d'apnée du sommeil** : indices qui sont utilisés pour évaluer la gravité de l'apnée du sommeil ainsi que la réponse au traitement. Ces indices comprennent l'indice d'apnées et d'hypopnées, l'indice des troubles respiratoires et l'indice des événements respiratoires.
- **Médecins qui exercent en médecine du sommeil** : médecins dûment formés en médecine du sommeil.

4 Lignes directrices sur l'aptitude médicale à l'emploi en présence de troubles du sommeil spécifiques

4.1 Apnée du sommeil

Types d'apnée du sommeil

Il existe trois types d'apnée du sommeil : l'apnée obstructive du sommeil, l'apnée centrale du sommeil et l'apnée mixte, soit une combinaison de ces deux types.

Gravité de l'apnée du sommeil

Aux fins des présentes lignes directrices, la gravité de l'apnée du sommeil est légère, modérée ou grave selon les résultats de l'examen du sommeil interprétés par un médecin qui exerce en médecine du sommeil. Un examen du sommeil peut faire état de l'indice d'apnées et d'hypopnées, de l'indice des troubles respiratoires et de l'indice des événements respiratoires. Le médecin exerçant en médecine du sommeil qui interprète les résultats de l'examen tiendra compte de l'importance de chacun de ces indices dans son diagnostic d'apnée du sommeil. La gravité de l'apnée du sommeil est généralement reliée au nombre d'événements par heure : l'apnée est considérée comme étant légère en présence de 5 à < 15 événements par heure, comme étant modérée s'il y a de 15 à 30 événements par heure, et comme étant grave avec plus de 30 événements par heure. Si le médecin exerçant en médecine du sommeil qui interprète les résultats n'indique pas

la gravité de l'apnée du sommeil, le médecin-chef de la compagnie ferroviaire doit demander cette information.

Risque pour la circulation sécuritaire des trains

Les symptômes d'apnée du sommeil qui constituent un risque pour la circulation sécuritaire des trains et qui ont des conséquences directes sur l'aptitude à l'emploi comprennent la somnolence diurne, la fatigue, le manque de concentration, les déficits cognitifs, les changements d'humeur, l'irritabilité, l'angine au réveil et les cas de collision de véhicules motorisés ou d'accidents évités de justesse.

Le ronflement, l'interruption de la respiration, l'étouffement ou la respiration haletante pendant le sommeil, la nycturie, le sommeil non réparateur, les éveils fréquents (sommeil fragmenté), l'agitation nocturne et les rêves d'apparence réelle sont également associés à l'apnée du sommeil. La sécheresse buccale ou les maux de gorge au réveil, les maux de tête matinaux, la baisse de la libido et l'impuissance sont d'autres indicateurs. L'apnée du sommeil peut également être associée au diabète, à la dysmétabolie ainsi qu'à un risque accru de maladie cardiovasculaire et de mortalité.

L'évaluation de l'aptitude à occuper un poste essentiel à la sécurité doit tenir compte des symptômes d'apnée du sommeil et des maladies connexes puisque leur présence justifie une évaluation diagnostique approfondie.

Options thérapeutiques

Le traitement de l'apnée du sommeil varie selon le type et la gravité de celle-ci, et il peut comprendre le recours à un appareil de pression expiratoire positive, un appareil buccal, des modifications du mode de vie ou d'autres traitements (p. ex. la chirurgie des voies respiratoires supérieures, la stimulation du nerf hypoglosse et des traitements pharmacologiques).

Tous les renseignements sur l'observance et l'efficacité du traitement au moyen de l'appareil de pression expiratoire positive doivent être documentés en téléchargeant les données de l'appareil. Dans les cas d'apnée du sommeil traitée au moyen d'un appareil buccal, on privilégie le recours à un dispositif doté d'une fonction de surveillance de l'observance.

4.1.1 Apnée obstructive du sommeil

Description

L'apnée obstructive du sommeil est le type le plus courant d'apnée du sommeil. Elle est caractérisée par l'affaissement et l'obstruction répétés des voies respiratoires supérieures pendant le sommeil, un phénomène qui cause des apnées, des hypopnées, une augmentation de l'effort respiratoire, une hypoxémie intermittente et des éveils.

Dépistage de l'apnée obstructive du sommeil

Aux fins des présentes lignes directrices, l'outil de dépistage de l'apnée obstructive du sommeil qui est accepté est le questionnaire STOP-Bang© (voir l'Annexe I). Un score supérieur ou égal à 3 justifie une évaluation diagnostique plus approfondie au moyen d'un examen du sommeil.

Les personnes qui ont déjà reçu un diagnostic d'apnée obstructive du sommeil asymptomatique et d'intensité légère qui présentent une augmentation d'au moins 10 % de leur poids corporel ou une augmentation d'au moins 1 point de leur score au questionnaire STOP-Bang© devraient se soumettre à un examen du sommeil pour déterminer si la gravité de leur apnée obstructive du sommeil a évolué.

Aptitude médicale à l'emploi

Apnée obstructive du sommeil symptomatique et d'intensité légère

Les personnes atteintes d'apnée obstructive du sommeil symptomatique et d'intensité légère peuvent être considérées comme médicalement aptes à occuper un poste essentiel à la sécurité si elles satisfont la condition suivante :

- 1) Absence de symptôme après le traitement recommandé.

Apnée obstructive du sommeil asymptomatique et d'intensité modérée

L'aptitude médicale à l'emploi de la personne atteinte d'apnée obstructive du sommeil asymptomatique et d'intensité modérée sera déterminée par le médecin-chef de la compagnie de chemin de fer, qui tiendra compte des résultats de l'examen du sommeil de cette personne et des recommandations du médecin exerçant en médecine du sommeil qui interprète les résultats.

Apnée obstructive du sommeil symptomatique et d'intensité modérée et apnée obstructive du sommeil d'intensité grave.

Les personnes atteintes d'apnée obstructive du sommeil symptomatique et d'intensité modérée ou d'apnée obstructive du sommeil d'intensité grave peuvent être considérées comme médicalement aptes à occuper un poste essentiel à la sécurité si elles satisfont toutes les conditions suivantes :

- 1) Absence de symptôme après le traitement recommandé.
- 2) Respect du traitement recommandé pendant au moins deux semaines consécutives.
Dans le cas d'un traitement au moyen d'un appareil de pression expiratoire positive, une observance thérapeutique acceptable se définit par l'utilisation de l'appareil durant au moins 5 heures en moyenne pendant les jours de l'évaluation (ou l'équivalent en périodes de 24 heures).
En ce qui concerne le traitement au moyen d'un appareil buccal, l'observance thérapeutique se définit par l'utilisation régulière de l'appareil durant la période de sommeil entière.
L'observance d'un traitement au moyen d'un appareil de pression expiratoire positive ne doit pas être inférieure au seuil acceptable.
- 3) Indice d'apnées et d'hypopnées inférieur à 5 après le traitement recommandé.
ou
Indice d'apnées et d'hypopnées inférieur à 15 avec une amélioration supérieure à 50 % après le traitement recommandé.

Évaluation de l'aptitude médicale à l'emploi

Dans le cadre de l'évaluation de l'aptitude médicale à l'emploi, les personnes qui ont reçu un diagnostic d'apnée obstructive du sommeil symptomatique et d'intensité légère ou d'apnée obstructive du sommeil d'intensité modérée ou grave doivent être évaluées par un médecin et, à la discrétion du médecin-chef de la compagnie ferroviaire, par un médecin qui exerce en médecine du sommeil ou compétent dans ce domaine. Cette évaluation doit comprendre une évaluation de l'observance du traitement recommandé et de son efficacité. Un rapport écrit comprenant un avis sur l'aptitude médicale de la personne à occuper un poste essentiel à la sécurité doit être soumis au médecin-chef de la compagnie ferroviaire.

