

GUIDE-BAREME POUR L'ÉVALUATION DES DÉFICIENCES ET INCAPACITÉS DES PERSONNES HANDICAPÉES

<i>CHAPITRE Ier DÉFICIENCES INTELLECTUELLES ET DIFFICULTÉS DE COMPORTEMENT.....</i>	<i>4</i>
<i>CHAPITRE II DÉFICIENCES DU PSYCHISME.....</i>	<i>9</i>
<i>CHAPITRE III DÉFICIENCES DE L'AUDITION.....</i>	<i>17</i>
<i>CHAPITRE IV DÉFICIENCES DU LANGAGE ET DE LA PAROLE.....</i>	<i>18</i>
<i>CHAPITRE V DÉFICIENCES DE LA VISION.....</i>	<i>21</i>
<i>CHAPITRE VI DÉFICIENCES VISCÉRALES ET GÉNÉRALES.....</i>	<i>25</i>
<i>CHAPITRE VII DÉFICIENCES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR.....</i>	<i>36</i>
<i>CHAPITRE VIII DÉFICIENCES ESTHÉTIQUES.....</i>	<i>40</i>

Introduction

Le **chapitre Ier** comprend :

- les **retards mentaux** avec ou sans difficultés du comportement ;
- les **déficiences de la mémoire et de la pensée**.

Ces deux points sont organisés en deux sections, l'une concernant les enfants et adolescents, l'autre les adultes ;

- les **épilepsies** qui sont traitées dans la troisième section.

Le **chapitre II** concerne les **troubles psychiques**.

Il est organisé également en deux sections, l'une concernant les enfants et adolescents, l'autre les adultes.

L'expert se référera selon sa formation (neurologue, pédiatre ou psychiatre...) et selon l'affection que présente la personne handicapée, à l'un ou l'autre chapitre. Toutefois, pour fixer le taux d'incapacité, l'expert ne pourra cumuler le taux obtenu dans le premier chapitre et celui obtenu dans le deuxième chapitre car si les exemples diffèrent, le lecteur peut constater que la démarche évaluative est tout à fait comparable.

En effet, ce qui doit être mesuré ici, ce sont les incapacités dans la vie familiale, scolaire ou professionnelle, quel que soit le diagnostic médical qui conduit à cet état de fait.

Le diagnostic médical est en effet important pour prévoir l'évolution (donc les éventuelles améliorations ou aggravations et ainsi les réexamens par les commissions compétentes) et la nature de la prise en charge, il n'est en règle générale que d'une utilité limitée dans la fixation du taux d'incapacité, sauf à ce qu'à lui seul il témoigne d'incapacités d'emblée très importantes.

Introduction générale au guide-barème

Le présent guide-barème a pour objet de permettre la détermination d'un taux d'incapacité, pour l'application de la législation applicable en matière d'avantages sociaux aux personnes atteintes d'un handicap tel que défini à l'article L. 114-1 du code de l'action sociale et des familles " Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la

vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ".

Ce guide-barème vise à permettre aux utilisateurs de fixer le taux d'incapacité d'une personne quel que soit son âge à partir de l'analyse de ses déficiences et de leurs conséquences dans sa vie quotidienne et non sur la seule nature médicale de l'affection qui en est l'origine.

La détermination du taux d'incapacité s'appuie sur une analyse des interactions entre **trois dimensions** :

Déficiences : c'est-à-dire toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique. La déficience correspond à l'aspect lésionnel et équivaut, dans la définition du handicap, à la notion d'altération de fonction.

Incapacité : c'est-à-dire toute réduction résultant d'une déficience, partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain. L'incapacité correspond à l'aspect fonctionnel dans toutes ses composantes physiques ou psychiques et équivaut, dans la définition du handicap, à la notion de limitation d'activité,

Désavantage : c'est-à-dire les limitations (voire l'impossibilité) de l'accomplissement d'un rôle social normal en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels. Le désavantage (et donc la situation concrète de handicap) résulte de l'interaction entre la personne porteuse de déficiences et / ou d'incapacités et son environnement.

Ces trois dimensions sont étroitement liées, mais, pour autant, leur intensité respective n'est pas nécessairement comparable et peut varier considérablement d'une personne à l'autre, y compris lorsque le handicap est lié à une même origine ou une même pathologie. De même, elles peuvent évoluer différemment dans le temps.

En effet, le diagnostic ne permet pas, à lui seul, une évaluation du handicap, celui-ci variant avec le stade évolutif, les thérapeutiques mises en oeuvre, en fonction de l'interaction de la personne avec son environnement.

Toutefois, les éléments de diagnostic, bien qu'insuffisants à eux seuls pour rendre compte des conséquences de l'état de santé dans la vie quotidienne de la personne, sont néanmoins utiles pour la connaissance de la situation et permettent notamment d'apporter des indications sur l'évolutivité et le pronostic de l'état de la personne.

Le guide-barème comprend huit chapitres, correspondant chacun à un type de déficiences :

I.-Déficiences intellectuelles et difficultés de comportement.

II.-Déficiences du psychisme.

III.-Déficiences de l'audition.

IV.-Déficiences du langage et de la parole.

V.-Déficiences de la vision.

VI.-Déficiences viscérales et générales.

VII.-Déficiences de l'appareil locomoteur.

VIII.-Déficiences esthétiques.

Le guide-barème ne fixe pas de taux d'incapacité précis. En revanche, le guide-barème indique des fourchettes de taux d'incapacité, identifiant suivant les chapitres, trois à cinq degrés de sévérité (en général 4) :

-forme légère : taux de 1 à 15 % ;

-forme modérée : taux de 20 à 45 % ;

-forme importante : taux de 50 à 75 % ;

-forme sévère ou majeure : taux de 80 à 95 %.

Il convient de rappeler que les seuils de 50 % et de 80 %, s'ils sont atteints, peuvent ouvrir droit à divers avantages ou prestations.

Un taux de 50 % correspond à des troubles importants entraînant une gêne notable dans la vie sociale de la personne. L'entrave peut soit être concrètement repérée dans la vie de la personne, soit compensée afin que cette vie sociale soit préservée, mais au prix d'efforts importants ou de la mobilisation d'une compensation spécifique. Toutefois, l'autonomie est conservée pour les actes élémentaires de la vie quotidienne.

Un taux d'au moins 80 % correspond à des troubles graves entraînant une entrave majeure dans la vie quotidienne de la personne avec une atteinte de son autonomie individuelle. Cette autonomie individuelle est définie comme l'ensemble des actions que doit mettre en oeuvre une personne, vis-à-vis d'elle-même, dans la vie quotidienne. Dès lors qu'elle doit être aidée totalement ou partiellement, ou surveillée dans leur accomplissement, ou ne les assure qu'avec les plus grandes difficultés, le taux de 80 % est atteint. C'est également le cas lorsqu'il y a déficience sévère avec abolition d'une fonction.

Les actes de la vie quotidienne, parfois qualifiés d'élémentaires ou d'essentiels, sont mentionnés dans les différents chapitres et portent notamment sur les activités suivantes :

-se comporter de façon logique et sensée ;

-se repérer dans le temps et les lieux ;

-assurer son hygiène corporelle ;

-s'habiller et se déshabiller de façon adaptée ;

-manger des aliments préparés ;

-assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale ;

-effectuer les mouvements (se lever, s'asseoir, se coucher) et les déplacements (au moins à l'intérieur d'un logement).

Le taux de 100 % est réservé aux incapacités totales comme par exemple dans le cas d'un état végétatif ou d'un coma.

L'approche évaluative en vue de la détermination du taux d'incapacité doit être :

-individualisée : en effet, certaines déficiences graves entraînent des incapacités modérées. A l'inverse, des déficiences modérées peuvent du fait de l'existence d'autres troubles, par exemple d'une vulnérabilité psychique notable, avoir des conséquences lourdes. De même, des déficiences bien compensées par un traitement (de quelque nature qu'il soit) peuvent entraîner des désavantages majeurs dans l'insertion sociale, scolaire ou professionnelle de la personne, notamment du fait des contraintes liées à ce traitement ;

-globale : même si le repérage des différentes déficiences est nécessaire, en revanche pour la détermination du taux d'incapacité, les taux mentionnés dans les différents chapitres ne s'ajoutent pas de façon arithmétique sauf précision contraire indiquée dans le chapitre correspondant.

Pour ce qui concerne les jeunes, l'analyse doit en outre prendre en compte les particularités liées au fait que l'enfance et l'adolescence sont des phases de développement. C'est ainsi que, dans certains cas, même si les déficiences n'ont pas encore un impact direct sur les incapacités ou désavantages immédiats, elles peuvent entraver le développement à terme. Les mesures alors mises en oeuvre pour éviter une telle évolution ou permettre l'apprentissage précoce de compensations diverses peuvent avoir un impact très important sur la vie du jeune et de son entourage proche (en général familial) qui peut également supporter des contraintes de ce fait. Il y aura donc lieu d'en tenir compte dans l'analyse.

Il n'est pas nécessaire que la situation médicale de la personne soit stabilisée pour déterminer un taux d'incapacité. La durée prévisible des conséquences doit cependant être au moins égale à un an pour déterminer le taux.

CHAPITRE 1er DÉFICIENCES INTELLECTUELLES ET DIFFICULTÉS DE COMPORTEMENT

Chez l'enfant comme chez l'adulte, le retard mental peut être isolé ou associé à des difficultés du comportement dont les manifestations sont diverses. Il conviendra de fixer le taux d'incapacité de façon globale, même si la démarche proposée conduit dans un premier temps à analyser séparément différents critères.

Le retard mental apparaît bien souvent dès la prime enfance, ou dans l'enfance, que la cause ait été mise en évidence ou non, qu'elle soit génétique, périnatale, ou autre... Mais la déficience intellectuelle peut également apparaître plus tardivement à l'adolescence, voire à l'âge adulte. C'est notamment le cas pour les traumatismes crâniens. Enfin, ce chapitre ne saurait exclure les déficiences intellectuelles de l'adulte vieillissant, qui peuvent apparaître plus ou moins précocement.

Pour chacune de ces situations, l'expert aura la même démarche, c'est-à-dire, après avoir fait un examen lui permettant de porter autant que faire se peut un diagnostic étiologique, il complétera son analyse par une recherche des incapacités de la personne en se référant à une personne du même âge.

En ce qui concerne les très jeunes enfants, dans les premières années de vie, il s'attachera certes à repérer les incapacités de l'enfant par rapport à ses congénères, mais il prendra aussi en compte les contraintes qui pèsent sur la famille pour favoriser le développement psychomoteur de cet enfant et permettre sa socialisation.

Enfin toute évaluation doit être accompagnée d'un examen somatique permettant de repérer les déficiences associées notamment auditives, visuelles, motrices... afin de les prendre en compte.

SECTION 1

DÉFICIENCES INTELLECTUELLES ET DIFFICULTÉS DE COMPORTEMENT DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

Un guide d'évaluation concernant spécifiquement la déficience intellectuelle et les difficultés du comportement de l'enfant et de l'adolescent a été établi. Il comporte un exposé de repères méthodologiques simples.

Ce guide ne se substitue pas au travail préalable des praticiens qui doivent apprécier les mécanismes de la déficience, les éléments dynamiques interactifs familiaux et sociaux, les facteurs étiologiques éventuels. L'ensemble de ce travail évaluatif conduit chaque praticien à une synthèse lui permettant de proposer un diagnostic, qui éclaire l'évolutivité, le pronostic, les possibilités thérapeutiques, la compétence à l'égard de la scolarité (éventuellement aménagée ou aidée) et également la fréquence souhaitable pour le réexamen des dossiers.

En l'espèce, il s'agit d'apprécier l'importance des incapacités et le surcroît de charges éducatives qui y sont liées au moment précis où est effectuée l'évaluation.

Cependant, la mise en évidence d'une anomalie chromosomique autosomique (trisomie ou monosomie) de l'enfant (par exemple dans le cadre des examens médicaux de la première semaine, du neuvième et du vingt-quatrième mois) signe d'emblée une déficience intellectuelle plus ou moins importante, souvent associée à des difficultés du comportement. Aussi ils justifient, dès le diagnostic posé, de l'attribution d'un taux égal à 80 p. 100, quelque soit l'âge de l'enfant.

Les anomalies concernant les chromosomes sexuels peuvent, elles, s'accompagner, mais de façon inconstante, d'une déficience mentale. Elles entraînent très souvent des difficultés du comportement. Aussi elles justifient l'attribution d'un taux au moins égal à 50 p. 100. Selon le bilan effectué, ce taux pourra atteindre 80 p. 100 dans certains cas (retard mental avéré, difficultés du comportement importantes...).

Il importera de tenir compte de la permanence de l'aide éducative pour maintenir l'autonomie de l'enfant au niveau acquis et pour réaliser des progrès au-delà.

Ainsi on peut déterminer trois classes de taux d'incapacité :

taux inférieur à 50 p. 100 : incapacité modérée n'entraînant pas d'entrave notable dans la vie quotidienne de l'enfant ou de celle de sa famille ;

taux compris entre 50 p. 100 et 80 p. 100 : incapacité importante entraînant une entrave notable dans la vie quotidienne de l'enfant et de sa famille ;

taux égal ou supérieur à 80 p. 100 : incapacité majeure, entraînant une entrave majeure dans la vie quotidienne de l'enfant et de celle de sa famille.

A-REGISTRES D'ÉVALUATION

L'incapacité de l'enfant ainsi que le surcroît de charges éducatives sont appréciés dans chacun de ces registres.

1-CONSCIENCE ET CAPACITÉS INTELLECTUELLES

Conscience de soi : capacité à construire ou à maintenir une représentation de l'identité du corps ainsi que sa continuité dans le temps.

Schéma corporel et capacité d'orientation dans le temps et l'espace.

Capacité générale à acquérir des connaissances et des compétences, appréciation clinique et psychométrique.

2-CAPACITÉ RELATIONNELLE ET COMPORTEMENT

Avec les membres de la famille ;
avec d'autres enfants ou adultes de l'entourage.

