

Annexe au décret n° 2004-1136 du 21 octobre 2004

Annexe 2-4 (guide barème)

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE p. 37291

Décret n° 2004-1136 du 21 octobre 2004 relatif au code de l'action sociale et des familles (partie Réglementaire)

NOR : SOCA0422170D

A N N E X E

..... (extrait)

Code de l'action sociale et des familles
Partie Réglementaire

Titre IV - Personnes handicapées
Chapitre I - Dispositions générales
Section 1 - Prestations

Article R. 241-1

Les dispositions des articles R. 231-2, R. 231-3, R. 231-4 et R. 231-5 sont applicables aux personnes handicapées mentionnées à l'article L. 241-1.

Article R. 241-2

Le taux d'incapacité mentionné au titre IV du livre II est apprécié suivant le guide-barème figurant à l'annexe 2-4.

Article R. 241-3

Les personnes handicapées qui, à la date du 8 novembre 1993, bénéficiaient de la carte d'invalidité, de l'allocation d'éducation spéciale ou de l'allocation compensatrice mentionnées respectivement aux articles L. 241-3, L. 242-14 et L. 245-1, à la suite de la reconnaissance d'un taux d'incapacité apprécié suivant le barème d'invalidité prévu à l'article L. 9 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, se voient appliquer les dispositions suivantes :

1° le taux d'incapacité ainsi déterminé antérieurement au 8 novembre 1993 ne peut être réduit du seul fait de l'application du guide-barème mentionné à l'article R. 241-2, jusqu'à la fin de la période pour laquelle ledit taux a été reconnu ;

2° à l'issue de cette période et lors des renouvellements ultérieurs :

a) si une amélioration de l'état de la personne handicapée est constatée, le taux d'incapacité est apprécié suivant le guide-barème mentionné à l'article R. 241-2 ;

b) si l'état de la personne handicapée n'a pas évolué ou s'il s'est dégradé, le taux d'incapacité reconnu antérieurement est reconduit si ce taux s'avère plus favorable pour le bénéficiaire que celui prévu par le guide-barème mentionné à l'article R. 241-2.

.....(fin extrait)

ANNEXE 2-4

GUIDE-BAREME POUR L'EVALUATION DES DEFICIENCES ET INCAPACITES DES PERSONNES HANDICAPEES

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.

CHAPITRE IER

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 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'acquérir 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'inaptitude 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. À 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, aucun 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 le 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 Ier, 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) Insertion socioprofessionnelle possible en milieu ordinaire (emploi protégé ou aménagé) ; retard mental léger : il s'appréciera autant en fonction 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, insertion 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 inadaptes, 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'inaptitude 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.

$$pm\ dB = \frac{p\ dB + p\ dB + P\ dB + P\ dB}{4}$$

$$500 + 1\ 000 + 2\ 000 + 4\ 000$$

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

De même l'existence de vertiges majore arithmétiquement le taux d'incapacité lié à la perte auditive (taux : de 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

Déficiences du 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 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 œil.

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 œil. 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.

Application de EASTERMAN SYSTEM à l'évaluation du déficit binoculaire

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) Quadransopsie : 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° à 30° (taux : 0 à 5 p. 100) ;

de 30° à 20° (taux : 16 p. 100) ;

de 20° à 10° (taux : 32 p. 100) ;

inférieure à 10° (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 juxtacentraux 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 décompensation (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

Larmolement, 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

DÉFICIENCES GÉNÉRALES ET VISCÉRALES

Les déficiences énumérées dans ce chapitre étaient jusqu'à présent peu ou mal prises en compte par les différentes commissions ayant à en connaître. Aussi, il a paru important aux rédacteurs de ce guide-barème de bien préciser l'esprit dans lequel il a été élaboré.

Le principe qui a présidé à cette proposition de guide a été de fonder l'évaluation des taux d'incapacité sur l'importance de la ou des déficiences et des incapacités fonctionnelles subies par la personne, et non sur la nature de l'affection médicale qui en est l'origine. Il en est ainsi des affections telles que sclérose en plaques, mucoviscidose, diabète grave.

Selon leur importance, déficiences et incapacités fonctionnelles peuvent être évaluées selon une échelle divisée généralement en 5 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 domestique habituelle.
2. Troubles d'importance moyenne entraînant des interdits multiples et quelques signes cliniques d'incapacité fonctionnelle, permettant cependant le maintien de l'autonomie du sujet dans la vie quotidienne.
3. Troubles importants obligeant à des aménagements notables de la vie quotidienne limitée au logement ou à l'environnement immédiat. Autonomie conservée pour les actes élémentaires de la vie quotidienne (toilette, habillage, alimentation). Ce niveau de troubles définit l'obtention d'un taux au moins égal à 50 p. 100.
4. Déficience grave entraînant la perte de l'autonomie pour la plupart des actes essentiels de la vie quotidienne. Cela définit en principe le seuil de 80 p. 100.
5. Déficience sévère entraînant un état de dépendance totale et permanente.

Le seuil de 80 p. 100 est donc défini comme celui de la perte d'autonomie dans la vie quotidienne.

A l'intérieur de chaque classe, la modulation du taux sera appréciée également en fonction du retentissement du handicap (désavantage) secondaire à ses incapacités dans la vie socioprofessionnelle (au plan de la mobilité, de la capacité économique du sujet, de la capacité d'intégration).

Outre cette échelle, d'autres données plus spécifiques sont apparues comme devant être prises en compte dans ce chapitre des maladies viscérales ou générales :

1. Les contraintes liées au traitement ou aux techniques de compensations, par exemple dans le cas de l'insuffisance rénale (hémodialyse), des ablations (les stomies), et des greffes d'organe (pendant la durée du traitement).