Surveillance de l'aptitude médicale à l'emploi

Un rapport médical annuel sur l'observance et l'efficacité du traitement recommandé doit être présenté. Le médecin-chef de la compagnie ferroviaire détermine si des évaluations de l'aptitude médicale à l'emploi et des rapports de suivi plus fréquents sont nécessaires.

4.1.2 Apnée centrale du sommeil

Description

L'apnée centrale du sommeil se caractérise par l'interruption ou la réduction répétée du flux respiratoire en raison d'un effort respiratoire insuffisant durant le sommeil. L'apnée centrale du sommeil peut être classée dans la catégorie primaire ou secondaire. La cause de l'apnée centrale du sommeil primaire n'est pas connue ou n'a pas été parfaitement élucidée. L'apnée centrale du sommeil secondaire est associée à des affections médicales ou neurologiques, à certains médicaments, à la consommation d'une substance ou à la respiration périodique de haute altitude. Le diagnostic est confirmé par polysomnographie.

Aptitude médicale à l'emploi

Les personnes atteintes d'apnée centrale du sommeil symptomatique non traitée ne sont pas aptes à occuper un poste essentiel à la sécurité.

Les personnes atteintes d'apnée centrale du sommeil symptomatique peuvent être considérées comme médicalement aptes à occuper un poste essentiel à la sécurité si elles satisfont toutes les conditions suivantes :

- 1) Absence de symptôme après le traitement recommandé.
- 2) Respect du traitement recommandé pendant au moins deux semaines consécutives.
Dans le cas d'un traitement au moyen d'un appareil de pression expiratoire positive, une observance thérapeutique acceptable se définit par l'utilisation de l'appareil durant au moins 5 heures en moyenne pendant les jours de l'évaluation (ou l'équivalent en périodes de 24 heures).
- 3) Indice d'apnées et d'hypopnées inférieur à 5 après le traitement recommandé.
ou
Indice d'apnées et d'hypopnées inférieur à 15 avec une amélioration supérieure à 50 % après le traitement recommandé.

Les personnes qui ont reçu un diagnostic d'apnée centrale du sommeil secondaire doivent également être évaluées afin de déceler toutes les affections médicales en cause. Les lignes directrices établies sur l'aptitude à l'emploi doivent être respectées pour chaque maladie.

Évaluation de l'aptitude médicale à l'emploi

Dans le cadre de l'évaluation de l'aptitude médicale à l'emploi, les personnes qui ont reçu un diagnostic d'apnée centrale du sommeil symptomatique et d'intensité légère ou d'apnée centrale du sommeil d'intensité modérée ou grave doivent être évaluées par un médecin et, à la discrétion du médecin-chef de la compagnie ferroviaire, par un médecin qui exerce en médecine du sommeil ou compétent dans ce domaine. Cette évaluation doit comprendre une évaluation de l'observance du traitement recommandé et de son efficacité. Un rapport écrit comprenant un avis sur l'aptitude médicale de la personne à occuper un poste essentiel à la sécurité doit être soumis au médecin-chef de la compagnie ferroviaire.

Surveillance de l'aptitude médicale à l'emploi

Un rapport médical annuel sur l'observance et l'efficacité du traitement recommandé doit être présenté. Le médecin-chef de la compagnie ferroviaire détermine si des évaluations de l'aptitude médicale à l'emploi et des rapports de suivi plus fréquents sont nécessaires.

4.2 Hypersomnies du système nerveux central

4.2.1 Narcolepsie

Description

La narcolepsie est un trouble du sommeil qui se caractérise par des périodes quotidiennes de sommeil irrésistible ou par des épisodes de sommeil diurne (crise de sommeil) survenant depuis au moins trois mois. La narcolepsie est associée à une somnolence diurne excessive et à des signes de mouvements oculaires rapides (MOR) – dissociation éveil/sommeil ou manifestations anormales de sommeil paradoxal. Il existe deux types de narcolepsie : le type 1 et le type 2. La principale différence entre les deux types est la présence d'une cataplexie dans la narcolepsie de type 1.

Aptitude médicale à l'emploi

Les personnes qui ont reçu un diagnostic de narcolepsie ne sont pas aptes à occuper un poste essentiel à la sécurité.

4.2.2 Hypersomnie idiopathique

Description

L'hypersomnie idiopathique est un trouble du sommeil rare qui se caractérise par une somnolence diurne excessive chronique et par des périodes quotidiennes de sommeil irrésistible ou des épisodes de sommeil diurne, sans cataplexie, qui ne sont pas expliqués par un autre trouble ni par la prise de médicaments ou la consommation d'une substance. Les personnes qui en sont atteintes peuvent avoir de la difficulté à se réveiller le matin ou après une sieste. Leurs siestes diurnes ne sont généralement pas réparatrices. L'hypersomnie idiopathique est considérée comme un trouble chronique du sommeil, mais des cas de résolution spontanée ont déjà été signalés.

Aptitude médicale à l'emploi

Les personnes qui ont reçu un diagnostic d'hypersomnie idiopathique ne sont pas aptes à occuper un poste essentiel à la sécurité. En cas de résolution spontanée, une évaluation de l'aptitude médicale à l'emploi sera effectuée, à la discrétion du médecin-chef de la compagnie ferroviaire.

ANNEXE I

Le questionnaire STOP-Bang® est un outil de dépistage en huit points qui permet de déterminer le risque d'apnée obstructive du sommeil. Il comprend des composantes subjectives et objectives ainsi que des questions connexes, lesquelles ont été modifiées ci-dessous pour répondre aux besoins des présentes lignes directrices :

Ronflement	Ronflez-vous très fort (suffisamment fort pour qu'on vous entende à travers une porte fermée ou que votre partenaire vous donne des coups de coude parce que vous ronflez la nuit)?
Fatigue	Vous sentez-vous souvent fatigué(e), épuisé(e) ou somnolent(e) pendant la journée (par exemple, vous vous endormez parfois au volant ou en pleine conversation)?
Observation	Quelqu'un a-t-il observé que vous arrêtez de respirer ou que vous vous étouffiez/suffoquiez pendant votre sommeil?
Hypertension artérielle	Êtes-vous atteint(e) d'hypertension artérielle ou êtes-vous traité(e) pour ce problème?
Indice de masse corporelle > 35 kg/m ² ?	Calcul de l'indice de masse corporelle : poids (en kg)/taille (en m) ²
Âge	Êtes-vous âgé(e) de plus de 50 ans?
Tour de cou mesuré au niveau de la pomme d'Adam	Si vous êtes un homme, votre tour de cou est-il supérieur ou égal à 43 cm? Si vous êtes une femme, votre tour de cou est-il supérieur ou égal à 41 cm?
<u>Sexe</u>	Êtes-vous un homme?

La réponse à chacune des questions est « oui » ou « non ». Un « oui » correspond à 1 point. Le score est interprété comme suit :

- Risque faible d'apnée obstructive du sommeil :
 - Réponse « oui » à 0-2 questions
- Risque modéré d'apnée obstructive du sommeil :
 - Réponse « oui » à 3-4 questions
- Risque élevé d'apnée obstructive du sommeil :
 - Réponse « oui » à 5-8 questions OU
 - Réponse « oui » à au moins 2 des 4 premières OU
 - Réponse « oui » à au moins 2 des 4 premières questions + IMC > 35 kg/m² OU
 - Réponse « oui » à au moins 2 des 4 premières questions + tour de cou (43 cm chez l'homme, 41 cm chez la femme)

Pour en savoir plus sur le questionnaire STOP-Bang®, visitez le site à l'adresse www.stopbang.ca.