On appréciera notamment :

la capacité à nouer des relations dans des situations de jeu et d'apprentissage ;
la capacité d'adaptation au milieu habituel et à des situations nouvelles.

3-LA COMMUNICATION

Concerne la capacité de l'enfant de produire et d'émettre des messages ainsi que de recevoir et de comprendre les messages.

On examinera les points suivants :

compréhension du langage de l'entourage ;
capacité d'expression non verbale : mimique, gestuelle ;
capacité d'expression orale ;
capacité concernant l'expression écrite : écriture, lecture.

4-CONDUITES ET ACTES ÉLÉMENTAIRES DANS LA VIE QUOTIDIENNE

Il s'agit d'apprécier là l'autonomie dans :

l'alimentation ;
la toilette ;
l'acquisition de la propreté ;
le sommeil.

5-CAPACITÉ GÉNÉRALE D'AUTONOMIE ET DE SOCIALISATION

Dans la vie familiale : participation aux activités domestiques, interférence avec les activités des autres membres de la famille.

Hors de la vie familiale :

capacité de se déplacer (ne vise pas uniquement les capacités locomotrices, mais exploite aussi la capacité à se déplacer seul, à prendre les transports en commun) ;
capacité d'assurer sa sécurité personnelle, dans les situations ordinaires de l'existence ;
possibilité d'intégration dans les lieux habituels de l'enfance : crèche, halte-garderie, école, centre aéré, etc.

B-AUTRES ÉLÉMENTS D'APPRÉCIATION

Complémentaires de l'étude analytique des incapacités résultant des atteintes des grandes fonctions psychiques, ils permettent au médecin expert de porter une appréciation globale, cotée, selon les trois niveaux de sévérité déterminés ci-dessus. Le diagnostic : il sera indiqué en référence à une classification des maladies reconnue nationale ou internationale.

L'âge où la déficience est intervenue, son ancienneté, son évolutivité, les possibilités thérapeutiques, les soins entrepris, leur lourdeur, la fréquence des éventuelles hospitalisations.

La présence d'autres atteintes fonctionnelles.

SECTION 2

DÉFICIENCES INTELLECTUELLES ET DIFFICULTÉS DE COMPORTEMENT DE L'ADULTE

La déficience intellectuelle s'apprécie en fonction de critères principaux et de critères secondaires.

Chaque critère situe le niveau du handicap ; il ne constitue pas, en lui-même, un élément suffisant pour fixer le taux d'incapacité ; il doit s'intégrer dans un ensemble symptomatique.

Cependant, la multiplicité des troubles présentés par le sujet peut constituer un indice de gravité supplémentaire (situant le taux à l'extrémité supérieure de la fourchette).

I-CRITÈRES PRINCIPAUX

Les déficiences intellectuelles comprennent celles de l'intelligence, de la mémoire et de la pensée.

Ces déficiences et les difficultés du comportement qui l'accompagnent le plus souvent entraînent une altération de l'autonomie.

Les actes de la vie quotidienne auxquels il sera fait référence, appréciés en fonction de l'aide et / ou de l'incitation extérieures, sont :

la toilette ;

l'habillement ;

les courses ;

la cuisine ;

les déplacements locaux.

L'autonomie intellectuelle s'appréciera en fonction des critères qui suivent.

La personne ayant une déficience intellectuelle peut-elle :

comprendre ?

se faire comprendre ?

prendre des initiatives adaptées ?

mettre à exécution et réaliser ces initiatives ?

peut-elle ou pourrait-elle gérer seule sa propre existence ?

peut-elle ou pourrait-elle vivre seule ?

L'acquisition des notions de lecture, de calcul et d'écriture ainsi que l'insertion socioprofessionnelle possible en milieu ordinaire ne suffisent pas à déterminer le degré de déficience globale.

En tout état de cause, le repérage de la déficience intellectuelle ne saurait s'effectuer uniquement sur des tests psychométriques et encore moins sur un seul d'entre eux.

L'observation continue, l'usage de plusieurs types de tests psychométriques (tests verbaux et de performance, échelles de capacités sociales...) doivent être conjugués avec des entretiens et des tests de personnalité dès lors que l'on cherche à faire leur juste place aux différents axes des fonctions cognitives : déficiences de logique, mémorisation, perception, communication, intérêt, attention.

On attribuera un taux inférieur à 50 p. 100 lorsque la personne présente des difficultés de conceptualisation et d'abstraction mais avec une adaptation possible à la vie courante sans soutien particulier.

On attribuera un taux compris entre 50 p. 100 et 75 p. 100 lorsque la personne est en mesure d'acquiescer des aptitudes pratiques de la vie courante. Son insertion est possible en milieu ordinaire mais sa personnalité est fragile, instable, en situation de précarisation permanente, nécessitant un soutien approprié.
C'est le cas d'une personne ayant un retard mental léger.

On attribuera un taux au moins égal à 80 p. 100 lorsque la personne a besoin d'être sollicitée, aidée et / ou surveillée. Son insertion socioprofessionnelle est considérée comme possible en milieu protégé ou en milieu ordinaire avec des soutiens importants.

C'est le cas d'une personne ayant un retard mental moyen.

On attribuera un taux de plus de 90 p. 100 lorsque la personne aurait sa vie en danger sans l'assistance permanente d'une tierce personne ; son insertion socioprofessionnelle est considérée comme quasi impossible, même en milieu protégé ; son langage et son autonomie sont très faibles.

II-CRITÈRES SECONDAIRES

Ils permettent de moduler les taux à l'intérieur des fourchettes définies par les critères principaux.

On prendra en compte :

le retentissement relationnel sur la vie sociale, la déficience pouvant être acceptée par l'entourage ou, à l'opposé, entraîner un isolement, une marginalisation ou une dépendance totale ;

les relations avec le milieu professionnel, depuis la gêne au travail, mais la personne est tolérée par le milieu professionnel, jusqu'à l'incapacité à tout travail.

SECTION 3

ÉPILEPSIE (DÉFICIENCES LIÉES À L'ÉPILEPSIE)

Toutes les épilepsies ne sont pas des handicaps. Les épilepsies dont les crises sont bien contrôlées par le traitement et sans trouble associé ne constituent pas un handicap.

A l'opposé, toute épilepsie active constitue un handicap. Ce handicap est en rapport avec :

1. les crises (caractérisées par leur fréquence et leur gravité), le retentissement du traitement, dont les effets secondaires peuvent être majeurs.

2. les déficiences pouvant être associées aux épilepsies : retard mental, déficience du psychisme, déficience de l'appareil locomoteur, déficience du langage et de la parole, déficience viscérale et générale.

La présente section ne prend en compte que le facteur crise. Les déficiences en rapport avec les troubles associés seront appréciées en fonction des sections ou chapitres spécifiques à chaque déficience. Ils donneront lieu, le cas échéant, à une majoration des taux d'incapacité.

Niveau I : déficience légère, 0 à 15 p. 100 :

crise avec chute et / ou perte de connaissance rare (de une à onze par an) ou absences mensuelles sans retentissement scolaire et professionnel.

Niveau II : déficience modérée, 20 à 45 p. 100 :

crises avec chutes et / ou perte de connaissance (au moins une par mois) ou absences (au moins une par semaine), aménagements scolaires et professionnels mais en milieu normal.

Niveau III : déficience importante, 50 à 75 p. 100 :

crises avec chutes et / ou perte de connaissance (au moins une par semaine) ou absences (au moins une par jour).

Pas d'insertion scolaire ou professionnelle en milieu normal possible sauf si accompagnement soutenu.

Niveau IV : déficience sévère, supérieure à 80 p. 100 :

crises avec chutes et / ou perte de connaissance (au moins une par jour).

Pas d'activité scolaire ou professionnelle possible, même en milieu protégé et / ou perte d'autonomie psychosociale.

CHAPITRE II DÉFICIENCES DU PSYCHISME

SECTION 1

DÉFICIENCES PSYCHIQUES DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

Ce guide ne se substitue bien évidemment pas au travail préalable des praticiens qui doivent apprécier les mécanismes psycho-pathologiques, les éléments dynamiques interactifs familiaux et sociaux, les facteurs étiologiques éventuels. L'ensemble de ce travail évaluatif conduit chaque praticien à une synthèse lui permettant de proposer un diagnostic, qui éclaire l'évolutivité, le pronostic, les possibilités thérapeutiques et éducatives et également la fréquence souhaitable pour le réexamen des dossiers.

Dans une approche globale, visant à décrire au mieux la situation de chaque enfant, les conséquences et limitations qu'imposent certains processus morbides doivent également être étudiées, en référence à l'apport méthodologique de la classification internationale des handicaps, notamment l'identification de plans d'expérience de santé et leurs interactions qui seront précisés par circulaire.

En l'espèce, il s'agit d'apprécier l'importance des capacités liées aux atteintes des grandes fonctions neuropsychiques, et le surcroît de charges éducatives qui y sont liées au moment précis où est effectuée l'évaluation. Il importera de tenir compte de la permanence de l'aide éducative pour maintenir l'autonomie de l'enfant au niveau acquis et pour réaliser les progrès au-delà.

La démarche consiste à examiner pour chaque enfant, en référence au développement d'un enfant du même âge, un ensemble d'items de valeur différente, qui se situent dans plusieurs registres ; cet ensemble éclairé par des éléments non chiffrés (le diagnostic, l'évolutivité) aboutit à un indice synthétique qui permet d'attribuer à l'enfant un taux d'incapacité :

inférieur à 50 p. 100 : incapacité modérée, n'entraînant pas d'entrave notable dans la vie quotidienne du sujet ou celle de sa famille.

de 50 à 80 p. 100 : incapacité importante, entraînant une gêne notable dans la vie quotidienne du sujet ou celle de sa famille.

égal ou supérieur à 80 p. 100 : incapacité majeure, entraînant une entrave majeure dans la vie quotidienne du sujet et de celle de sa famille.

L'âge de seize ans est l'âge minimum d'entrée dans le monde du travail : les incapacités et désavantages dans le champ professionnel ajoutent une nouvelle perspective dans la détermination de ce qui est à compenser. Aussi, suivant les cas,

il peut être plus opportun de se reporter au guide-barème établi pour les atteintes neuropsychiques des adultes.

A-REGISTRES D'ÉVALUATION

Explorant les incapacités liées aux atteintes des grandes fonctions neuropsychiques ainsi que le surcroît de charges éducatives, ces repères donnent lieu à une appréciation codée (et non cotée).

1-CONSCIENCE ET CAPACITÉS INTELLECTUELLES

Conscience de soi : capacité à construire ou à maintenir une représentation de l'identité du corps ainsi que sa continuité dans le temps.

Schéma corporel et capacité d'orientation dans le temps et l'espace.

Capacité de discerner les dangers.

Capacité générale à manifester de la curiosité et de l'intérêt pour le milieu environnant.

Capacité à jouer seul de manière créatrice : activité de faire semblant ou utilisation dans le jeu d'un objet pour autre chose que sa destination usuelle.

Capacité générale d'acquérir des connaissances et des compétences et de les généraliser.

Les capacités intellectuelles seront appréciées grâce à différents tests cliniques, l'usage de plusieurs types de tests psychométriques (tests verbaux et de performance), échelles de capacité sociale... conjugués avec des entretiens et des tests de la personnalité.

2-CAPACITÉ RELATIONNELLE ET COMPORTEMENT

Avec les membres de la famille ;

avec d'autres enfants ou adultes de l'entourage.

On appréciera notamment :

la capacité à nouer des relations dans des situations de jeu et d'apprentissage ;

la capacité d'adaptation au milieu habituel, et à des situations nouvelles ;

certaines difficultés particulières de comportement (stéréotypie, hyperactivité...) qui perturbent les relations avec l'entourage.

3-LA COMMUNICATION

Concerne la capacité de l'enfant de produire et d'émettre des messages et de recevoir et de comprendre les messages.

On examinera les points suivants :

compréhension du langage de l'entourage ;

capacité d'expression non verbale à des fins de communication, mimique, gestuelle ;

capacité d'expression verbale à des fins de communication : capacité à manifester une curiosité en posant des questions (non stéréotypées) et à répondre à des questions de manière adaptée (faculté de dépasser l'écholalie) ;

capacité concernant l'expression écrite : écriture, lecture.

4-CONDUITES ET ACTES ÉLÉMENTAIRES DANS LA VIE QUOTIDIENNE

Il s'agit d'apprécier là l'autonomie en fonction de l'aide ou de l'incitation extérieure dans :

l'alimentation ;

la toilette ;

l'acquisition de la propreté ;

le sommeil.

5-CAPACITÉ GÉNÉRALE D'AUTONOMIE ET DE SOCIALISATION

Dans la vie familiale : participation aux activités domestiques, interférence avec les activités des autres membres de la famille.

Hors de la vie familiale :

capacité de se déplacer (ne vise pas uniquement les capacités locomotrices, mais explore aussi la capacité à se déplacer seul, à prendre les transports en commun) ;
capacité d'assurer sa sécurité personnelle, dans les situations ordinaires de l'existence ;

capacité d'intégration dans les lieux habituels de l'enfance : crèche, halte-garderie, école, centre aéré, etc.

B-AUTRES ÉLÉMENTS D'APPRÉCIATION

Complémentaires de l'étude analytique des incapacités résultant des atteintes des grandes fonctions psychiques, ils permettent au médecin expert de porter une appréciation globale, cotée, selon les trois niveaux de sévérité déterminés ci-dessus. Le diagnostic : il sera indiqué en référence à une classification des maladies reconnue, nationale ou internationale.

L'âge de survenue des troubles, leur ancienneté, leur évolutivité.

Les possibilités thérapeutiques, les soins entrepris, leur lourdeur, la fréquence des éventuelles hospitalisations.

La présence d'autres atteintes fonctionnelles.

La multiplicité des troubles ou l'incidence multiple d'un seul trouble sévère présentés par le sujet pourra, en elle-même, constituer un indice de gravité supplémentaire. Pour une personne donnée, ayant repéré l'ensemble des atteintes qui peuvent ressortir à des chapitres différents, il importe d'en apprécier le taux global. Toutefois, on sera attentif à ne pas cumuler deux items semblables présents dans deux chapitres différents (cf. le chapitre Déficiences du langage et de la parole) ou de ne pas cumuler le taux qui résulterait de l'évaluation portée en référence au chapitre I, section 1, et celui porté en référence à cette section.

SECTION 2 DÉFICIENCES PSYCHIQUES DE L'ADULTE

La classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé doit être considérée par l'expert comme un outil de base. Il s'y reportera pour la conformité de ses conclusions diagnostiques. Cependant le diagnostic psychiatrique ne permet pas de mesurer les capacités d'une personne ou ses incapacités dans la vie familiale sociale ou professionnelle. Aussi l'expert s'attachera-t-il à compléter l'examen clinique qui le conduit au diagnostic par une évaluation psychosociale. Ce n'est pas la maladie psychiatrique qui donne lieu à l'attribution d'un taux d'incapacité mais les limites qu'elle suscite dans la vie quotidienne.

L'évaluation psychosociale s'appuiera sur un certain nombre de critères qui seront précisés plus loin.

Le taux d'incapacité sera fixé en tenant compte de ces critères.

Inversement si chaque critère situe le niveau de handicap, aucune ne constitue en lui-même un élément suffisant pour fixer le taux d'incapacité : il doit s'intégrer dans un ensemble symptomatique psychiatrique.

Si les critères ont été énumérés avec une certaine précision, il ne s'agit pas de chercher à coter chacun d'entre eux de façon précise et d'apprécier selon une règle mathématique le taux global qui en résulte mais cette énumération permet d'orienter l'expert lorsqu'il est amené à fixer le taux d'incapacité. Un seul de ces troubles défini dans ce chapitre peut justifier à lui seul un taux d'incapacité important dès lors qu'il

grève largement les capacités de la personne dans sa vie sociofamiliale ou professionnelle.

De la même façon, plusieurs troubles relativement modérés peuvent, par un effet cumulatif, retentir de façon importante dans la vie sociofamiliale et professionnelle et justifier de l'attribution d'un taux important : la multiplicité des troubles présentés par le sujet constitue un indice d'incapacité supplémentaire. Pour chaque critère, les exemples permettent de retrouver l'expression de telle ou telle affection psychiatrique.

Le médecin expert appréciera globalement l'incapacité en fonction de l'ensemble des troubles psychiques présentés par le sujet.

Il tiendra compte également des déficiences éventuellement associées : visuelles, auditives, motrices, viscérales et métaboliques... qui, lorsqu'elles existent, augmentent le taux d'incapacité. Enfin, il importera de tenir compte des aménagements parfois importants que doivent prendre les familles, l'environnement immédiat, ou le milieu de travail pour garder à la personne un équilibre précaire, ou une autonomie fragile ; ainsi une personne dont la vie en milieu ordinaire n'est possible que grâce à un étayage important des proches justifie d'un taux au moins égal à 50 p. 100.

Les experts ont également souhaité que les fourchettes ne commencent qu'à 20 p. 100 afin de tenir compte des variations de la normale. De fait, soit la personne présente des troubles psychiatriques repérés par un médecin, alors elle peut justifier d'un taux d'au moins 20 p. 100, soit elle présente des troubles mineurs qui ne peuvent s'intégrer dans un ensemble psychiatrique, troubles considérés comme des variations de la normale, ils ne justifient pas alors de l'attribution d'un taux.

Ainsi, l'expert déterminera si la personne présente des troubles psychiques justifiant d'un taux d'incapacité compris entre 20 et 45 p. 100 : la personne présente des troubles psychiatriques mais qui restent compensés avec ou sans traitement chimiothérapique ou psychothérapique, qui permettent une vie familiale et professionnelle assumée seule.

Lorsque l'affection psychiatrique nécessite un aménagement de la vie familiale ou / et de la vie professionnelle avec des sollicitations plus ou moins importantes de l'entourage, le taux attribué sera compris entre 50 p. 100 et 75 p. 100.

Enfin, lorsque la personne ne peut vivre ou travailler en milieu ordinaire que grâce à une sollicitation importante de l'entourage ou qu'une faible et peu durable activité spontanée n'est constatée, le taux attribué sera compris entre 80 p. 100 et 95 p. 100.

I. PRINCIPAUX CRITÈRES DE DÉFICIENCE PRIS EN COMPTE

1. Troubles de la volition.
2. Troubles de la pensée.
3. Troubles de la perception.
4. Troubles de la communication.
5. Troubles du comportement.
6. Troubles de l'humeur.
7. Troubles de la conscience et de la vigilance.
8. Troubles intellectuels.
9. Troubles de la vie émotionnelle et affective.
10. Expression somatique des troubles psychiatriques.

Nota.-Les actes élémentaires de la vie quotidienne auxquels il sera fait référence dans le texte sont :

la toilette ;
l'habillement ;

les courses ;
la cuisine ;
les déplacements locaux ou sur trajet connu.

II. CRITÈRES SECONDAIRES

Ils permettent de moduler les taux :
retentissement relationnel ;
hospitalisations (récentes, prolongées, répétées) ;
âge du patient, ancienneté de la maladie ;
traitement.

I-CRITÈRES PRINCIPAUX DE DÉFICIENCE

1-TROUBLES DE LA VOLITION

Comprend :
apragmatisme ;
négativisme ;
compulsions obsessionnelles ;
ambivalence ;
inhibition.

a) Compensé : vie quotidienne et socioprofessionnelle assumées seul mais pour les reste activité très pauvre (taux : 20 à 45 p. 100).

b) Non compensé : autonomie pour les actes de la vie quotidienne, mais travail en milieu ou en emploi protégé ou aménagé. Activité quasi inexistante par ailleurs (taux : 50 à 75 p. 100).

c) Faible ou très faible activité spontanée durable, clinophilie, ne sort plus, actes élémentaires sur incitation forte (taux : 80 à 95 p. 100).

2-TROUBLES DE LA PENSÉE (COURS ET CONTENU)

Comprend :
idées obsessionnelles ;
fuite ou incohérence des idées ;
lenteur de la pensée ;
radotage ;
appauvrissement de la pensée ;
délire.

a) Compensé : compatible avec la vie quotidienne et l'activité professionnelle malgré des troubles de la pensée ou de la cohérence du discours (taux : 20 à 45 p. 100).

b) Non compensé : vie quotidienne conservée, gêne à l'adaptation socioprofessionnelle, troubles notables du cours de la pensée et de la cohérence du discours (taux : 50 à 75 p. 100).

c) Troubles graves et fréquents de la pensée compromettant la communication ; délire envahissant ou confinant à l'isolement, réduction pouvant aller jusqu'à la suppression du contact avec la réalité (taux : 80 à 95 p. 100).

3-TROUBLES DE LA PERCEPTION

Comprend :
illusions ;
hallucinations ;
déréalisation.

- a) Compensé : compatible avec la vie quotidienne et socioprofessionnelle (taux : 20 à 45 p. 100).
- b) Non compensé : perturbation dans la vie socioprofessionnelle mais maintien de la vie quotidienne (taux : 50 à 75 p. 100).
- c) Envahissement de la conscience avec ou sans moments de retour dans la réalité ou entravant la vie quotidienne (taux : 80 à 95 p. 100).

4-TROUBLES DE LA COMMUNICATION (LANGAGE)

Voir également le chapitre Troubles de la parole (aphasie).

Comprend :

troubles de la forme, du contenu du langage et de l'expression gestuelle :

logorrhée ;

préciosité ;

coq-à-l'âne ;

néologismes ;

écholalie ;

discordance, parasitisme, mimique, stéréotypies gestuelles ou déficitaires ;

troubles fonctionnels :

bégaiement ;

mutisme ;

repli autistique.

- a) Troubles de la communication entraînant une gêne dans la vie quotidienne (taux : 20 à 45 p. 100).
- b) Troubles de la communication entraînant des perturbations dans l'activité socioprofessionnelle (taux : 50 à 75 p. 100).
- c) Insuffisance de la communication perturbant ou entravant la vie quotidienne et la vie socioprofessionnelle ; hermétisme absolu ou repli autistique total ou aphasie globale ou mutisme total (taux : 80 à 95 p. 100).

5-TROUBLES DU COMPORTEMENT

Comprend :

agressivité ;

agitation ;

théâtralisme ;

automutilation ;

comportements phobiques ;

rites obsessionnels ;

instabilité ;

timidité.

- a) Troubles du comportement contrôlés restant compatibles avec la vie quotidienne et socioprofessionnelle : théâtralisme ou irritabilité ou timidité ou perplexité pathologiques ou hyperactivité désordonnée (taux : 1 à 45 p. 100).
- b) Manifestations mal contrôlées perturbant la vie socioprofessionnelle : automutilation névrotique, agressivité, rites ou phobies invalidants, instabilité (taux : 50 à 75 p. 100).
- c) Perturbation ou empêchement du contrôle des actes : agitation importante ou menaces inquiétantes de passage à l'acte violent ou rites, phobies envahissant le comportement, actes de violence majeurs ou agitation extrême ou danger pour la vie de l'intéressé ou de son entourage (taux : 80 à 95 p. 100).

6-TROUBLES DE L'HUMEUR

Nota.-Ces troubles ne doivent être pris en compte en matière d'incapacité que lorsqu'ils sont prolongés (durée supérieure à six mois) ou répétés (plus de trois accès par an).

a) Troubles dépressifs ou hypomaniaques légers ou équilibrés ou psychose maniaco-dépressive bien compensée compatible avec une vie quotidienne et socioprofessionnelle (taux : 20 à 45 p. 100).

b) Troubles de l'humeur ; états d'excitation ou dépression franche sans signe mélancolique grave apportant cependant une perturbation notable dans la vie professionnelle ; vie quotidienne conservée (taux : 50 à 75 p. 100).

c) Etat maniaque perturbant ou entravant la vie socioprofessionnelle ; agitation psychomotrice, pouvant être dangereuse pour le sujet et son entourage, fuite des idées, insomnie grave ou état mélancolique : aboulie, douleur morale, auto-accusation, ralentissement psychomoteur, entravant la vie quotidienne (taux : 75 à 95 p. 100).

7-TROUBLES DE LA CONSCIENCE ET DE LA VIGILANCE

a) Légère diminution permanente de la vigilance, n'entravant pas l'insertion sociale et professionnelle (taux : 20 à 40 p. 100).

b) Troubles de la conscience apportant une gêne notable à la vie socioprofessionnelle tout en permettant le maintien d'une vie quotidienne relativement satisfaisante (taux : 50 à 75 p. 100).

-soit dans le cadre de troubles intermittents de la conscience ;

-soit du fait d'une diminution permanente de la vigilance (obnubilation).

c) Troubles de la conscience perturbant ou entravant la vie quotidienne et socioprofessionnelle ; la réalisation des actes élémentaires de la vie sur incitation forte ; état crépusculaire prolongé (taux : 80 à 95 p. 100).

Nota.-En ce qui concerne l'épilepsie, se reporter au chapitre I er, section 3.

8-TROUBLES INTELLECTUELS

A. SÉQUELLAIRES D'UNE AFFECTION MENTALE PRÉCOCE :

a) Personnalité fruste, éventuellement illettrisme, difficulté de conceptualisation et d'abstraction, cependant adaptation possible à la vie courante (taux : 20 à 45 p. 100).

b) Insertions socioprofessionnelle possible en milieu ordinaire (emploi protégé ou aménagé) ; retard mental léger : il s'appréciera autant en fonctions des acquisitions d'aptitudes pratiques de la vie courante que des notions de calcul et de lecture complétées ainsi le cas échéant par une mesure du quotient intellectuel compris approximativement entre 50 et 70 (taux : 50 à 75 p. 100).

c) Retard mental moyen, apprentissage possible des gestes élémentaires (hygiène corporelle, alimentation, habillement), possibilité de communication rudimentaire, impossibilité d'acquisition des notions élémentaires d'arithmétique ou de lecture, insertions socioprofessionnelle possible en milieu protégé, à titre indicatif quotient intellectuel approximativement compris entre 35 et 49 (taux : 80 à 90 p. 100).

d) Retard mental sévère ou profond, insertion socioprofessionnelle impossible, langage et autonomie nuls (taux : + de 95 p. 100).

B.D'ACQUISITION TARDIVE :

Comprend :

troubles de la mémoire ;

troubles de l'attention ;

troubles du jugement, du calcul mental ;

troubles de l'orientation temporelle et spatiale.

a) Gêne ne perturbant pas le maintien dans la vie courante (taux : 20 à 45 p. 100).

b) Dégradation importante d'une fonction ou expression déficitaire d'un processus psychotique antérieur apportant une perturbation notable dans la vie socioprofessionnelle mais respectant les actes élémentaires de la vie quotidienne (taux : 50 à 75 p. 100).

c) Détérioration importante transitoire ou continue des facultés intellectuelles avec ou sans atteinte des fonctions instrumentales de type démence avancée, perturbant ou entravant la vie quotidienne et socioprofessionnelle (taux : 80 à 90 p. 100).

d) Absence totale d'autonomie, démence complète (taux : + de 95 p. 100).

9-TROUBLES DE LA VIE ÉMOTIONNELLE ET AFFECTIVE

Comprend :

anxiété, angoisse ;

doute ;

indifférence affective ;

discordance affective ;

instabilité affective ;

troubles du caractère ;

immaturité affective ;

timidité.

a) Troubles modérés n'entravant pas la vie sociale et professionnelle (taux : 1 à 40 p. 100) :

anxiété permanente ou crises d'angoisse peu fréquentes ;

labilité émotionnelle ;

irritabilité ;

timidité ;

immaturité affective.

b) Troubles non compensés apportant une gêne importante à la vie socioprofessionnelle, maintien d'une vie quotidienne possible (taux : 50 à 75 p. 100) : angoisse permanente ou crises de panique répétées ou importantes difficultés de contrôle émotionnel (notamment accès fréquents de colère inadaptés, éreutrophobie invalidante) ;

tendance à la discordance affective (rires immotivés) ;

pauvreté des affects ;

doute permanent (folie du doute).

c) Troubles invalidants de l'affectivité perturbant ou entravant la vie quotidienne et socioprofessionnelle (taux : 80 à 90 p. 100).

d) Troubles affectifs majeurs ne permettant plus aucun contact avec la réalité (taux : 95 p. 100).