ANNEXE II – Bibliographie

- Aarab, G. et al. (2011) 'Oral appliance therapy versus nasal continuous positive airway pressure in obstructive sleep apnea: a randomized, placebo-controlled trial.', *Respiration; international review of thoracic diseases*, 81(5), pp. 411–9. doi: 10.1159/000319595.
- Benoist, L. et al. (2017) 'A randomized, controlled trial of positional therapy versus oral appliance therapy for position-dependent sleep apnea', *Sleep Medicine*. Elsevier, 34, pp. 109–117. doi: 10.1016/J.SLEEP.2017.01.024.
- BIXLER, E. O. et al. (2001) 'Prevalence of Sleep-disordered Breathing in Women', *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. American Thoracic Society, New York, NY, 163(3), pp. 608–613. doi: 10.1164/ajrccm.163.3.9911064.
- Carberry, J. C., Amatoury, J. and Eckert, D. J. (2018) 'Personalized Management Approach for OSA', *Chest*, 153(3), pp. 744–755. doi: 10.1016/j.chest.2017.06.011.
- Chiu, H. Y. et al. (2017) 'Diagnostic accuracy of the Berlin questionnaire, STOP-BANG, STOP, and Epworth sleepiness scale in detecting obstructive sleep apnea: A bivariate meta-analysis', *Sleep Medicine Reviews*. W.B. Saunders Ltd, pp. 57–70. doi: 10.1016/j.smr.2016.10.004.
- Cistulli, P. A. et al. (2004) 'Treatment of snoring and obstructive sleep apnea with mandibular repositioning appliances.', *Sleep medicine reviews*, 8(6), pp. 443–57. doi: 10.1016/j.smr.2004.04.002.
- Dempsey, J. A. et al. (2010) 'Pathophysiology of Sleep Apnea', *Physiological Reviews*, 90(1), pp. 47–112. doi: 10.1152/physrev.00043.2008.
- Epstein, L. J. et al. (2009) 'Clinical guideline for the evaluation, management and long-term care of obstructive sleep apnea in adults.', *Journal of clinical sleep medicine: JCSM: official publication of the American Academy of Sleep Medicine*, 5(3), pp. 263–76. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19960649> (Accessed: 2 March 2019).
- Ferguson, K. A. et al. (2006) 'Oral appliances for snoring and obstructive sleep apnea: a review.', *Sleep*, 29(2), pp. 244–62. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16494093> (Accessed: 26 March 2019).
- Friedman, M. et al. (2016) 'Targeted hypoglossal nerve stimulation for the treatment of obstructive sleep apnea: Six-month results', *The Laryngoscope*, 126(11), pp. 2618–2623. doi: 10.1002/lary.25909.
- Gagnadoux, F. et al. (2009) 'Titrated mandibular advancement versus positive airway pressure for sleep apnoea.', *The European respiratory journal*, 34(4), pp. 914–20. doi: 10.1183/09031936.00148208.
- Hoffstein, V. et al. (1992) 'Treatment of obstructive sleep apnea with nasal continuous positive airway pressure. Patient compliance, perception of benefits, and side effects.', *The American review of respiratory disease*, 145(4 Pt 1), pp. 841–5. doi: 10.1164/ajrccm/145.4_Pt_1.841.
- Ip, M. S. M. et al. (2001) 'A Community Study of Sleep-Disordered Breathing in Middle-aged Chinese Men in Hong Kong', *Chest*. Elsevier, 119(1), pp. 62–69. doi: 10.1378/chest.119.1.62.

Ip, S. et al. (2012a) 'Auto-titrating versus fixed continuous positive airway pressure for the treatment of obstructive sleep apnea: a systematic review with meta-analyses.', *Systematic reviews*. BioMed Central, 1, p. 20. doi: 10.1186/2046-4053-1-20.

Ip, S. et al. (2012b) 'Auto-titrating versus fixed continuous positive airway pressure for the treatment of obstructive sleep apnea: a systematic review with meta-analyses', *Systematic Reviews*, 1(1), p. 20. doi: 10.1186/2046-4053-1-20.

Jonas, D. E. et al. (2017) 'Screening for Obstructive Sleep Apnea in Adults: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force.', *JAMA*, 317(4), pp. 415–433. doi: 10.1001/jama.2016.19635.

Kim, JinKwan et al. (2004) 'Prevalence of Sleep-disordered Breathing in Middle-aged Korean Men and Women', *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. American Thoracic Society, 170(10), pp. 1108–1113. doi: 10.1164/rccm.200404-519OC.

Kryger, M. H. and Malhotra, A. (2019) *Management of obstructive sleep apnea in adults - UpToDate, UpToDate*. Available at: [https://www.uptodate.com/contents/management-of-obstructive-sleep-apnea-in-adults?search=obstructive sleep apnea treatment&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H7](https://www.uptodate.com/contents/management-of-obstructive-sleep-apnea-in-adults?search=obstructive+sleep+apnea+treatment&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H7) (Accessed: 26 March 2019).

Kuhn, E. et al. (2017) 'Effects of CPAP and Mandibular Advancement Devices on Health-Related Quality of Life in OSA', *Chest*, 151(4), pp. 786–794. doi: 10.1016/j.chest.2017.01.020.

Lim, J et al. (2004) 'Oral appliances for obstructive sleep apnoea.', *The Cochrane database of systematic reviews*. Edited by Jerome Lim. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, (4), p. CD004435. doi: 10.1002/14651858.CD004435.pub2.

McDaid, C. et al. (2009) 'A systematic review of continuous positive airway pressure for obstructive sleep apnoea–hypopnoea syndrome', *Sleep Medicine Reviews*. W.B. Saunders, 13(6), pp. 427–436. doi: 10.1016/J.SMRV.2009.02.004.

Morgenthaler, T. I. et al. (2006) 'Practice Parameters for the Medical Therapy of Obstructive Sleep Apnea', *Sleep*. Oxford University Press, 29(8), pp. 1031–1035. doi: 10.1093/sleep/29.8.1031.

Nagappa, M. et al. (2015) 'Validation of the stop-bang questionnaire as a screening tool for obstructive sleep apnea among different populations: A systematic review and meta-Analysis', *PLoS ONE*. Public Library of Science, 10(12). doi: 10.1371/journal.pone.0143697.

'Obstructive Sleep Apnea, Adult' (2014) in *International Classification of Sleep Disorders*, pp. 53–62.

Povitz, M. et al. (2015) 'Prevalence of Sleep-disordered Breathing in Obese Patients with Chronic Hypoxemia. A Cross-Sectional Study.', *Annals of the American Thoracic Society*, 12(6), pp. 921–7. doi: 10.1513/AnnalsATS.201412-551OC.

Qaseem, A. et al. (2013) 'Management of Obstructive Sleep Apnea in Adults: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians', *Annals of Internal Medicine*. American College of Physicians, 159(7), pp. 471–483. doi: 10.7326/0003-4819-159-7-201310010-00704.

Ramar, K. et al. (2015) 'Clinical Practice Guideline for the Treatment of Obstructive Sleep Apnea and Snoring with Oral Appliance Therapy: An Update for 2015', *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 11(7), pp. 773–827. doi: 10.5664/jcsm.4858.

Randerath, W. J. et al. (no date) 'Non-CPAP therapies in obstructive sleep apnoea the European Respiratory Society task force on non-CPAP therapies in sleep apnoea'. doi: 10.1183/09031936.00099710.

Salord, N. et al. (2016) 'A Randomized Controlled Trial of Continuous Positive Airway Pressure on Glucose Tolerance in Obese Patients with Obstructive Sleep Apnea.', *Sleep*. Oxford University Press, 39(1), pp. 35–41. doi: 10.5665/sleep.5312.

Sharma, S. K. et al. (2006) 'Prevalence and Risk Factors of Obstructive Sleep Apnea Syndrome in a Population of Delhi, India', *Chest*. Elsevier, 130(1), pp. 149–156. doi: 10.1378/chest.130.1.149.

Steffen, A. et al. (2018) 'Outcome after one year of upper airway stimulation for obstructive sleep apnea in a multicenter German post-market study', *The Laryngoscope*, 128(2), pp. 509–515. doi: 10.1002/lary.26688.

Strollo, P. J. et al. (2014) 'Upper-Airway Stimulation for Obstructive Sleep Apnea', *New England Journal of Medicine*, 370(2), pp. 139–149. doi: 10.1056/NEJMoa1308659.

Sullivan, C E et al. (1981) 'Reversal of obstructive sleep apnoea by continuous positive airway pressure applied through the nares.', *Lancet* (London, England), 1(8225), pp. 862–5. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6112294> (Accessed: 3 March 2019).

Sullivan, Colin E. et al. (1981) 'Reversal of Obstructive Sleep Apnoea by Continuous Positive Airway Pressure Applied Through the Nares.', *The Lancet*, 317(8225), pp. 862–865. Available at: https://ezproxy-prd.bodleian.ox.ac.uk:6335/S0140673681921401/1-s2.0-S0140673681921401-main.pdf?_tid=548334c3-61a4-4294-8a03-24bf6905d752&acdnat=1550532011_f47f2cb436ee63e99bab10d583793d34 (Accessed: 18 February 2019).

Tan, Y. K. et al. (2002) 'Mandibular advancement splints and continuous positive airway pressure in patients with obstructive sleep apnoea: a randomized cross-over trial.', *European journal of orthodontics*, 24(3), pp. 239–49. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12143088> (Accessed: 26 March 2019).

Weaver, E. M. and Kapur, V. K. (2018) *Surgical treatment of obstructive sleep apnea in adults - UpToDate*, *UpToDate*. Available at: [https://www.uptodate.com/contents/surgical-treatment-of-obstructive-sleep-apnea-in-adults?search=obstructive sleep apnea treatment&topicRef=7695&source=see_link#H15956993](https://www.uptodate.com/contents/surgical-treatment-of-obstructive-sleep-apnea-in-adults?search=obstructive%20sleep%20apnea%20treatment&topicRef=7695&source=see_link#H15956993) (Accessed: 27 March 2019).

Westbrook, P. R. (1990) 'Sleep disorders and upper airway obstruction in adults.', *Otolaryngologic clinics of North America*, 23(4), pp. 727–43. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2199904> (Accessed: 25 February 2019).

White, D. P. (2005) 'Pathogenesis of Obstructive and Central Sleep Apnea', *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 172(11), pp. 1363–1370. doi: 10.1164/rccm.200412-1631SO.

Young, T. et al. (1993) 'The Occurrence of Sleep-Disordered Breathing among Middle-Aged Adults', *New England Journal of Medicine*. Massachusetts Medical Society , 328(17), pp. 1230–1235. doi: 10.1056/NEJM199304293281704.

Young, T., Skatrud, J. and Peppard, P. E. (2004) 'Risk Factors for Obstructive Sleep Apnea in Adults', *JAMA*. American Medical Association, 291(16), p. 2013. doi: 10.1001/jama.291.16.2013.

Section 14 – Opiïdes à des fins thérapeutiques

LIGNES DIRECTRICES MÉDICALES RELATIVES À L'EMPLOI, DANS UN POSTE ESSENTIEL À LA SÉCURITÉ FERROVIAIRE CANADIENNE, DE PERSONNES TRAITÉES PAR DES OPIOÏDES THÉRAPEUTIQUES

1	INTRODUCTION.....	147
2	CHAMP D'APPLICATION	147
3	DÉFINITIONS.....	148
4	APTITUDE MÉDICALE AU SERVICE	148
4.1	UTILISATION OCCASIONNELLE.....	148
4.2	UTILISATION CONTINUE	149

1 Introduction

Les cheminots occupant un poste essentiel à la sécurité ferroviaire (PES) assurent la conduite des trains ou le contrôle de la circulation ferroviaire. Une bonne santé physique et mentale est donc impérative. Toute baisse de rendement attribuable à un problème de santé risquerait de provoquer un incident important susceptible d'affecter la santé et la sécurité du personnel et de la population et de causer des dommages aux biens et à l'environnement. Toute défaillance subite des fonctions cognitives, sensorielles ou motrices peut constituer une menace grave pour la sécurité ferroviaire. L'utilisation d'opioïdes à des fins thérapeutiques peut altérer ces fonctions.

On avait émis l'hypothèse que les personnes tolérantes aux opioïdes et prenant des opioïdes à action prolongée pouvaient retrouver un usage normal de leurs fonctions cognitives, sensorielles et motrices. En 2009, un énoncé de recommandation de l'American Pain Society et de l'American Academy of Pain Medicine sur la conduite automobile et la sécurité au travail affirmait ceci : (traduction)

« En l'absence de signes ou de symptômes de facultés affaiblies, il n'existe aucune preuve qu'un patient maintenu sur une dose stable de thérapie opioïde chronique devrait être interdit de conduite automobile. »

Par la suite, l'American College of Occupational and Environmental Medicine(ACOEM), après un examen approfondi de la littérature sur la question, faisait remarquer que l'énoncé de recommandation de 2009 susmentionné ne fournissait aucune référence à des études épidémiologiques originales. Les résultats de l'examen effectué par l'ACOEM ont été publiés avec des lignes directrices pour la pratique dans le *Journal of Occupational and Environmental Medicine* en juillet 2014 (volume 56, numéro 7)¹.

Voici deux extraits des lignes directrices de l'ACOEM pour la pratique : (traduction)

« Les opioïdes faibles et forts ont toujours été associés à des risques accrus d'accidents de véhicules automobiles (AVA) dans toutes les grandes études épidémiologiques portant sur des adultes en âge de travailler et dotées d'une puissance suffisante pour détecter le risque de collision véhiculaire, les estimations du risque variant d'un risque accru de 29 à plus de 800 %... »

« Le comité des opioïdes de l'ACOEM en matière de pratiques fondées sur des données probantes recommande l'interdiction d'opioïdes dans les postes essentiels à la sécurité. »

Par conséquent, et par contraste avec la version précédente du document de l'Association des chemins de fer intitulé *Lignes directrices médicales relatives à l'emploi, dans un poste essentiel à la sécurité au sein de l'industrie ferroviaire canadienne, de personnes traitées par des opioïdes thérapeutiques*, le corps actuel de preuves ne milite pas en faveur de l'usage sécuritaire d'opioïdes par des personnes occupant un PES.

2 Champ d'application

Les présentes lignes directrices médicales pour les chemins de fer ne visent que les personnes occupant un PES et présentant une condition médicale qui exige l'usage d'opioïdes.

¹ Hegmann K, Weiss M, Bowden M, Branco F, DuBrueler K, Els C, Mandel S, McKinney DW, Miguel R, Mueller KL, Nadig RJ, Schaffer MI, Studt L, Talmage J, Travis RL, Winters T, Thiese MS, Harris JS. (2014) ^Opioids and Safety-sensitive Work : The ACOEM Practice Guidelines. JOEM 56 : pages e46-e53.