10-EXPRESSION SOMATIQUE DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES

a) Somatisation à type de plaintes subjectives sans retentissement notable sur la vie quotidienne et professionnelle (taux : 20 à 45 p. 100).

b) Somatisation systématisée importante perturbant la vie socioprofessionnelle et entraînant une demande répétée de soins (taux : 50 à 75 p. 100).

c) Altération grave et invalidante de l'état général (par exemple amaigrissement très important) entravant la vie quotidienne (taux : 85 à 90 p. 100).

d) Altération grave de l'état général mettant en jeu le pronostic vital (cachexie, escarres étendues, état grabataire) (taux : + de 95 p. 100).

II-CRITÈRES SECONDAIRES

Les critères secondaires permettent de moduler les taux à l'intérieur des fourchettes définies par les critères principaux.

On prendra en compte :

le retentissement relationnel sur la vie sociale et affective, les troubles pouvant être bien acceptés par l'entourage ou, à l'opposé, entraînant un isolement, une marginalisation ou une dépendance totale ;

les relations avec le milieu professionnel, depuis la gêne au travail (mais le sujet est toléré par le milieu professionnel) à l'incapacité à tout travail ;

les hospitalisations, quand elles sont prolongées, fréquentes, répétées, peuvent constituer un indice de gravité. A apprécier selon les possibilités locales de prise en charge ;

l'âge du patient et l'ancienneté de la maladie :

-adulte jeune : moins de trente ans et maladie récente évolutive (moins de cinq ans), réévaluation au minimum tous les deux ans pour tenir compte de l'évolution du handicap ;

-cas particulier : épisode aigu (exemple : bouffée délirante), ne baser l'évaluation de l'incapacité que sur les manifestations résiduelles après stabilisation ;

l'importance et la tolérance du traitement.

Remarques :

le retentissement des divers traitements et thérapies n'est pas toujours séparable de celui de la pathologie qui les justifie ;

à prendre en compte lorsque cette thérapeutique entraîne une gêne à la vie quotidienne ou une régression ou des effets secondaires pour certains médicaments.

CHAPITRE III DÉFICIENCES DE L'AUDITION

Pour déterminer le taux d'une déficience auditive, il doit être tenu compte non seulement de la perte auditive tonale, qui correspond à la déficience de la perception acoustique, mais aussi des répercussions de cette déficience auditive sur le langage (notamment dans les surdités installées avant l'acquisition du langage) et sur la qualité de l'expression orale. Il est donc nécessaire d'établir une notation différente pour chacune de ces deux fonctions : l'audition (chapitre III) et le langage (chapitre IV), qui ne peuvent être confondues dans un barème unique mais qui s'additionnent arithmétiquement.

La mesure de la déficience auditive est faite sans appareillage.

Le niveau acoustique relatif des deux oreilles est important dans la réception des signaux. Le tableau ci-joint à double entrée en tient compte.

Le calcul de la perte moyenne en décibels s'effectue en décibels selon les recommandations du Bureau international d'audiophonologie. Il prend pour base l'audiogramme tonal à 500, 1 000, 2 000 et 4 000 Hz.

$$\text{pmdB} = (\text{p dB } 500 + \text{p dB } 1000 + \text{P dB } 2000 + \text{P dB } 4000) / 4$$

Si la mesure séparée de chaque oreille est impossible, le calcul se fera sur la courbe globale en champ libre et la perte de chaque oreille sera réputée égale à cette valeur.

Si la mesure n'est faite qu'à partir d'enregistrements électrophysiologiques, n'apportant en général d'informations que sur les fréquences aiguës 2 000 à 4 000 Hz, la perte moyenne sera égale au seuil enregistré.

I-LES TAUX D'INCAPACITÉ

Pour les surdités bilatérales dépistées avant l'âge de trois ans, on applique automatiquement le taux d'incapacité de 80 p. 100 compte tenu des troubles du langage toujours associés.

On évaluera de nouveau la situation dans la quatrième année pour tenir compte cette fois-ci de l'audiogramme et des troubles du langage réels.

Au-delà de trois ans les taux d'incapacité sont fixés ainsi qu'il suit :

	20 à 39 dB	40 à 49 dB	50 à 59 dB	60 à 69 dB	70 à 79 dB	80 dB et au-dessus
Moins de 20 dB	0	5	10	15	20	20
20 à 39 dB	5	10	15	20	25	30
40 à 49 dB	10	15	25	30	35	40
50 à 59 dB	15	25	35	40	50	55
60 à 69 dB	20	30	40	50	60	70
70 à 79 dB	25	35	50	60	70	75
80 dB et au-dessus	30	40	55	70	75	80

II-ACOUPHÈNES / VERTIGES

L'existence d'acouphènes majeure arithmétiquement le taux d'incapacité lié à la perte auditive (taux : de 2 à 5 p. 100).

De même l'existence de vertiges majeure arithmétiquement le taux d'incapacité lié à la perte auditive (taux : 2 à 5 p. 100).

III-HANDICAPS ASSOCIÉS

En cas de handicaps associés, les taux d'incapacité s'additionnent selon les règles habituelles.

CHAPITRE IV DÉFICIENCES DU LANGAGE ET DE LA PAROLE

L'appréciation peut être délicate et fera l'objet, en tant que de besoin, d'un bilan portant sur le langage oral et / ou écrit.

I-DÉFICIENCES ACQUISES DU LANGAGE ET DE LA PAROLE (EN TANT QU'OUTIL DE COMMUNICATION) CHEZ L'ENFANT, CHEZ L'ADULTE APRÈS L'ACQUISITION DE L'ÉCRITURE ET DE LA LECTURE

Le praticien compétent décrira la pathologie du langage oral et la pathologie du langage écrit. L'appréciation de la déficience portera sur le caractère informatif du langage et la spontanéité du discours lors de conversations et d'épreuves diverses (dénomination, désignation, répétition, narration, construction de phrase, copie, dictée, lecture...).

1-DÉFICIENCE LÉGÈRE DU LANGAGE ET DE LA PAROLE (TAUX : 0 À 15 P. 100)

Les symptômes sont peu gênants, l'examen est normal ou subnormal. Exemples : dysorthographe et / ou dyslexie résiduelle et / ou dyscalculie, dysarthrie mineure, retard simple du langage.

2-DÉFICIENCE MOYENNE DU LANGAGE ET DE LA PAROLE ENTRAVANT LA COMMUNICATION MAIS PERMETTANT LE MAINTIEN DE L'AUTONOMIE DANS LA VIE QUOTIDIENNE (TAUX : 20 À 45 P. 100)

Exemples : troubles de la mélodie, de la prosodie et des gestes accompagnant l'expression orale : 5 à 20 p. 100 ; association à des troubles du calcul et de la syntaxe : 10 à 40 p. 100.

3-DÉFICIENCE IMPORTANTE DU LANGAGE ET DE LA PAROLE (TAUX : 50 À 75 P. 100)

Les troubles de l'expression orale et / ou écrite, sont importants avec conservation relative de la compréhension.

Exemples :

- dysarthries neurologiques : ces dysarthries, bien que n'atteignant que l'expression du langage, sans en altérer le contenu, peuvent rendre la parole parfois très difficilement compréhensible ;
- langage réduit à des stéréotypies ; séquelles d'anarthrie sévère.

4-DÉFICIENCE SÉVÈRE DU LANGAGE ET DE LA PAROLE (TAUX : 80 À 95 P. 100)

Les troubles de l'expression orale et / ou écrite sont sévères la rendant incompréhensible ou absente avec conservation limitée ou nulle de la compréhension.

Exemples :

- aphasie globale ;
- déficits sensoriels spécifiques retentissant sur le langage écrit et / ou oral (surdité corticale, alexie pure) ;
- en cas d'aphasie sévère et globale le taux est de 95 p. 100.

II-TROUBLES DU LANGAGE ET DE LA PAROLE CONGÉNITAUX OU ACQUIS AVANT OU PENDANT L'ACQUISITION DE L'ÉCRITURE ET DE LA LECTURE

On jugera la gravité sur la spontanéité, le caractère informatif du langage par des épreuves diverses explorant la phonologie, la compréhension et l'expression orale et / ou écrite, la rétention, le vocabulaire, la lecture, l'orthographe, la dénomination, la désignation, la répétition, la narration d'histoires connues.

1-DÉFICIENCE LÉGÈRE

Des déficiences telles qu'une dysarthrie mineure sans autre trouble neurologique ou un retard simple du langage seront appréciées à un taux inférieur à 15 p. 100.

2-DÉFICIENCE MOYENNE (TAUX : 20 À 45 P. 100)

Déficiences du langage écrit ou oral perturbant notablement les apprentissages notamment scolaires mais pas la socialisation.

Exemples :

- alexie, dyslexie, dysorthographe, acalculie, dyscalculie entraînant une thérapeutique régulière (d'autant plus efficace que plus précoce) ;
- réduction et imprécision du stock lexical sans perturbation du langage conversationnel ;
- dyscalculie isolée ou associée à des troubles globaux des stratégies avec efficacité intellectuelle normale : conséquences comparables à celles des dyslexies ;
- apraxie verbale.

3-DÉFICIENCE IMPORTANTE (TAUX : 50 À 75 P. 100)

Troubles importants de l'acquisition du langage oral et écrit perturbant notablement les apprentissages et retentissant sur la socialisation.

4-DÉFICIENCE SÉVÈRE (TAUX : 80 À 95 P. 100)

Troubles sévères et définitifs de l'acquisition du langage oral et écrit rendant celui-ci incompréhensible ou absent.

III-DÉFICIENCES VOCALES

Elles comprennent les laryngectomies.

Nota.-Pour les troubles du comportement ou de la personnalité à expression vocale voir le chapitre Déficience de psychisme.

On tiendra compte dans tous les cas de l'intelligibilité de la voix produite, de la possibilité de la conversation en petit groupe et de la possibilité d'une conversation téléphonique.

1-COMMUNICATION POUVANT ENTRAÎNER UNE GÊNE DANS LA VIE RELATIONNELLE TELLE QUE (TAUX : 10 À 40 P. 100)

troubles qualitatifs de l'émission vocale, touchant de manière isolée ou associée :

-hauteur ;

-timbre ;

-intensité, quelle que soit la cause (congénitale, malformative, traumatique, tumorale...), y compris les paralysies laryngées.

Troubles du débit de l'émission :

-bégaiement ;

-troubles mécaniques, ventilatoires ou paralytiques (par exemple trachéotomie chronique).

Déficiences vocales d'origine oropharyngée :

-d'origine vélaire, rhinolalies notamment fentes et paralysies vélares ;

-d'origine linguale, notamment paralytique ;

-d'origine malformative ;

-après traumatismes maxillo-faciaux.

2-ABSENCE DE VOIX (TAUX : 50 À 75 P. 100)

La commission appréciera le caractère définitif et / ou permanent de l'absence de voix.

Exemples :

-absence de larynx fonctionnel, possibilité de compensation par rééducation, aides vocales ;

-laryngectomie totale entraînant des troubles sévères de la communication ;

-laryngectomie partielle et / ou totale avec implantation d'une prothèse interne ;

-laryngectomie reconstructive.

Comme pour les autres déficiences on prendra également en compte les retentissements de la maladie causale et de ses traitements (par exemple conséquences respiratoires, circulatoires, sensorielles et psychiques).

IV-CONSÉQUENCES D'UNE DÉFICIENCE AUDITIVE CONGÉNITALE OU ACQUISE

Les données du barème du niveau de parole et de langage traduisent une difficulté sociale de relation linguistique dans la langue maternelle. Les conséquences vocales seront appréciées par rapport à une personne entendante et non par rapport à une personne sourde même correctement rééduquée. Elles feront l'objet d'un bilan de parole ou de langage par un phoniatre ou un orthophoniste. Si les difficultés d'élocution et le retard de langage sont la conséquence de la déficience auditive, on fixera le taux d'incapacité selon quatre paliers 0, 5, 10 et 15 p. 100 définis ainsi que suit et on ajoutera arithmétiquement ce taux à celui résultant de l'application du barème du niveau acoustique d'audition (cf. chapitre II).

0 p. 100. Elocution normale : niveau de langage normal.

5 p. 100. Niveau de langage normal :

-difficultés d'élocution relevant des aspects suivants :

-perturbation du débit et du rythme, difficultés mélodiques et d'intonation ;

-troubles d'articulation liés à la surdité ;

-troubles de la voix : anomalie de la hauteur, du timbre, de l'intensité, voix nasonnée.

10 p. 100. Difficultés d'élocution, comme le groupe précédent.

Retard de parole et / ou langage avec notamment :

-chute de la fin des mots et difficultés de prononciation des groupes consonantiques, mots déformés ;

-emploi peu fréquent des mots grammaticaux (articles, adverbes, conjonctions...), temps des verbes incorrects.

15 p. 100. Difficultés majeures d'élocution, troubles importants du langage ou absence d'expression acoustique de la parole, au mieux parole intelligible seulement pour la famille ou les professionnels de la rééducation.

CHAPITRE V DÉFICIENCES DE LA VISION

I-DÉFICIENCES DE L'ACUITÉ VISUELLE

Les déficiences de l'acuité visuelle s'apprécient après correction. Ainsi, un trouble de la réfraction, qui peut être entièrement corrigé par un moyen optique, ne sera pas considéré comme une déficience oculaire. Le degré de vision sera estimé en tenant compte de la correction optique supportable en vision binoculaire.

La mesure de l'acuité visuelle doit tenir compte de l'acuité visuelle de loin (échelle de Monoyer à 5 mètres) et de l'acuité visuelle de près (échelle de Parinaud lue à 40 cm.)