3 Définitions

Aux fins des présentes lignes directrices médicales pour les chemins de fer, les définitions ci-après s'appliquent :

- 1) Opioïde(s):
 - a) Le mot *opioïde* désigne aussi bien les opiacés d'origine naturelle (comme les médicaments et les substances dérivés de l'opium, c'est-à-dire la morphine, la codéine et l'héroïne) qu'un grand nombre de congénères artificiels ou synthétiques, dont la plupart ont une activité similaire à celle de la morphine au niveau des récepteurs dans le cerveau². Les opioïdes synthétiques comprennent des composés comme le tramadol, l'oxycodone, l'hydromorphone, le fentanyl, la mépéridine, la méthadone, ainsi que la buprénorphine, qui est un agoniste partiel au niveau du récepteur.
 - b) Différents opioïdes ont une demi-vie³ variable et sont offerts sur le marché dans une variété de formulations à libération immédiate et à libération lente. Il en résulte une grande variabilité dans la durée de leur action.
 - c) Le métabolisme des opioïdes est influencé par un certain nombre de facteurs, dont une diversité de systèmes enzymatiques. Le taux métabolique et le risque d'interaction des médicaments avec les opioïdes sont déterminés en grande partie par la nature des systèmes enzymatiques qui métabolisent l'opioïde⁴. L'état de santé, le degré de tolérance aux opioïdes, l'utilisation de médicaments, les habitudes de consommation d'alcool et les différences individuelles peuvent se traduire par un manque important de prévisibilité à l'égard de la déficience liée aux opioïdes et, par conséquent, de la capacité et du risque professionnels.
- 2) **Utilisation occasionnelle d'un opioïde** : Administration unique d'un opioïde en fonction des besoins.
- 3) **Utilisation continue d'un opioïde** : Utilisation régulière d'opioïdes, généralement tous les jours.

4 Aptitude médicale au service

4.1 Utilisation occasionnelle

- 1) L'utilisation occasionnelle d'opioïdes à action brève ou à libération immédiate en doses thérapeutiques peut entraîner des troubles cognitifs et de performance et un risque professionnel qui sont habituellement atténués 8 heures après la prise de la dernière dose.
- 2) L'utilisation d'opioïdes à libération lente, d'opioïdes à action véritablement prolongée (comme la méthadone) ou d'opioïdes à forte dose peut entraîner une déficience qui se prolonge au-delà de 8 heures. Dans certains cas, les troubles cognitifs et de performance peuvent persister au-delà d'une période de 24 heures après la prise de la dernière dose.
- 3) Les déficits cognitifs et de performance peuvent persister au-delà de la période pendant laquelle une personne éprouve des effets thérapeutiques ou indésirables à la suite de l'utilisation d'un opioïde. La démarche qui consiste à déterminer si une personne éprouve des effets indésirables 8 heures après la dernière prise d'un opioïde n'est pas toujours suffisamment sensible pour écarter une déficience cognitive ou de performance persistante.

² Ries R, Fiellin DA, Miller SC, Saitz R. (Eds) Principles of Addiction Medicine, 5^e édition, 2014.

³ Temps que met une concentration pour perdre la moitié de sa valeur initiale.

⁴ Smith HS. Opioid Metabolism. Mayo Clin Proc. 2009; 84 : pages 613–624. Opioid Metabolism. Mayo Clin Proc. 2009;84:613–624.

- 4) On ne peut compter sur une personne qui a utilisé un opioïde pour déterminer exactement le degré de sa déficience cognitive ou de performance liée à l'opioïde; une telle personne peut sous-estimer le degré de sa déficience.
- 5) On ne peut compter sur des collègues ou superviseurs dépourvus de formation médicale pour déterminer exactement chez une personne le degré de sa déficience cognitive ou de performance liée à un opioïde.
- 6) Une déficience cognitive ou de performance liée à un opioïde peut se produire même chez des personnes qui sont devenues tolérantes à l'utilisation d'opioïdes.
- 7) Lignes directrices pour le retour au travail dans un PES après l'utilisation d'un opioïde :
 - a) En général, une personne sous traitement occasionnel avec un opioïde à action brève ou à libération immédiate ne peut travailler dans un PES qu'au terme d'une période minimale de 8 heures après la prise de la dernière dose. Cette période peut être plus longue selon la durée d'action de l'opioïde, la dose utilisée, l'utilisation d'autres médicaments et divers autres facteurs.
 - b) Une personne sous traitement occasionnel avec un opioïde à action prolongée ou à libération continue ne peut travailler dans un PES qu'au terme d'une période minimale de 24 heures après la prise de la dernière dose.
 - c) L'utilisation de timbres transdermiques risque de prolonger la durée de la déficience, d'autant plus que la peau agit comme un réservoir.
Après l'enlèvement du timbre, les concentrations de fentanyl sérique diminuent progressivement, chutant d'environ 50 % en quelque 17 heures⁵ (c.-à-d. une fourchette de 13 à 22 heures). Le médicament devrait s'éliminer dans un délai de 4 à 5 demi-vies, c.-à-d. de 68 à 85 heures (2,8-3,5 jours). Une personne sous traitement avec un timbre transdermique de fentanyl ne peut travailler dans un PES qu'au terme d'une période minimale de 4 jours (96 heures) après l'enlèvement du dernier timbre cutané.
 - d) La détermination de la présence d'une déficience cognitive ou de performance devrait être effectuée sur une base individualisée.

4.2 Utilisation continue

Une personne sous traitement continu avec n'importe quel opioïde ne peut travailler dans un PES.

⁵ Monographie du produit Duragesic, Santé Canada <http://webprod5.hc-sc.gc.ca/dpd-bdpp/info.do?code=76148&lang=eng> (révision : 17 novembre 2015).

Section 15 – Formulaires de rapport médical

1	VUE D'ENSEMBLE	151
2	FORMULAIRE D'EXAMEN MÉDICAL DE PRÉEMPLOI	152
3	FORMULAIRE D'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE	159

1 Vue d'ensemble

Les lignes directrices médicales de l'industrie ferroviaire stipulent que les personnes soient l'objet d'évaluations médicales avant le début de leur affectation dans un poste essentiel à la sécurité (PES), à l'occasion d'une promotion ou d'un transfert dans un tel poste ainsi que tous les 5 ans jusqu'à l'âge de 40 ans, et tous les 3 ans par la suite jusqu'à leur retraite ou jusqu'à ce qu'elles cessent d'occuper un PES. Pour soutenir cette obligation d'évaluations médicales, le Groupe médical consultatif de l'Association des chemins de fer du Canada (ACFC) a mis au point des formulaires de rapport médical.

Ces formulaires visent à aider les compagnies de chemin de fer à développer une approche cohérente et normalisée pour l'évaluation de l'aptitude au travail dans des postes essentiels à la sécurité. Le formulaire de rapport médical relatif à un emploi se retrouve à la sous-section 5.2 et peut être utilisé à la fois pour une évaluation initiale d'emploi ou à l'occasion d'une promotion ou d'un transfert dans un poste essentiel à la sécurité. La sous-section 5.3 contient un formulaire de rapport d'examen médical périodique qui peut être utilisé pour les évaluations périodiques faites par les médecins personnels des cheminots occupant un poste essentiel à la sécurité.

Tout comme cela se fait pour les lignes directrices médicales, le Groupe médical consultatif de l'Association des chemins de fer du Canada révisera et mettra à jour ces formulaires au besoin afin d'assurer qu'ils reflètent toujours les pratiques médicales acceptées au Canada. D'autres formulaires pourront être élaborés au besoin.

2 Formulaire d'examen médical de préemploi

PARTIE 1 - RENSEIGNEMENTS SUR LE (LA) CANDIDAT(E)/L'EMPLOYÉ(E) (À REMPLIR PAR LUI OU ELLE)		
Poste demandé : _____	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Numéro d'employé(e) s'il y a lieu : _____		
Nom : _____	Date de naissance : _____	
Adresse : _____		Téléphone : Domicile : () _____
Code postal: _____	Travail : () _____	
Déclaration du (de la) candidat(e)/de l'employé(e) et consentement à la transmission de renseignements médicaux		
Je soussigné(e) reconnais que je pourrais occuper un poste essentiel à la sécurité et que je signalerai toute condition médicale, passée ou actuelle, pouvant constituer une menace pour la sécurité ferroviaire.		
Je déclare que les renseignements que j'ai fournis ou que je fournirai au médecin examinateur sont exacts et complets. Je sais que si j'ai consciemment fourni de faux renseignements ou n'ai pas signalé une condition médicale, passée ou actuelle, je pourrai faire l'objet de la part de la compagnie ferroviaire, de mesures pouvant aller jusqu'au congédiement.		
Je consens à ce que tout médecin, hôpital, clinique médicale ou tout autre fournisseur de services médicaux transmette au bureau du médecin-chef de la compagnie ferroviaire tout renseignement médical relatif à une condition médicale, passée ou actuelle, qui pourrait constituer une menace pour la sécurité ferroviaire. Je consens également à ce que des représentants du bureau du médecin-chef discutent tout aspect de la présente évaluation avec mon médecin. Je sais que ces renseignements seront révisés aux fins de procéder à l'évaluation de mon aptitude au travail. Ce consentement est valable pour six mois à compter de la date de la signature.		
_____	_____	_____
Témoïn	Signature du (de la) candidat(e)/de l'employé(e)	Date
PARTIE 2 - RENSEIGNEMENTS A L'INTENTION DU MÉDECIN EXAMINATEUR ET DECLARATION		
Le présent rapport servira à évaluer l'aptitude au travail d'un(e) candidat(e)/employé(e) et constitue un service non assuré. En remplissant ce rapport, veuillez être précis et écrire lisiblement. Si vous avez des questions concernant quelque aspect du formulaire, veuillez appeler le numéro sans frais apparaissant ci-dessous.		
Nom du (de la) candidat(e)/de l'employé(e) _____	Je certifie que les renseignements que j'ai colligés dans ce rapport sont, au meilleur de ma connaissance, corrects.	
Date de l'examen sur lequel ce rapport s'appuie : _____	_____	
Nom du médecin : _____	[] Médecin généraliste	Signature du médecin
Adresse : _____	[] Médecin spécialiste en _____	
Ville/Province : _____	Code postal : _____	Téléphone : () _____
		Télécopieur : () _____
Le contenu du présent rapport est la propriété de la compagnie ferroviaire.		
<div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div>		

Ce rapport peut être expédié par courrier régulier ou par télécopieur à :

EN CAS DE BESOIN, VOUS POUVEZ APPELER SANS FRAIS LE

1 XXX-XXX-XXXX

PARTIE 3 - QUESTIONNAIRE MÉDICAL - À REMPLIR PAR LE (LA) CANDIDAT(E)/L'EMPLOYÉ(E)

A : Activités courantes

Avez-vous présentement de la difficulté à faire les activités ci-après, ou en êtes-vous incapable ?					
	Oui	Non		Oui	Non
Porter, pousser ou tirer jusqu'à 50 lb (22 kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vous penchez en avant jusqu'à joindre le sol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soulever jusqu'à 80 lb (35 kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vous agenouiller ou ramper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regarder en haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Monter dans des escabeaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tourner le cou (p.ex. regarder au-dessus de l'épaule)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Monter dans des escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rejoindre le dessus de la tête avec la main	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Faire des activités requérant un constant équilibre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agripper ou tordre fermement avec l'une ou l'autre main	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Travailler en hauteur (15 pieds)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Effectuer des mouvements fins avec les doigts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Travailler sur des quarts de nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Restez debout ou assis sur de longues périodes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Porter un équipement de protection personnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcher sur un terrain inégal ou en pente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Travailler à des températures chaudes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcher rapidement sur un terrain plat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Travailler à des températures froides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au cours de la dernière année, quels ont été vos activités sportives, exercices ou activités à l'extérieur?			Devez-vous porter un support ou une attelle pour une activité quelconque? Si « oui », veuillez préciser :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au cours de la dernière année, avez-vous effectué un travail requérant des efforts physiques intenses? : Si « oui », veuillez préciser :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous déjà présenté une réclamation auprès de ou reçu des indemnités d'un assureur ou d'une Commission des accidents du travail (CSST) pour une absence de 3 semaines ou plus ? Si « oui », précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B : Problèmes de santé courants

Au cours de la dernière année, avez-vous eu :					
	Oui	Non	Apnée du sommeil	Oui	Non
une perte de connaissance?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous déjà fait l'objet d'un diagnostic d'apnée du sommeil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
une perte de vision?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous déjà souffert de haute pression?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
une vision double?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vous a-t-on dit que vous ronfliez souvent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
un trouble d'équilibre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

des soins médicaux pour une blessure à un muscle, à un os ou à une articulation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	la nuit?		
des pierres au rein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vous a-t-on dit que vous vous étouffiez, que vous suffoquiez ou que vous cessiez de respirer souvent la nuit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
une incapacité permanente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(Souvent = de 5 à 7 nuits/semaines)		

B : Problèmes de santé courants (suite)

Usage de médicaments et de drogues	Oui	Non	Soins médicaux	Oui	Non
Faites-vous actuellement usage de tabac? Si « oui », combien de paquets par jour? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous actuellement un problème de santé qui :		
Avez-vous fait usage de marijuana ou de haschisch au cours de la dernière année? Si « oui », quand la dernière fois : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. requiert des soins médicaux ou un suivi médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà fait usage de cocaïne, de crack, de LSD, de PCP, d'héroïne, d'amphétamine, ou d'autres drogues illégales? Si « oui », quand la dernière fois? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. pourrait requérir une intervention urgente au travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà été traité(e) pour un problème de toxicomanie envers l'alcool ou une autre drogue? Si « ou », précisez la date : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. pourrait affecter votre présence régulière au travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'usage de l'alcool ou d'une autre drogue a-t-il déjà créé un problème dans votre vie (permis de conduire, enquête policière, blessure à vous ou aux autres, etc.) Si « oui », veuillez préciser : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si vous répondez « oui » à l'une des questions sur les soins médicaux, veuillez préciser : _____ _____ _____		
Listez tous les médicaments que vous avez utilisés au cours des 12 derniers mois : _____			_____ _____ _____		

C : Problèmes de santé antérieurs

Problèmes cardiaques dans le passé?	Oui	Non	Problèmes du système nerveux dans le passé?	Oui	Non
Douleur thoracique (ex. : angine de poitrine)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fracture du crâne ou blessure au cerveau (telle une commotion cérébrale)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crise cardiaque (infarctus du myocarde)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Épilepsie ou autre crise convulsive?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rythme cardiaque irrégulier ou palpitations?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Accident vasculaire cérébral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des tests cardiaques anormaux (ECG, test à l'effort, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Narcolepsie ou autre trouble du sommeil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un souffle cardiaque (en tant qu'adulte)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problèmes avec les nerfs dans vos bras, vos jambes ou dans votre colonne vertébrale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une autre maladie du cœur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles des mouvements ou de la coordination?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies des vaisseaux sanguins ou de la circulation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre maladie du cerveau ou du système nerveux?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Maux de tête ayant nécessité la prise d'un Médicament prescrit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Problèmes respiratoires dans le passé?	Oui	Non	Problèmes de vision et d'audition dans le passé?	Oui	Non
Asthme (en tant qu'adulte)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cataractes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucome?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tests anormaux des poumons ou de la respiration?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perte de vision dans un œil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres maladies des poumons (emphysème, bronchite chronique, autre infection des poumons)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Œil « paresseux » ou faible?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Perte d'audition dans une oreille?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Autres troubles des yeux ou des oreilles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C : Problèmes de santé antérieurs (suite)