Plusieurs définitions de la cécité sont actuellement employées :

-cécité complète : sont atteints de cécité complète ceux dont la vision est abolie ($v = 0$) au sens absolu du terme avec abolition de la perception de la lumière ;

-sont considérés comme atteints de quasi-cécité ceux dont la vision centrale est égale ou inférieure à $1 / 20$ d'un oeil, celle de l'autre étant inférieure à $1 / 20$, avec déficience des champs visuels périphériques lorsque le champ visuel n'excède pas 20° dans le secteur le plus étendu ;

-cécité professionnelle : est considéré comme atteint de cécité professionnelle celui dont l'oeil le meilleur a une acuité égale au plus à $1 / 20$ avec un rétrécissement du champ visuel inférieur à 20° dans son secteur le plus étendu.

L'article R. 241-15 du code de l'action sociale et des familles précise que la carte d'invalidité sera surchargée d'une mention cécité pour les personnes dont la vision centrale est nulle ou inférieure à 1 / 20 de la normale .

La carte d'invalidité sera surchargée de la mention canne blanche pour les personnes dont la vision est au plus égale à un dixième de la normale.

Le tableau de l'acuité visuelle de loin proposé par les experts tient compte des définitions utilisées habituellement ainsi que de la réglementation en vigueur.

a) Acuité visuelle de loin :

La vision d'un oeil est indiquée par une colonne horizontale, la vision de l'autre par une colonne verticale. Le point de rencontre donne le taux médical d'incapacité (tableau ci-après) .

Diminution de l'acuité visuelle de loin des deux yeux (échelle de Monoyer à 5 mètres)

	10 / 10	9 / 10	8 / 10	7 / 10	6 / 10	5 / 10	4 / 10	3 / 10	2 / 10	1 / 10	1 / 20	< 1 / 20	cécité totale
10 / 10	0	0	0	1	2	3	4	7	12	16	20	23	25
9 / 10	0	0	0	2	3	4	5	8	14	18	21	24	26
8 / 10	0	0	0	3	4	5	6	9	15	20	23	25	28
7 / 10	1	2	3	4	5	6	7	10	16	22	25	28	30
6 / 10	2	3	4	5	6	7	9	12	18	25	29	32	35
5 / 10	3	4	5	6	7	10	15	20	25	30	35	40	50
4 / 10	4	5	6	7	9	15	30	35	40	45	50	55	60
3 / 10	7	8	9	10	12	20	35	50	55	60	65	68	70
2 / 10	12	14	15	16	18	25	40	55	70	72	75	80	82
1 / 10	16	18	20	22	25	30	45	60	72	80	82	83	84
1 / 20	20	21	23	25	29	35	50	65	75	82	85	87	88
< 1 / 20	23	24	25	28	32	40	55	68	80	83	87	90	92
cécité totale	25	26	28	30	35	50	60	70	82	84	88	92	95

b) L'acuité visuelle de près :

L'acuité visuelle de près est appréciée par l'échelle de Parinaud lue à 40 centimètres après juste correction de la presbytie si nécessaire :

Diminution de l'acuité visuelle de près des deux yeux

	P 1,5	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 8	P 14	P 20	< P 20	P 0
P 1,5	0	0	2	3	6	8	10	16	20	23	25
P 2	0	0	4	5	8	10	14	18	22	25	28
P 3	2	4	8	9	12	16	20	25	28	32	35
P 4	3	5	9	11	15	20	25	30	36	40	42
P 5	6	8	12	15	20	26	30	36	42	46	50
P 6	8	10	16	20	26	30	32	42	46	50	55
P 8	10	14	20	25	30	32	40	52	58	62	65
P 10	16	18	25	30	36	42	52	65	70	72	76
P 20	20	22	28	36	42	46	58	70	75	80	85
< P 20	23	25	32	40	46	50	62	72	80	85	90
0	25	28	35	42	50	55	65	76	85	90	95

S'il existe un rapport étroit entre vision de loin et vision de près de sorte que, si l'une est altérée, l'autre l'est dans les mêmes proportions, le tableau qui évalue le déficit en fonction de la seule vision de loin est alors suffisant.

Dans les autres cas, il existe une dissociation entre la vision de loin et celle de près. Il conviendra alors d'adopter la moyenne arithmétique entre les deux taux calculés grâce à l'échelle de Monoyer et grâce à l'échelle de Parinaud.

II-AUTRES DÉFICIENCES DE LA FONCTION ET DE L'APPAREIL OCULAIRE

1-DÉFICIENCES DU CHAMP VISUEL

L'estimation fonctionnelle des séquelles doit privilégier le repérage des altérations détectables dans le champ visuel binoculaire et non plus selon la méthode classique d'étude du champ visuel de chaque oeil.

Le champ visuel binoculaire est apprécié à la coupole de Goldman avec le test III / 4 sans dissociation des deux yeux.

La figure 1 présente le champ normal binoculaire sans dissociation des deux yeux avec les taux affectés pour chaque demi-quadrant, en tenant compte de l'excentricité et de son champ de réception spatial. En comparant le champ binoculaire normal et le champ binoculaire de la personne handicapée, il est possible de déterminer le taux d'incapacité. Chaque point correspond à une lacune non perçue. Le taux d'incapacité est égal à l'addition des points de la figure 1. Les taux affectant le champ visuel central sont précisés par la figure 2.

Si une évaluation à la coupole de Goldman n'est pas disponible, le médecin expert aura recours à la méthode classique, en étudiant le champ visuel de chaque oeil. Les altérations du champ visuel repérés selon cette méthode donnent alors les taux d'incapacité suivants :

a) hémianopsies :

hémianopsie complète (taux : 42 p. 100).

Sans épargne maculaire le taux d'incapacité se confond avec la baisse de vision ;
avec épargne maculaire.

Hémianopsie incomplète : en fonction du schéma concernant le champ visuel.

Hémianopsie altitudinale totale : supérieure (taux : jusqu'à 26 p. 100) ; inférieure (taux : jusqu'à 60 p. 100).

Double hémianopsie latérale complète ou bitemporale (taux : jusqu'à 85 p. 100).

Hémianopsie binasale : en fonction du schéma et de la vision centrale.

b) Quadransopie : supérieure (taux : jusqu'à 13 p. 100) ; inférieure (taux : jusqu'à 30 p. 100).

c) Déficit non systématisé :

suivant le taux affecté par le schéma.

d) Rétrécissement concentrique :

d'évaluation toujours très difficile en raison de l'intervention de facteurs extrinsèques. A n'évaluer qu'après de multiples épreuves de contrôle avec, si nécessaire, mise en oeuvre de nouvelles techniques électrophysiologiques.

En cas de certitude absolue :

de 60 o à 30 o (taux : 0 à 5 p. 100) ;

de 30 o à 20 o (taux : 16 p. 100) ;

de 20 o à 10 o (taux : 32 p. 100) ;

inférieure à 10 o (taux : de 70 à 80 p. 100).

e) Scotomes centraux et paracentraux :

en cas de perte de la vision centrale : utiliser le barème d'acuité visuelle (3 a et 3 b).

Les scotomes paracentraux et juxta-centraux justifient un taux de 5 à 20 p. 100 en fonction de leur étendue précisée à la grille d'Amsler en vision binoculaire, et de leur retentissement sur la lecture de près.

2-DÉFICIENCES DE L'OCULOMOTRICITÉ

a) Vision binoculaire et décomposition (taux : 1 à 5 p. 100) ;

b) Séquelles de paralysie oculo-motrices :

-diplopie en haut (taux : 3 à 10 p. 100) ;

-diplopie en bas (taux : 15 à 25 p. 100) ;

-diplopie latérale (taux : 10 à 15 p. 100).

c) Paralysies de fonction du regard :

-paralysie vers le haut (taux : 3 à 5 p. 100) ;

-paralysie vers le bas (taux : 15 à 25 p. 100) ;

-paralysie latérale (taux : 10 à 12 p. 100) ;

-paralysie de la convergence (taux : 10 à 15 p. 100).

d) Déficiences de la motricité intrinsèque avant apparition de la presbytie :

-paralysie de l'accommodation uni ou bilatérale (taux : 10 p. 100) ;

-mydriase aréactive (taux : 5 p. 100).

3-AUTRES TROUBLES NEURO-OPHTALMOLOGIQUES

a) Troubles de la reconnaissance visuelle :

L'agnosie visuelle sera évaluée selon l'importance du déficit (espace, formes, couleurs...) en fonction du retentissement sur la vie quotidienne. L'appréciation nécessitera un avis spécialisé complémentaire. Les troubles ne devront pas être appréciés de façon isolée ;

b) Ces indications sont valables pour le syndrome de Balint (trouble de la stratégie du regard), pour la perte des mouvements de poursuite.

4-APHAKIES

Au taux obtenu lors de la mesure de l'acuité visuelle, s'ajoutera arithmétiquement :

a) Prothèse optique réalisée par lunettes, lentilles de contact ou implants oculaires.

En cas d'aphakie unilatérale :

si l'acuité de l'oeil opéré demeure inférieure à celle de l'oeil non opéré (taux : 8 à 10 p. 100) ;

dans le cas inverse (taux : 10 à 12 p. 100) ;

en cas d'aphakie bilatérale le taux de l'incapacité de base sera de 15 p. 100.

b) Compensation optique assurée par un cristallin artificiel : le taux sera de 5 p. 100 pour tenir compte de la perte unilatérale d'accommodation.

5-ANNEXES DE L'OEIL

Larmoiement, photophobie, ectropion, entropion.

Prothèse oculaire mal supportée (taux : 1 à 5 p. 100).

Le médecin devra compléter l'examen ophtalmologique d'un examen clinique complet à la recherche de troubles associés, notamment chez l'enfant où la déficience de la vision peut s'accompagner d'un retard mental, de troubles psychiques, ou d'autres déficiences (motrices, viscérales...).

Le taux d'incapacité final sera apprécié selon les méthodes habituelles.

CHAPITRE VI DEFICIENCES VISCERALES ET GENERALES

Introduction

Pour ce chapitre plus particulièrement, il convient de rappeler que l'évaluation des taux d'incapacité est fondée sur l'importance des déficiences, incapacités fonctionnelles et désavantages en découlant, subis par la personne, et non seulement sur la nature des affections médicales dont elle est atteinte.

Une première section indique les différents types de déficiences traitées par le présent chapitre. Les exemples, qu'ils soient par pathologie, sur la base de résultats d'examens complémentaires ou en fonction de modalités thérapeutiques particulières, s'avèrent très rapidement dépassés compte tenu de l'évolution des techniques médicales. C'est pourquoi ce chapitre en contient peu.

La deuxième section apporte des indications sur des éléments, autres que les déficiences, à prendre en compte pour déterminer le taux d'incapacité. Il s'agit, d'une part, des symptômes susceptibles d'entraîner ou de majorer les incapacités ou désavantages, d'autre part, des incapacités et enfin des contraintes dans la vie quotidienne.

En effet, dans de nombreux cas d'affection chronique, plutôt que leur retentissement direct en termes de déficiences ou d'incapacités, ce sont leurs conséquences en matière de vie quotidienne qui devront être prises en compte : l'évolution des traitements médicaux ou des techniques de compensation conduit souvent à juguler le processus pathologique à l'oeuvre, et éventuellement à faire disparaître les déficiences (exemple des thérapies anti-VIH qui cherchent à améliorer les fonctions immunitaires), ou à les compenser (exemple de l'insuline injectée pour pallier la déficience endocrinienne du pancréas). C'est parfois au prix d'effets secondaires provoquant d'autres déficiences ou de contraintes lourdes dans la vie quotidienne compromettant l'insertion sociale, scolaire ou professionnelle des personnes.

Concernant les enfants et adolescents, il convient de tenir compte également des contraintes assumées par l'entourage familial, pour préserver au maximum la présence de l'enfant dans son milieu de vie naturel et éviter hospitalisations ou institutionnalisations considérées comme non souhaitables dans l'intérêt de l'enfant. Une partie de cette section leur est donc particulièrement consacrée.

La troisième section aborde la gradation des fourchettes de taux d'incapacité, basée sur l'analyse des incapacités ainsi que des désavantages et contraintes constatés. Il convient, comme dans les autres chapitres, d'être particulièrement attentif aux critères permettant de déterminer les taux seuils de 50 et 80 %.

En fonction de leur importance, les conséquences des déficiences viscérales et générales peuvent être évaluées selon une échelle divisée en quatre classes, réparties de la manière suivante :

1. Troubles légers entraînant une gêne, quelques interdits rares ou des troubles subjectifs sans incapacité réelle dans la vie sociale, scolaire, professionnelle ou quotidienne.
2. Troubles d'importance moyenne entraînant des interdits et quelques signes objectivables d'incapacité fonctionnelle, permettant cependant le maintien de l'autonomie et de l'insertion du sujet dans la vie sociale, scolaire, professionnelle ou quotidienne.

3. Troubles importants obligeant à des aménagements notables de la vie quotidienne, qui se trouve alors limitée au logement ou à l'environnement immédiat ou nécessite des aides ou efforts particuliers pour maintenir une vie sociale, scolaire, professionnelle ou quotidienne dans les limites de la normale. L'autonomie est cependant conservée sans effort majeur pour les actions relevant de l'autonomie individuelle telles que définies dans l'introduction du présent guide-barème. Ce niveau de troubles définit l'obtention d'un taux au moins égal à 50 %.

4. Troubles graves ou majeurs entraînant la réduction de l'autonomie individuelle. Le seuil de 80 % est ainsi atteint.

Dans les cas fréquents d'une déficience viscérale ou générale associée à d'autres déficiences (psychiques, visuelles, motrices...) secondaires ou non par rapport à l'affection à l'origine de la déficience principale, il conviendra de se reporter aux chapitres correspondant à chacune des déficiences concernées. C'est le cas par exemple pour une déficience endocrinienne liée à un diabète, qui peut s'accompagner de déficiences visuelles, motrices, etc., en cas de lésions oculaires, d'amputation, etc., survenant au cours de cette affection.