Autres problèmes médicaux	Oui	Non	Problèmes de santé mentale	Oui	Non
Maladie des reins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trouble anxieux (anxiété)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatite ou jaunisse (en tant qu'adulte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trouble panique ou phobique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre maladie du système digestif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trouble de stress post-traumatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes avec des muscles dans vos bras, vos jambes, ou votre colonne vertébrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trouble obsessionnel-compulsif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies des articulations ou des os (p.ex. arthrite)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibromyalgie ou syndrome de fatigue chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trouble bipolaire (maniaco-dépression)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer de quelque type que ce soit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychose, trouble délirant, schizophrénie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réactions allergiques sévères (aliments, insectes, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trouble de la personnalité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète ou hypertension (haute pression)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bas taux de sucre dans le sang (hypoglycémie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Un trouble de santé mentale ayant requis des soins à l'hôpital : Si « oui », dites quand et pourquoi :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Engelures sévères des mains ou des pieds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres troubles de santé mentale. Si « oui », veuillez préciser :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles affectant la lecture ou l'apprentissage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Chirurgie : Si « oui », dites quand et pourquoi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARTIE 4 - COMMENTAIRES DU MÉDECIN - VEUILLEZ FOURNIR DES COMMENTAIRES POUR TOUTES LES RÉPONSES POSITIVES

PARTIE 5 - EXAMEN DU MÉDECIN (À REMPLIR PAR LE MÉDECIN)

A: Généralités

Taille		Poids	Tension artérielle	Pouls		Circonférence du cou (cm)
Normal	Anormal	Élément	Détails	Oui	Non	Commentaires
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pupilles	Cataractes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mouvements oculaires	Diplopie ou strabisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oreilles				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nez	Perforation de la cloison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bouche et dents				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Langage				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cou	Masses et ganglions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Expansion thoracique				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Murmure vésiculaire				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bruits cardiaques	Souffle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grosses artères	Bruits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Circulation périphérique				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen	Masses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			Hernie (homme seulement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Foie	Signes de maladie hépatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Démarche				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Équilibre				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coordination main-yeux	Tremblements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Peau	Dermatose aux mains	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			Traces d'injection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fonctions cognitives				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Humeur				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comportement				

B: Musculo-squelettique

Veillez évaluer les problèmes signalés dans la section « activités courantes » et noter toute réduction d'amplitude des mouvements, faiblesse, déformation ou instabilité articulaire.

Normal	Anormal	Élément	Commentaires
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colonne cervicale	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colonne dorsale	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colonne lombo-sacrée	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Épaules	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coudes	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Poignets et mains	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hanches	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genoux	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chevilles et pieds	

Y a-t-il des aspects de votre examen qui requièrent un complément d'évaluation?
 Si « oui », quel conseil avez-vous donné au (à la) candidat(e)?

Oui Non

PARTIE 6 - RAPPORT D'ÉVALUATION PRÉ-EMPLOI

Selon les renseignements fournis par le (la) candidat(e)/l'employé(e) et compte tenu de son examen physique il (elle) est considéré(e) comme : (Cochez un seul article)

<input type="checkbox"/> apte à occuper sans restrictions le poste demandé
<input type="checkbox"/> apte à occuper le poste demandé, avec les restrictions suivantes : Énumérez toutes les restrictions : _____ _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> temporairement inapte : Une évaluation/des renseignements complémentaires sont requis. Veuillez expliquer : _____ _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> inapte à occuper le poste demandé Veuillez expliquer : _____ _____ _____ _____

Nom du médecin examinateur

Signature du médecin examinateur

Date

3 Formulaire d'examen médical périodique

PARTIE 1 - Renseignements à l'intention du médecin

Les cheminots canadiens occupant un poste essentiel à la sécurité ferroviaire ont la responsabilité d'assurer la conduite des trains et le contrôle de la circulation ferroviaire. Toute perturbation au niveau du rendement attribuable à un trouble d'ordre médical peut menacer la santé et la sécurité des employés et de la population et causer des dommages aux biens et à l'environnement.

Le gouvernement fédéral, par sa *Loi sur la sécurité ferroviaire (LSF)*, oblige les employés occupant un poste essentiel à la sécurité à se soumettre à une évaluation médicale périodique. Le présent rapport sera utilisé pour consigner les résultats de l'évaluation médicale. Le bureau du médecin-chef procédera à la révision du contenu de ce rapport qui sera utilisé, avec les autres renseignements, pour évaluer l'aptitude au travail de cet employé dans un poste essentiel à la sécurité.

En remplissant le présent formulaire, rappelez-vous que la sécurité de l'employé, de ses collègues de travail et de la population en général est en jeu. Une attention particulière devrait être dévolue aux conditions médicales pouvant donner lieu à une incapacité soudaine d'ordre mental ou physique ou à toute condition qui pourrait interférer avec la capacité de l'employé d'effectuer ses tâches de façon sécuritaire. Dans le cas de conditions chroniques, soyez conscient que l'incapacité peut survenir de façon graduelle. En vertu de la LSF, les médecins ont l'obligation d'aviser le médecin-chef si un employé occupant un poste essentiel à la sécurité présente une condition médicale qui, selon leur opinion, est susceptible de constituer une menace pour la sécurité ferroviaire.

Vous trouverez, à la dernière page, des renseignements sur le paiement des honoraires pour remplir le formulaire. Veuillez écrire lisiblement.

PARTIE 2 - Renseignements sur l'employé et consentement (à remplir par l'employé)

Nom :	Matricule :
Adresse :	Date de naissance :
	Téléphone à la maison :
	Téléphone au travail :
Code postal :	Superviseur :

Consentement de l'employé pour la transmission des renseignements médicaux à la compagnie ferroviaire

Je soussigné reconnais que j'occupe un poste essentiel à la sécurité et que je signalerai toute condition médicale qui pourrait constituer une menace à la sécurité ferroviaire. Je déclare que les renseignements que j'ai fournis et que je fournirai au médecin remplissant le présent rapport sont véridiques et complets. Je consens à ce que le médecin procédant à cette évaluation médicale périodique transmette et discute des renseignements contenus dans ce rapport avec le bureau du médecin-chef. Je consens également à ce que des représentant(e)s du bureau du médecin-chef discutent de tout aspect de cette évaluation avec mon médecin. Je comprends que ces renseignements seront révisés avec l'objectif d'évaluer mon aptitude au travail. Ce consentement est valide pour six mois à compter de la date de signature.

Poste actuel

Signature de l'employé

Date

**VEUILLEZ ÉCRIRE LISIBLEMENT
SI VOUS DÉSIREZ DE L'AIDE POUR REMPLIR CE FORMULAIRE, VEUILLEZ APPELER LE XXX
XXX XXXX**

PARTIE 3 - Évaluation médicale (à remplir par le médecin)

Si vous répondez « oui » à l'une des questions, veuillez préciser et annexer toute documentation pertinente. Une attention particulière doit être portée à toute condition médicale susceptible de causer une incapacité soudaine. LES PARTIES OMBRÉES DOIVENT TOUTES ÊTRE REMPLIES.