Section 1

Les déficiences viscérales et générales

I-Déficiences des fonctions cardio-respiratoires

I-1-Déficience de la fonction myocardique

Quelle qu'en soit l'étiologie, y compris génétique ou iatrogène, le niveau de retentissement est en général bien corrélé au niveau de la déficience elle-même en terme d'insuffisance cardiaque. Celle-ci est en pratique facilement objectivable par des examens paracliniques qui permettent une mesure de la fonction (échographie, scintigraphie...). Il ne faut cependant pas négliger l'analyse de facteurs associés intrinsèques telle l'obésité, ou environnementaux telles les conditions géographiques ou climatiques, qui en majorent l'impact sur les capacités réelles de la personne. Une déficience de la fonction myocardique peut :

-n'avoir aucune conséquence quand elle est bien contrôlée par un traitement peu contraignant (cf. infra section 2) ;

-avoir un niveau de contrainte important en matière de régime ou d'activité, quand l'état clinique est très instable et que le moindre écart est suivi d'une décompensation ;

-entraîner un confinement au domicile, voire au lit ou au fauteuil, avec dyspnée au moindre effort entravant toute activité dans les stades ultimes d'évolution.

La fréquence des décompensations et l'analyse de leurs conséquences dans la vie de la personne sont donc les principaux éléments à explorer.

Il convient également de prendre en compte la dimension évolutive souvent inéluctable des pathologies à l'origine de cette déficience (évolution spontanée ou liée à un traitement).

I-2-Déficience de la fonction coronaire

La déficience de l'irrigation du muscle cardiaque entraîne par elle-même des contraintes et limites en particulier à l'effort. Elle peut de plus avoir à terme des conséquences sur la fonction myocardique, qui seront à analyser en fonction de leur retentissement propre (cf. supra).

La fréquence des crises malgré le traitement et les recommandations en matière d'activité qui en découlent devront être analysées au vu de leurs conséquences sur la vie quotidienne et la socialisation de la personne.

I-3-Déficiences de la régulation du rythme cardiaque

Leurs conséquences dans la vie de la personne sont variables compte tenu des traitements et appareillages. Il conviendra d'évaluer soigneusement, d'une part, les incapacités révélées par certaines situations limitant l'activité (comme la confrontation à des facteurs d'environnement) et, d'autre part, les conséquences des traitements.

I-4-Déficiences vasculaires périphériques d'origine artérielle, veineuse ou lymphatique

Leur retentissement sur la station debout et les capacités de déplacement de la personne devra être pris en compte de façon similaire au retentissement des déficiences motrices, les incapacités en résultant étant de même nature.

Elles peuvent également occasionner des déficiences esthétiques ou des fonctions cutanées qui seront à prendre en compte en référence au chapitre concerné.

I-5-Déficiences respiratoires

Quelle qu'en soit l'étiologie, le niveau de retentissement est en général bien corrélé au niveau de la déficience elle-même en terme d'insuffisance respiratoire. Celle-ci est objectivable par des examens paracliniques, mais il est nécessaire de prendre en compte des situations où le niveau des performances en situation d'examen est différent de celui constaté dans les situations de vie quotidienne. Ainsi, des incapacités révélées par certaines situations (confrontation à des éléments d'environnement tels que la pollution ou les allergènes, sensibilité accrue aux agents infectieux...) se rencontrent fréquemment avec ce type de déficiences.

Les incapacités concernant la locomotion sont également souvent présentes.

Par ailleurs, ce type de déficience peut nécessiter des traitements répétés, contraignants, qu'il est nécessaire de prendre en compte (cf. infra section 2).

Enfin, la dimension de l'évolutivité souvent inéluctable doit être prise en compte, pouvant conduire jusqu'au confinement au domicile, voire au lit ou au fauteuil, avec dyspnée au moindre effort entravant toute activité.

I-7-Déficiences de la délivrance d'oxygène aux tissus

Quels qu'en soient la cause et le niveau d'atteinte au cours de la chaîne du transport de l'oxygène (y compris hématologique : cf. infra 6. 1), les conséquences atteignent potentiellement tous les tissus et organes. A ce titre, elles ont un retentissement en termes d'incapacité et de désavantage qu'il conviendra d'analyser en référence aux différents chapitres concernés de façon globale.

II-Déficiences de la fonction de digestion

Les éléments suivants, permettant d'évaluer le retentissement fonctionnel des déficiences de l'appareil digestif, sont à rechercher particulièrement :

Les troubles de la prise alimentaire, parmi lesquels notamment :

-gêne à la prise alimentaire (impossibilité de prise des aliments solides ou liquides, défaut de salivation...);

-troubles de l'appétit ;

-fausses routes ;

- nécessité d'une alimentation artificielle entérale ou parentérale ;
- nausées, vomissements.

Les troubles du transit, parmi lesquels notamment :

- diarrhée, malgré le traitement ;
- constipation ayant un retentissement important dans la vie quotidienne.

Les troubles sphinctériens, parmi lesquels notamment :

- incontinence fécale partielle ou totale ;
- stomies et leur retentissement dans la vie quotidienne.

L'altération de l'état général et les signes fonctionnels digestifs pouvant être paroxystiques ou continus, tels notamment les douleurs, l'asthénie et l'amaigrissement.

III-Déficiences de la fonction hépatique

La fonction hépatique est une fonction biologique complexe, dont l'altération peut donner lieu à des retentissements variés, comme par exemple :

- sur l'hémostase ;
- sur les fonctions supérieures ;
- sur le comportement (anxiété, sommeil, irritabilité...) ;
- sur l'état général (fatigue, amaigrissement...).

Il convient donc de ne pas se limiter à la mesure biologique de la fonction hépatique, qui ne reflète pas les conséquences de la perturbation sur la vie quotidienne de la personne, et d'apprécier les déficiences qui en découlent conformément aux différents chapitres concernés.

Comme pour les autres déficiences viscérales, et compte tenu de l'importance vitale de la fonction hépatique, ses altérations peuvent faire l'objet de traitements agressifs ou très particuliers comme la transplantation d'organe.

Les conséquences de ces traitements dans la vie de la personne sont éventuellement beaucoup plus importantes que l'atteinte elle-même à la fonction, mais ces traitements visent à éviter une évolution ultérieure vers des complications graves, voire le décès.

Il est donc essentiel d'apprécier le retentissement du traitement suivi et les contraintes qu'il occasionne sur l'autonomie individuelle ainsi que sur l'insertion sociale et professionnelle.

IV-Déficiences des fonctions rénales et urinaires

On peut distinguer plusieurs types de déficiences :

- liées aux fonctions d'épuration : filtration et excrétion ;
- liées aux fonctions d'élimination ;
- liées aux fonctions endocriniennes assurées par le rein.

Ces différents types de déficiences peuvent être diversement associés et les traitements sont également variés.

IV-1-Déficiences des fonctions d'épuration : filtration et excrétion

Les traitements et mesures hygiéno-diététiques éventuels mis en place pour retarder l'évolution de cette déficience sont en général contraignants ou provoquent par eux-mêmes la survenue d'autres déficiences qui seront à prendre en compte en référence aux chapitres concernés.

A un stade plus avancé, la survie de la personne dépend de traitements extrêmement contraignants et entraînant des incapacités qui peuvent être importantes, notamment les incapacités révélées par certaines situations. Ces incapacités et contraintes seront à apprécier en s'appuyant sur la section 2 du

présent chapitre. Le retentissement des déficiences associées, notamment endocriniennes et psychiques, sera pris en compte également en référence aux chapitres concernés.

IV-2-Déficience de la fonction d'élimination

En dehors de son retentissement à terme sur la précédente, elle fait souvent l'objet de traitements, chirurgicaux ou d'autres types, dont il sera nécessaire d'apprécier les conséquences en termes de contraintes ultérieures pour la vie quotidienne de la personne. Le retentissement de la nécessité d'une élimination par appareillage temporaire ou définitif sera notamment évalué.

IV-3-Déficiences des fonctions endocriniennes rénales

Elles sont fréquemment associées à la déficience des fonctions de filtration et devront être prises en compte conformément au chapitre concerné.

V-Déficiences d'origine endocrinienne, métabolique et enzymatique

Quelle qu'en soit l'étiologie, une déficience d'origine endocrinienne, métabolique ou enzymatique sera appréciée selon l'intensité de la gêne fonctionnelle (réduction des capacités de déplacement, de l'activité...), mais également, et parfois exclusivement, selon le poids des contraintes médicales, en général de longue durée, imposées par le traitement. En effet, les processus pathologiques et les déficiences sont souvent bien contrôlés, mais au prix de prises médicamenteuses répétées, d'effets secondaires et d'interdictions et entraves diverses. Ces éléments sont alors en eux-mêmes constitutifs du handicap, la prise en charge médicale ayant réduit les déficiences d'origine et éloigné un pronostic fatal à plus ou moins long terme.

Il sera donc nécessaire non seulement d'apprécier l'importance du désordre métabolique (en s'aidant des résultats d'examen paraclinique) mais également d'analyser soigneusement les conséquences, qui ne sont pas forcément corrélées à l'importance du trouble et qui peuvent être variables dans le temps, notamment en fonction de l'évolution des thérapeutiques proposées par les professionnels de santé.

V-1-Déficience de la régulation glycémique

Chez les adultes, dès lors que la personne est correctement éduquée et gère elle-même son traitement et son alimentation, seuls les cas compliqués, à l'équilibre instable impliquant de fréquentes hospitalisations et une surveillance particulièrement rapprochée, entraînent des contraintes d'un niveau important.

Chez les enfants ou les adolescents en début de traitement, il existe des enjeux majeurs en terme de prévention des complications et d'un surhandicap à terme. Dans certains cas, l'éducation devant conduire le jeune vers l'autonomie dans la gestion de son problème de santé peut nécessiter la mise en place de moyens particuliers qui sont alors assimilés à une éducation spéciale. Il convient donc d'en peser soigneusement le retentissement dans la vie quotidienne et les contraintes entraînées pour la famille. Dans quelques cas, notamment pour les très jeunes enfants, elles seront lourdes et durables et devront être prises en compte. Elles seront cependant généralement temporaires et la situation devra être réévaluée périodiquement.

Dans tous les cas, des déficiences associées peuvent survenir au cours de l'évolution, dont les conséquences seront à apprécier en référence aux chapitres concernés du guide barème.

V-2-Déficiences de la régulation pondérale

En cas de surpoids, majeur, cette déficience peut entraîner des incapacités, notamment en matière de locomotion (posture, utilisation du corps, changement de position) ou de manipulation, et une réduction importante et durable des activités. Le traitement diététique est également contraignant, mais en général compatible avec une vie sociale normale.

La cachexie entraîne également par elle-même, quels qu'en soient les causes et le pronostic, des incapacités en matière de locomotion et une réduction durable des activités.

Ces problèmes de santé peuvent entraîner ou être associés à des déficiences d'autre nature (motrice, psychique, viscérales...) qui devront également être évaluées.

V-3-Déficiences de la taille

Ces déficiences ont des conséquences fonctionnelles en général liées à l'environnement : la situation de chaque personne devra donc être évaluée en tenant compte de la possibilité de mobiliser des adaptations permettant des activités et une insertion sociale satisfaisantes. Il conviendra de tenir compte des capacités de déplacement et d'éventuelles déficiences associées.

V-4-Autres déficiences endocriniennes ou enzymatiques

Elles sont très variées, leurs diagnostics et traitements sont particulièrement susceptibles d'évolution. Il convient donc, pour chaque situation particulière, d'évaluer soigneusement le retentissement, en tenant compte notamment :

- des incapacités révélées par certaines situations : interdiction d'exposition à des facteurs d'environnement particuliers (physiques, alimentaire, toxique, médicamenteux...);

- d'incapacités variables dans le temps ;

- des contraintes entraînées dans la vie courante du fait de ces facteurs, d'un régime alimentaire particulier, d'une adaptation nécessaire du milieu scolaire ou professionnel, ou des traitements ou appareillages.

VI-Déficiences des fonctions immuno-hématologiques

Les fonctions hématologiques sont diverses ainsi que les causes de leurs atteintes.

Comme pour les autres déficiences viscérales, et compte tenu de l'importance vitale de ces fonctions, leurs altérations peuvent faire l'objet de traitements contraignants, agressifs, ou très particuliers comme la greffe de cellules, dont les conséquences dans la vie de la personne sont éventuellement beaucoup plus importantes que l'atteinte elle-même, mais qui visent à éviter une évolution ultérieure vers des complications graves, voire le décès.

Il est donc essentiel d'apprécier le retentissement du traitement suivi et des contraintes qu'il entraîne sur l'insertion sociale et professionnelle et l'autonomie individuelle.

D'autre part, les atteintes liées à ces déficiences peuvent être associées ou entraîner des déficiences très variées d'autres types, dont les conséquences devront être prises en compte, en référence au chapitre concerné, dans l'analyse globale de la situation de la personne.

On peut ainsi distinguer trois types de déficiences qui peuvent être associées entre elles lorsque la totalité des fonctions hématologiques est touchée :

VI-1-Déficiences des fonctions de délivrance de l'oxygène aux tissus

Elles peuvent occasionner un retentissement important sur l'état général, comparable à certaines déficiences cardiaques et respiratoires : la fatigabilité, la mauvaise tolérance à l'effort sont les principales conséquences à rechercher.

VI-2-Déficiences des fonctions immunitaires

Quelle qu'en soit l'origine, elles induisent une fatigue quasi constante, des incapacités révélées par certaines situations, notamment la vulnérabilité accrue aux agents infectieux, et des contraintes médicales, en général de longue durée, imposées par les traitements.

VI-3-Déficiences de l'hémostase

Quand il s'agit de déficiences, prolongées, elles peuvent induire des déficiences motrices par atteinte répétée des articulations, dont il est nécessaire de tenir compte. Pour les trois types de déficiences mentionnées ci-dessus, les processus pathologiques et les déficiences sont parfois bien contrôlés, mais au prix de contraintes potentiellement lourdes. Les traitements sont souvent générateurs d'effets secondaires, prises médicamenteuses répétées, interdictions et entraves diverses. Ces éléments sont alors en eux-mêmes constitutifs du handicap.