A - VISION - Veuillez cocher tous les articles.

Histoire ou signes de :	Oui	Non
(a) Diminution de la vision à distance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) Diminution de la vision rapprochée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) Diminution du champ visuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(d) Vision double	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(e) Strabisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(f) Altération de la perception de la profondeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(g) Déficience de la perception des couleurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(h) Maladie(s) de l'œil (cataracte, glaucome, affections de la rétine, traumatisme, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si « oui », veuillez préciser : _____

EXAMEN DE L'ACUITÉ VISUELLE (Snellen)

Vision à distance - avec correction (s'il y a lieu)

Œil droit: _____ / _____
Œil gauche : _____ / _____

Vision rapprochée - avec correction (s'il y a lieu)

À une distance de 40 cm, est-ce que la personne peut identifier les 5 lettres d'une des séries ci-dessous? (Veuillez choisir une série de lettres au hasard)	Oui	Non
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

asxro vzone saent
rzvnu enuor aszxn

Indiquer le nombre d'erreurs (s'il y a lieu) : _____

Champs visuels (par confrontation)

	Normal	
Anormal		
Œil droit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œil gauche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B- AUDITION

Historique ou signes de :	Oui	Non
(a) Perte auditive significative (annexez les résultats d'un audiogramme si disponible)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) Autre(s) maladie(s) de l'oreille (neurinome acoustique, otosclérose, tinnitus, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si « oui », veuillez préciser : _____

C - TROUBLES DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

Histoire ou signes de:	Oui	Non
(a) Convulsion(s), épilepsie, syncope(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) Autre(s) maladie(s) du système nerveux (troubles de la coordination ou du contrôle musculaire, trauma crânien, tumeur cérébrale, état post traumatique, trouble vestibulaire, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si « oui », veuillez préciser : _____

D - TROUBLES CARDIOVASCULAIRES

Tension artérielle : _____ / _____ Pouls : _____
Si > 140/90, veuillez prendre une deuxième lecture

Taille : _____ Poids : _____

Historique ou signes de :	Oui	Non
(a) Maladie coronarienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) Infarctus du myocarde Précisez la (les) date(s) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) Maladie vasculaire cérébrale (ICT, ACV, anévrisme, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(d) Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(e) Anévrisme aortique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(f) Insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(g) Arythmie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(h) Maladie valvulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(i) Cardiomyopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(j) Transplantation cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(k) Autre maladie cardiovasculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si « oui », remplissez les espaces suivants:

- (1) Veuillez préciser : _____
- _____
- (2) Encercler la classe fonctionnelle (Société canadienne de cardiologie)
I – aucune limitation, II – léger, III – modéré, IV – grave
- (3) Annexez les rapports médicaux pertinents et les résultats des tests diagnostiques (ECG, ECG d'effort, Echo, MIBI, etc.)

E - TROUBLES ENDOCRINIENS

Historique ou signes de maladie métabolique symptomatique (diabète, trouble thyroïdien, trouble des surrénales, phéochromocytome, etc.)

Oui Non

Si « oui », veuillez préciser : _____

S'il y a une histoire de diabète, veuillez compléter les espaces suivants;

Date approximative d'apparition : _____

Type de traitement:
 Diète seulement Médication orale Insuline

Médication(s) actuelle(s) et dosages : _____

La personne a-t-elle présenté un (des) épisode(s) hypoglycémique(s) au cours des 12 derniers mois?

Si « oui », veuillez en préciser la (les) date(s) : _____

Histoire ou signes d'hypoglycémies sans signe précurseur

Si « oui », veuillez préciser : _____

F - TROUBLES RESPIRATOIRES

Historique ou signes de maladie respiratoire (asthme, MPOC, bronchite, pneumoconiose, etc.)

Oui Non

Si « oui », veuillez préciser : _____

La personne fait-elle usage de tabac?
 S « oui », nombre de paquets/année : _____

G - TROUBLES GASTRO-INTESTINAUX OU GÉNITO-URINAIRES

Oui Non

Historique ou signes de conditions gastro-intestinales ou génito-urinaires

H - TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES

Historique ou signes de conditions musculo-squelettiques significatives (amputation, arthrite, dysfonction importante d'une articulation, troubles de la colonne, etc.)

Oui Non

Si « oui », veuillez préciser : _____

I - TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION D'UNE SUBSTANCE

Oui Non

Historique ou signes d'abus ou de dépendance à l'alcool, à une drogue illégale, à des médicaments, ou à d'autres substances

Est-ce que l'usage d'alcool ou d'autres drogues a déjà été à l'origine de difficultés chez la personne?

Si « oui », veuillez préciser : _____

J - MÉDICATION(S) ACTUELLE(S)

Médication	Dose
_____	_____
_____	_____
_____	_____

K - TROUBLES MENTAUX/PsYCHIATRIQUES

Historique ou signes de:

- (a) Troubles anxieux (anxiété généralisée, trouble panique, phobie, etc.)
- (b) Troubles cognitifs (démence, delirium, amnésie,)
- (c) Troubles de l'humeur (dépression, manie, trouble bipolaire, etc.)
- (d) Troubles de la personnalité se manifestant par un comportement antisocial, erratique ou agressif
- (e) Troubles mentaux/psychiatriques dus à une condition médicale générale
- (f) Troubles psychotiques (schizophrénie, trouble délirant, trouble psychotique non spécifié, etc.)
- (g) Autre trouble mental/psychiatrique

Si « oui », veuillez préciser : _____

S'ils sont disponibles, annexe les rapports pertinents des spécialistes.

PARTIE 5 – Déclaration du médecin et coordonnées

Ce rapport sera utilisé pour évaluer l'aptitude au travail d'un employé et constitue un service non assuré. En remplissant ce formulaire, veuillez être le plus précis possible et écrire lisiblement. Si vous avez des questions concernant un aspect quelconque de ce formulaire, veuillez appeler le numéro de téléphone apparaissant plus bas et il nous fera plaisir de vous aider.

Nom de l'employé : _____

Date de la visite médicale sur laquelle ce rapport s'appuie : _____

Je certifie que les renseignements contenus dans ce rapport sont, à ma connaissance, exacts.

Signature du médecin

Date

.....
Nom du médecin : _____

Téléphone : () _____

Adresse : _____

Télécopieur : () _____

Médecin de famille/omnipraticien

_____ Code postal : _____

ou spécialiste certifié en _____

SECTION 6 – Renseignements sur le paiement

La compagnie de chemin de fer accepte de payer au médecin des honoraires de \$XX.XX. Ce montant est utilisé comme guide. Nous reconnaissons qu'en certaines circonstances un montant plus élevé peut être requis compte tenu du temps consacré et la qualité des renseignements fournis. En pareilles circonstances, des honoraires compatibles avec les recommandations en vigueur dans chaque province pour des services non assurés pourraient être acceptables. Il n'est pas nécessaire de produire une note supplémentaire. Veuillez indiquer, ci-bas, le nom de la personne ou de l'entité à qui le paiement doit être adressé ainsi que son adresse. Le rapport peut être expédié par la poste ou par courrier à :

INSÉRER L'ADRESSE DE LA COMPAGNIE FERROVIAIRE ICI

Nom de la personne ou de l'entité à qui le paiement doit être adressé et l'adresse postale.

**VEUILLEZ ÉCRIRE LISIBLEMENT
SI VOUS AVEZ DES QUESTIONS CONCERNANT UN ASPECT QUELCONQUE DE CE RAPPORT
APPELEZ XXX XXX XXXX**