Enfin, ces déficiences, parce qu'elles peuvent engager le pronostic vital, induisent des incapacités révélées par certaines situations, et notamment la restriction de certaines activités potentiellement à risque, qui devra être analysée.

VII-Déficiences des fonctions cutanées et troubles des phanères

La peau est un organe particulier, qui représente un élément majeur dans la vie sociale. Ses atteintes peuvent donc avoir un retentissement direct à ce niveau, avec l'induction d'autres déficiences surajoutées, particulièrement psychiques, esthétiques ou motrices, qu'il faudra prendre en compte en référence à d'autres chapitres du guide barème.

La douleur ou le prurit, ainsi que des incapacités variées, peuvent retentir fortement sur la vie familiale, sociale, scolaire ou professionnelle ou l'autonomie individuelle de la personne.

Par ailleurs, quand une superficie importante de la peau est atteinte, les contraintes des traitements peuvent s'en trouver considérablement alourdies et il convient donc d'être particulièrement attentif à ce point dans l'évaluation des conséquences au quotidien pour la personne.

De la même façon que pour les autres déficiences de ce chapitre, il est nécessaire d'apprécier globalement leur retentissement ainsi que celui des déficiences qui leurs sont éventuellement associées.

VII-Déficiences génitales, sexuelles et de la reproduction

Ces déficiences peuvent avoir des conséquences dans plusieurs domaines (physique, psychique...) variables selon les individus, qui seront donc à évaluer en se référant à chacun de ces chapitres.

Elles peuvent avoir en elles-mêmes un retentissement direct sur la vie courante et l'intégration sociale des personnes, en particulier du fait des conséquences liées éventuellement aux traitements entrepris. Cependant, ces contraintes ne sont pas en règle générale permanentes et les traitements de ces déficiences ne sont pas à poursuivre dans le cas où ils sont mal tolérés, en raison de leur caractère non vital, contrairement à la plupart des déficiences listées ci-dessus.

Section 2

Eléments à prendre en compte dans l'évaluation de la situation de la personne

Les désavantages cités dans ce chapitre procèdent des incapacités et des contraintes, mais peuvent être majorés par certains symptômes ou des effets secondaires des traitements, qui sont à prendre en compte dès lors qu'ils évoluent au long cours.

I-Symptômes à rechercher, susceptibles d'entraîner ou de majorer des incapacités et désavantages

Enumérés de façon non exhaustive dans cette section, les symptômes doivent être recherchés soigneusement, afin de mesurer leur impact.

Ils résultent de l'affection causale ou sont induits par les traitements et sont susceptibles d'aggraver l'entrave à la vie sociale, scolaire, professionnelle ou quotidienne, par exemple :

- la douleur physique ou morale ;
- l'asthénie, la fatigabilité, la lenteur ;
- les insomnies, l'hypersomnie ;
- la vulnérabilité psychique ;
- les nausées ;
- la diarrhée, les flatulences, la constipation ;
- l'amaigrissement ;
- l'obésité ;
- les oedèmes ;
- la dyspnée ;
- la toux et l'expectoration ;
- les troubles de la croissance staturo-pondérale ;
- le prurit.

II-Les incapacités

Les déficiences viscérales et générales peuvent occasionner des incapacités de toutes sortes.

Il convient de rappeler qu'il est nécessaire d'avoir une approche globale de la situation de la personne et de s'assurer qu'elle ne présente pas d'autres déficiences ayant leurs propres conséquences en matière d'incapacité. En particulier, un éventuel retentissement des déficiences viscérales et générales sur la sphère psychique devra être systématiquement évalué.

Dans ce chapitre, on portera une attention particulière mais non exclusive à trois types d'incapacité les plus fréquents :

II-1-Incapacités concernant la locomotion

Les déficiences viscérales et générales ont souvent un impact non sur la capacité de se déplacer, mais plutôt sur la qualité du déplacement : en particulier, son maintien à son niveau optimal est souvent très entravé, de façon plus ou moins intermittente, par la fatigue, la douleur, la dyspnée ou la fonte musculaire par exemple. Il doit donc être porté une attention particulière aux capacités concrètes et à leur variabilité dans le temps.

II-2-Incapacités concernant les soins corporels

La toilette comme l'habillement, ou la prise d'aliments, peuvent être rendus difficiles. Il est important de savoir si l'aide d'une tierce personne est nécessaire pour réaliser

ces actes et la douleur de cette aide : doit-on aider dans l'installation et la préparation du geste, ou faire le geste complètement ou partiellement à la place de la personne ? L'élimination fécale ou urinaire : est-elle contrôlée ou non ? Nécessite-t-elle des protections ou appareillages ? Ceux-ci doivent-ils être disponibles en permanence ? Entraînent-ils des tâches supplémentaires ?

II-3-Incapacités révélées par certaines situations

Le risque vital, l'évolutivité, des changements itératifs de thérapies, ainsi que des incapacités fluctuantes en fonction du temps ou du traitement, peuvent interdire la réalisation de certaines activités.

La diminution de la résistance physique ou psychique, l'incapacité de maintenir une position ou de supporter le rythme d'une activité peuvent en restreindre la qualité ou la durée.

De même, l'exposition non supportée à certains facteurs d'environnement : froid, chaleur, intempéries, poussière, agents chimiques, humidité, luminosité, agents infectieux.

III-Les contraintes

Elles sont liées à l'affection causale elle-même ou à la nécessité d'un traitement qui peut être curatif ou n'agir que sur la compensation de la déficience. Ce qui en fait un élément constitutif de handicap est en général la nécessité de maintenir cette contrainte de manière prolongée, nécessitant des réaménagements parfois majeurs de la vie de la personne et susceptibles d'entraver gravement son insertion sociale et son indépendance personnelle.

Tous les éléments listés ci-dessous de façon non exhaustive doivent s'analyser conjointement, car, dans de nombreux cas, ils se conjuguent et s'aggravent mutuellement :

- contrainte géographique : nécessité de se maintenir en permanence à proximité d'un dispositif de soin ou d'assistance ;
- contraintes liées à la nécessité de présence, voire à la dépendance éventuellement vitale, d'un appareillage complexe, nécessitant un apprentissage particulier, ou des aménagements de l'habitat ;
- contraintes liées au mode d'administration du traitement à des impératifs dans les horaires, les dosages, la voie d'administration (injection, perfusion, aérosols...) ;
- contrainte de répétition : un traitement complexe à assurer de manière quotidienne ou pluriquotidienne constitue une entrave très importante ;
- contrainte liée au temps consacré au traitement : plus celui-ci est important, plus il empiète sur l'insertion et l'autonomie de la personne, qui est rendue ainsi indisponible pour les autres activités ;
- contrainte de présence ou d'assistance d'un tiers : le recours nécessaire à un tiers est d'une lourdeur proportionnelle à la quantité de temps et à la technicité que ce tiers doit déployer pour la personne ;
- contraintes d'apprentissage de techniques particulières ou de soins ;
- contraintes liées aux interactions médicamenteuses pouvant conduire à ne pas compenser certaines déficiences ;
- contraintes alimentaires : régime avec éviction totale ou partielle de certains aliments, nécessité de se procurer des produits particuliers, nécessité de fractionnement ou d'horaires atypiques des prises alimentaires ;
- contraintes liées à la charge affective des troubles.

IV-Situation des enfants ou adolescents

Les conséquences des déficiences viscérales et générales dans la vie des enfants ou adolescents doivent être analysées en référence à :

- l'état normal de dépendance à sa famille d'un enfant ou adolescent sans déficience ;
- la particularité des enfants et adolescents d'être en phase de développement aussi bien physique que psychique ;
- la nécessité à cette période de la vie de faire des apprentissages, de toute nature, dans les délais et à un âge donné.

Il conviendra donc d'être particulièrement attentif pour eux aux éléments suivants :

- contraintes supplémentaires liées aux déficiences, incapacités et traitements pour la famille ;
- contraintes éducatives supplémentaires liées (en particulier chez le grand enfant et l'adolescent) à la nécessité de le rendre autonome vis-à-vis de ses troubles et de leur prise en charge ;
- entraves à l'apprentissage normal de l'autonomie, et aux acquisitions de toute nature, ainsi que les contraintes qui en découlent pour la famille afin d'en minimiser l'impact sur l'avenir de l'enfant ou adolescent.

Section 3

Guide pratique pour la détermination du taux d'incapacité

On donne ci-après un certain nombre de repères qui, pour chacun d'entre eux, constitue un critère suffisant pour l'attribution d'un taux compris dans la fourchette considérée. Toutefois, ces listes ne sont pas exhaustives et il revient à la commission d'apprécier par analogie avec ces exemples les cas particuliers qui lui sont soumis.

I-Troubles légers entraînant une gêne, quelques interdits rares ou des troubles subjectifs sans incapacité réelle constatée dans la vie sociale, scolaire, professionnelle ou quotidienne (taux de 0 à 15 %)

Gestion autonome des contraintes et compensation des déficiences par la personne elle-même éventuellement à l'aide d'un appareillage.

Traitement au long cours ou suivi médical n'entravant pas l'intégration scolaire, la vie sociale, familiale, professionnelle.

Régime n'entravant pas la prise de repas à l'extérieur, moyennant quelques aménagements mineurs et ne nécessitant pas la présence d'un tiers.

II-Troubles d'importance moyenne entraînant des interdits et quelques signes objectivables d'incapacité fonctionnelle permettant cependant le maintien de l'autonomie individuelle et de l'insertion dans une vie sociale, scolaire ou professionnelle dans les limites de la normale (taux 20 à 45 %)

Incapacités compensables au moyen d'appareillages ou aides techniques, gérés par la personne elle-même, n'entravant pas la vie sociale, familiale, professionnelle ou l'intégration scolaire.

Traitements assumés par la personne elle-même moyennant un apprentissage, sans asservissement à une machine fixe ou peu mobile, et sans contrainte de durée rendant la personne indisponible pour d'autres activités de la vie sociale, scolaire ou professionnelle.

Rééducations n'entravant pas l'intégration scolaire, la vie sociale, familiale, professionnelle.

Régime permettant la prise de repas à l'extérieur, moyennant des aménagements importants, ou l'apport de nutriments mais ne nécessitant pas la présence d'un tiers.

Pour les enfants, contraintes éducatives restant en rapport avec l'âge, ou limitées à une aide supplémentaire compatible avec la vie familiale, sociale ou professionnelle habituelle de la personne qui l'apporte.

III-Troubles importants obligeant à des aménagements notables de la vie quotidienne et nécessitant des aides ou efforts particuliers pour l'insertion ou le maintien dans une vie sociale, scolaire ou professionnelle dans les limites de la normale. L'autonomie est cependant conservée pour les actes relevant de l'autonomie individuelle (taux 50 à 75 %)

Incapacités contrôlables au moyen d'appareillages ou d'aides techniques permettant le maintien de l'autonomie individuelle.

Contraintes telles que définies à la section 2 du présent chapitre nécessitant le recours à une aide apportée par un tiers pour assurer le maintien d'une activité sociale et familiale.

Contraintes liées à la nécessité de traitements, rééducations, utilisation d'appareillage ou de machine permettant, au prix d'aménagements, le maintien d'une activité sociale et familiale, mais se révélant un obstacle à la vie professionnelle en milieu ordinaire non aménagé ou à l'intégration scolaire en classe ordinaire.

Contraintes liées à l'acquisition et à la mise en oeuvre par la personne elle-même ou son entourage de compétences nécessaires à l'utilisation et la maintenance d'équipements techniques.

Régime ne permettant la prise de repas à l'extérieur que moyennant des aménagements lourds ou non compatible avec le rythme de vie des individus de même classe d'âge sans déficience.

Troubles et symptômes fréquents ou mal contrôlés, et entraînant des limitations importantes pour la vie sociale, y compris la nécessité d'aide pour des tâches ménagères, mais n'entraînant pas le confinement au domicile, ni la nécessité d'une assistance ou surveillance quotidienne par une tierce personne.

IV-Troubles graves ou majeurs entraînant la réduction de l'autonomie individuelle

Le seuil de 80 % est ainsi atteint :

Un taux égal ou supérieur à 80 % correspond à la réduction de l'autonomie individuelle de la personne telle que définie à l'introduction du présent guide barème. Cette réduction de l'autonomie peut être liée à une ou plusieurs incapacités telles que définies à la section 2 du présent chapitre, y compris si elles surviennent du fait de troubles et symptômes de survenue fréquente ou mal contrôlés, éventuellement en lien avec les conséquences d'un traitement. Ce taux peut également correspondre à une déficience sévère avec abolition totale d'une fonction.

Deux cas de figure peuvent se présenter et donner lieu à l'attribution d'un taux de 80 % :

-les incapacités sont difficilement ou non compensées par des appareillages, aides techniques ou traitements ;

-les incapacités ne sont compensées, y compris par une aide humaine, qu'au prix de contraintes importantes telles que décrites à la section 2 du présent chapitre.

Seul un état végétatif chronique autorise l'attribution d'un taux d'incapacité de 100 %.

CHAPITRE VII DÉFICIENCES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR

RÈGLES GÉNÉRALES

1-ÉVALUER LES DÉFICIENCES MOTRICES

Pour déterminer le taux d'une déficience motrice, il faut considérer la lésion (déficience) et son retentissement (incapacités) et non pas l'étiologie ; celle-ci (malformation, accident, maladie, etc.) peut en effet être différente (ou multiple) pour une même déficience.

La ou (les) déficience (s) doivent être suffisamment durable (s) pour retentir sur la vie sociale et professionnelle, mais elles peuvent encore être évolutives au moment de l'évaluation. Dans tous les cas, l'expert apprécie la situation au moment de l'examen.

2-DÉFICIENCES ASSOCIÉES

Sauf pour les troubles sensitifs, dont l'existence amènera à majorer de 5 p. 100 à 15 p. 100 les taux dans le cadre du chapitre : Déficiences motrices ou paralytiques, on devra systématiquement évaluer et cumuler les déficiences associées aux déficiences motrices (en particulier dans les pathologies complexes et / ou disséminées telles que accidents vasculaires, tétraplégie, sclérose en plaques...).

Pour mémoire les déficiences associées aux déficiences motrices les plus fréquentes sont :

génito-sexuelles et sphinctériennes (chapitre VI, sections 3 et 4) ;

respiratoires (chapitre VI, section 2) ;

du langage et de la parole (chapitre IV) ;

de la fonction d'alimentation (déglutition..., chapitre VI, section 3) ;

sensorielles (appareil oculaire, chapitre V ; ou auditif, chapitre III) ;

comitiales (chapitre I er, section 3) ;

cardio-vasculaires (pour les myopathies par exemple..., chapitre VI, section 1) ;

intellectuelles et / ou psychiques (chapitres I er et II) ;

neurovégétatives (dysrégulation thermique, hypotension artérielle orthostatique) en fonction de leur intensité et de leur retentissement.

Il faudra également tenir compte des symptômes tels que douleur, ou fatigabilité (propres à certaines affections) en majorant le taux d'incapacité en fonction de leur retentissement fonctionnel.

3-APPAREILLAGE

Les taux d'incapacité sont appréciés avant appareillage car les fourchettes proposées prennent déjà en compte les progrès réalisés dans le domaine médical et prothétique.

Toutefois l'expert sera amené à utiliser la partie haute de la fourchette indicative ou à majorer les taux lorsque l'appareil est mal supporté (douleurs, excoriations fréquentes), ne peut être utilisé que de façon intermittente ou dans certaines conditions seulement, ainsi que dans les cas où la prise en charge au titre légal n'est pas totale.

4-RETENTISSEMENT SOCIOPROFESSIONNEL : ACTES ESSENTIELS ET COURANTS

Le retentissement sur la vie sociale, professionnelle et domestique doit constituer une référence constante pour l'expert ;

toute (s) déficience (s) entraînant la dépendance d'un tiers pour la réalisation d'un ou plusieurs actes essentiels de la vie doit être considérée (s) comme une déficience sévère (supérieure ou égale à 80 p. 100).

Ces actes essentiels sont notamment :

les transferts (lever et coucher ; w.-c. ; bain ou douche) ;

la toilette du corps et les soins d'apparence ;

l'habillage / déshabillage et la mise en place des éventuels appareillages ;

la prise des repas ;

les déplacements (marche ou fauteuil roulant).

La perte de la marche constitue de fait un critère de sévérité de déficience ; mais lorsque la marche, ou la déambulation, est possible, il faut apprécier le périmètre de la marche et les aides nécessaires.

Nota.-Le chapitre 7 : Déficience de l'appareil locomoteur, est divisé en cinq sous-chapitres qui ne s'excluent pas, et l'expert s'attachera à apprécier chaque type de déficience séparément (ex. : tenue de la tête, paralysie des membres).

I-DÉFICIENCES DE LA TÊTE

On prendra en compte la possibilité de tenue de la tête (déficit moteur, mouvements anormaux...), le retentissement sur la mastication, la retenue de salive et les douleurs associées. Le taux variera à l'intérieur de la fourchette en fonction de l'importance de chaque élément et de leur éventuelle association.

Les troubles de l'élocution seront appréciés au chapitre 4 ; les problèmes oculaires au chapitre 5 ; les autres troubles de la fonction d'alimentation au chapitre 5, section 3. Le retentissement sur la marche sera appréciée séparément, sauf si les déficiences de la tête sont isolées et perturbent la déambulation (déficience importante).

1-DÉFICIENCE LÉGÈRE (TAUX : 1 À 20 P. 100)

Troubles discrets sans retentissement notable sur l'alimentation, le port de tête, la retenue de salive...

2-DÉFICIENCE MODÉRÉE (TAUX : 20 À 40 P. 100)

Troubles modérés mais gênant l'alimentation, le port de tête, la retenue de la salive...

3-DÉFICIENCE IMPORTANTE (TAUX : 50 À 70 P. 100)

Troubles gênant de façon importante ou empêchant un des éléments retenus.

Exemple :

-alimentation liquide car mastication impossible ; tenue de tête impossible... (si dépendance d'un tiers : 80 p. 100).

II-DÉFICIENCES DU TRONC

Les déficiences du tronc comprennent, quelle qu'en soit l'étiologie (neurologique, rhumatismale, orthopédique, etc.) les déficiences motrices du tronc, les troubles de la statique et du tonus, les déviations du rachis, les déficiences discales et vertébrales... Le retentissement tiendra compte des douleurs, de la raideur, de la déviation-déformation, de l'étendue des lésions.

Le retentissement cardio-respiratoire éventuel sera apprécié à part (chapitre VI, section 1 et / ou 2) ; le retentissement sur la marche sera apprécié séparément sauf

si les déficiences du tronc sont isolées (retentissement sur la marche = déficience importante ou sévère).

1-DÉFICIENCE LÉGÈRE (TAUX : 1 À 20 P. 100)

Sans retentissement sur la vie sociale, professionnelle et domestique ou sur la réalisation des actes essentiels de la vie courante.

Exemple :

-lombalgies simples, déviation minime.

2-DÉFICIENCE MODÉRÉE (TAUX : 20 À 40 P. 100)

Ayant un retentissement modéré sur la vie sociale, professionnelle ou domestique ou gênant la réalisation des actes essentiels de la vie courante.

Exemple :

-lombalgies chroniques ou lombo-sciatalgies gênantes (port de charges) sans raideur importante ou sans retentissement professionnel notable, déviation modérée.

3-DÉFICIENCE IMPORTANT (TAUX : 50 À 75 P. 100)

Ayant un retentissement important sur la vie sociale, professionnelle et domestique ou limitant la réalisation de certains actes essentiels de la vie courante.

Exemple :

-raideur et / ou déviation importante, ou reclassement professionnel nécessaire.

4-DÉFICIENCE SÉVÈRE (TAUX : 80 À 85 P. 100)

Rendant les déplacements très difficiles ou impossibles ou empêchant la réalisation d'un ou plusieurs actes essentiels.

III-DÉFICIENCES MÉCANIQUES DES MEMBRES

Comprend : les raideurs, ankyloses, rétractions (dont cicatricielles), laxités, quelle qu'en soit l'étiologie. On tiendra compte du membre dominant ou non en cas d'atteinte unilatérale.

Le retentissement sera tout particulièrement apprécié par les difficultés voire l'impossibilité de réaliser seul les actes essentiels de la vie.

1-DÉFICIENCE LÉGÈRE (TAUX : 1 À 20 P. 100)

Sans retentissement sur la vie sociale, professionnelle et domestique, sur la réalisation des actes de la vie courante.

Exemple :

-raideur des doigts (selon degré, doigt et mouvement), du poignet, de la pronosupination ; certaines raideurs légères de l'épaule, de la cheville, du genou, ou de la hanche.

2-DÉFICIENCE MODÉRÉE (TAUX : 20 À 40 P. 100)

Gênant la réalisation de certaines activités de la vie courante, ou ayant un retentissement modéré sur la vie sociale, professionnelle et domestique.

Exemple :

-certaines raideurs du coude, de l'épaule, du poignet, du genou (en particulier avec déviation gênante), de la hanche, de la cheville et du pied (déformation majeure appareillée par chaussure orthopédique : 40 p. 100).

3-DÉFICIENCE IMPORTANTE (TAUX : 50 À 75 P. 100)

Limitant la réalisation des activités de la vie courante ou ayant un retentissement important sur la vie sociale, professionnelle ou domestique.

Exemple :

-enraidissement complet de l'épaule, de la main et du poignet, du genou ou d'une hanche.

4-DÉFICIENCE SÉVÈRE (TAUX : 80 À 90 P. 100)

Rendant les déplacements très difficiles ou impossibles ou empêchant certaines activités de la vie courante ou empêchant la réalisation d'un ou plusieurs actes essentiels.

Exemple : blocage de plusieurs grosses articulations.

IV-DÉFICIENCES MOTRICES OU PARALYTIQUES DES MEMBRES

Les déficiences motrices ou paralytiques comprennent, quelle que soit l'étiologie, tous les troubles moteurs, qu'ils soient d'origine centrale et / ou périphériques : paralysie, troubles de la commande, incoordination (dont cérébelleuse), dyskinésie volitionnelle d'attitude, tremblements, mouvements anormaux (chorée-athétose), troubles du tonus, spasticité / contractures, déficit musculaire...).

Les troubles sensitifs associés superficiels ou profonds (hypoesthésies, anesthésies, dysesthésies...) et assimilés (astéréognosies) feront majorer les taux en fonction de leur importance et de leur localisation (mais par exemple) mais peuvent être pris en compte à part entière s'ils sont isolés ou prédominants.

Exemple : certains syndromes de la queue-de-cheval, neuropathie sensitive.

1-DÉFICIENCE LÉGÈRE (TAUX : 1 À 20 P. 100)

Sans retentissement sur la vie sociale, professionnelle et domestique ou sur la réalisation des actes de la vie courante.

Exemple :

-tremblement de repos, certains troubles sensitifs isolés.

2-DÉFICIENCE MODÉRÉE (TAUX : 20 À 40 P. 100)

Gênant la réalisation de certaines activités de la vie courante ou ayant un retentissement modéré sur la vie sociale, professionnelle et domestique.

Exemple :

-paralysie d'un nerf périphérique du membre supérieur, hémiplégie fruste, trouble de l'équilibre ou incoordination modérée, paralysie du sciatique poplité externe...

3-DÉFICIENCE IMPORTANTE (TAUX : 50 À 75 P. 100)

Limitant la réalisation de certaines activités de la vie courante ou ayant un retentissement important sur la vie sociale, professionnelle et domestique.

Exemple :

-athétose importante, paralysie complète du plexus brachial, hémiplégie ou paraplégie motrice incomplète permettant une marche satisfaisante et indépendante.

4-DÉFICIENCE SÉVÈRE (TAUX : 80 À 90 P. 100)

Rendant les déplacements très difficiles ou impossibles ou empêchant certaines activités de la vie courante ou empêchant la réalisation d'un ou plusieurs actes essentiels.

Exemple :

-para-ou tétraplégie complète sur le plan moteur, hémiplégie massive, athétose sévère, grands syndromes cérébelleux des quatre membres.

V-DÉFICIENCES PAR ALTÉRATION DES MEMBRES

Inclus : amputation, raccourcissement ; dans le cas d'une lésion acquise, on prendra en compte l'atteinte du membre dominant, appréciée plus favorablement que celle de l'autre membre.

1-DÉFICIENCE LÉGÈRE (TAUX : 1 À 20 P. 100)

Sans retentissement sur la vie sociale, professionnelle et domestique ou sur la réalisation des actes de la vie courante.

Exemple :

-amputations partielles ou isolées des doigts ou des orteils, raccourcissement minime...

2-DÉFICIENCE MODÉRÉE (TAUX : 20 À 40 P. 100)

Gênant la réalisation de certaines activités de la vie courante ou ayant un retentissement modéré sur la vie sociale, professionnelle ou domestique.

Exemple :

-amputation d'un pouce, ou du gros orteil ou de plusieurs doigts ou orteils, de l'avant-pied, raccourcissement gênant (boiterie).

3-DÉFICIENCE IMPORTANTE (TAUX : 50 À 75 P. 100)

Limitant la réalisation de certaines activités de la vie courante ou ayant un retentissement important sur la vie sociale professionnelle ou domestique.

Exemple :

-amputation de jambe ou de cuisse (appareillée), ou de l'avant-bras, du coude ou de l'épaule, unilatérale côté non dominant.

4-DÉFICIENCE SÉVÈRE (TAUX : 80 À 90 P. 100)

Rendant les déplacements très difficiles ou impossibles ou empêchant la réalisation d'un ou plusieurs actes essentiels.

Exemple :

-désarticulation de hanche, d'épaule ou du coude dominant ; ou amputation bilatérale des membres supérieurs.

CHAPITRE VIII DÉFICIENCES ESTHÉTIQUES

Ce chapitre vise à prendre en compte les problèmes d'adaptation sociale rencontrés par les sujets souffrant d'anomalies majeures de leur apparence physique, à l'exclusion de l'incapacité fonctionnelle qui pourrait être associée.

Lorsque ces problèmes morphologiques s'accompagnent d'incapacité fonctionnelle, il conviendra de se reporter au chapitre correspondant à la fonction intéressée :

Exemples :

-amputation : voir déficiences motrices ;

-énucléation : voir déficiences visuelles.

1-DÉFICIENCE ESTHÉTIQUE LÉGÈRE (TAUX : 1 À 10 P. 100)

Entraînant une gêne et quelques interdits rares mais pas de retentissement notable dans la vie sociale ou professionnelle habituelle.

Exemples :

-séquelles de brûlure ou cicatrices étendues respectant globalement les parties habituellement découvertes du corps (main, face, cou).

2-DÉFICIENCE ESTHÉTIQUE MOYENNE (TAUX : 15 À 35 P. 100)

Pouvant avoir un retentissement sur la vie sociale et professionnelle du sujet et pouvant entraîner des interdits multiples (relations publiques).

Exemple :

-séquelles de brûlure ou cicatrices étendues atteignant les parties découvertes, en respectant globalement la morphologie générale et la mimique faciale.

3-DÉFICIENCE ESTHÉTIQUE IMPORTANTE (TAUX : 50 À 60 P. 100)

Entravant considérablement toute la vie sociale pour le sujet.

Exemple :

-séquelles de brûlures ou cicatrices de la face entraînant une défiguration complète par atteinte majeure de la morphologie et des orifices, et apportant des troubles notables à la mimique faciale (paupières essentiellement puis bouche, nez).

4-DÉFICIENCE ESTHÉTIQUE SÉVÈRE (TAUX : 65 À 85 P. 100)

Exemple :

-défiguration complète interdisant toute vie sociale et professionnelle.