2. Les contraintes liées à l'évolutivité de la déficience lorsque cette évolutivité est connue comme très rapide.
 3. Les contraintes liées au risque de mort subite même si les éléments d'incapacité permanente sont très discrets. Dans les cas fréquents d'une déficience viscérale ou générale ayant entraîné à titre de complications d'autres déficiences (visuelles, motrices...) secondaires, il conviendra de se reporter aux chapitres correspondant à chacune des déficiences concernées.
- Exemples : diabète isolé : voir déficiences endocriniennes ; diabète avec lésions oculaires, rénales... se reporter aux déficiences oculaires, rénales...
- Les différents taux s'ajoutent selon les règles habituelles.

SECTION 1

DÉFICIENCES DE LA FONCTION CARDIO-VASCULAIRE

I. DÉFICIENCES DE LA FONCTION CARDIAQUE

Seules les affections chroniques et invalidantes de façon durable sont prises en compte pour l'évaluation. L'étiologie est souvent différente chez l'enfant et chez l'adulte. L'évaluation se fera non pas en fonction de l'étiologie ou de l'accessibilité à un traitement médicamenteux ou chirurgical (qui gardent leur importance pour déterminer l'évolutivité de l'affection, mais ne donnent que peu d'informations sur le retentissement fonctionnel), mais en fonction du retentissement fonctionnel de l'affection.

Les critères retenus pour évaluer le taux d'incapacité sont, quelle que soit l'étiologie :

- des critères cliniques :
 - essentiellement la gêne fonctionnelle ou la douleur à l'effort (dyspnée d'effort ou angor) ;
 - les signes propres à l'insuffisance ventriculaire droite ou gauche ;
- des critères paracliniques qui peuvent, selon le type d'affection, être :
 - électrocardiographiques (éventuellement épreuve d'effort ou Holter) ;
 - échocardiographiques si possible ;
 - ou biologiques (saturation en oxygène au repos et/ou, à l'effort, hémocrite par exemple dans les cardiopathies congénitales cyanogènes).

1. Quatre niveaux d'incapacité sont définis comme suit (quel que soit le type de pathologie) :

a) Déficience légère totalement compensée par le traitement, quelques interdits rares, mais pas d'incapacité dans la vie socioprofessionnelle ou domestique habituelle. Les activités physiques ordinaires n'induisent pas ou peu de fatigue, de palpitations ou de dyspnée (taux : 1 à 20 p. 100) : troubles subjectifs sans support organique (palpitations...) ; cardiopathie congénitale ou acquise ayant bénéficié avec succès d'une cure chirurgicale palliative ou réparatrice.

b) Déficience modérée entraînant des interdits multiples et quelques signes cliniques d'incapacité fonctionnelle (malgré le traitement médical) permettant cependant le maintien de l'autonomie du sujet dans la vie quotidienne et socioprofessionnelle. Dyspnée ou angor à moins de deux étages : signes électro- et échocardiographiques en rapport avec les manifestations cliniques (taux : 20 à 45 p. 100).

c) Déficience importante obligeant à des aménagements notables de la vie quotidienne avec cependant autonomie pour les actes élémentaires de la vie quotidienne. Signes cliniques permanents ou répétés entravant tout effort (moins d'un étage) (taux : 50 à 75 p. 100) :

Insuffisance cardiaque droite ou gauche ou troubles du rythme sévères compensés par le traitement médical ;
Signes E.C.G. et échocardiographiques en rapport avec ces manifestations ;

Cardiopathie congénitale cyanogène avec saturation en oxygène comprise entre 70 et 80 p. 100 au repos et/ou ayant une polyglobulie avec une hémocrite supérieure à 65 p. 100. Une hypertension artérielle pulmonaire fixée justifie toujours d'un taux au moins égal à 50 p. 100 et qui peut atteindre 80 p. 100 en fonction du retentissement fonctionnel (voir ci-dessus).

d) Déficience sévère de la fonction entraînant un état de dépendance pour la plupart des actes de la vie quotidienne. Dyspnée ou angor au moindre effort ou au repos (taux : 80 à 90 p. 100) : insuffisance cardiaque décompensée ou compensée de façon précaire et instable par la thérapeutique ; troubles de rythme graves et récidivants malgré le traitement (tachycardie ventriculaire récidivante par exemple...) ; angor permanent ou quasi permanent rebelle au traitement ; cardiopathie congénitale cyanogène avec saturation en oxygène de base inférieure à 70 p. 100, ou/et inférieure à 50 p. 100 après effort modéré.
signes E.C.G. et échocardiographiques : en rapport avec l'affection.

2. Cas particuliers (taux de base dans ces cas) :

- a) transplantation : compte tenu des contraintes thérapeutiques (taux : 50 à 75 p. 100) ;
- b) stimulateur cardiaque (taux : 20 p. 100) ;

c) risque de mort subite : si risque indéfini : non quantifiable en matière d'incapacité ;
Ne peut être quantifié que sur l'existence de troubles du rythme l'E.C.G. (éventuellement épreuve d'effort ou Holter) ou d'altération de la fonction cardiaque à l'échocardiographie. Dans ce cas se reporter aux paragraphes précédents.

II. DÉFICIENCES VASCULAIRES PÉRIPHÉRIQUES

1. Artérites :

L'incapacité sera appréciée en tenant compte de critères : cliniques : pouls, claudication intermittente, douleurs, troubles trophiques ; paracliniques : Doppler, artériographie ou angiographie numérisée.

a) Formes légères (taux : 1 à 15 p. 100) : quelques interdits rares mais pas d'incapacité dans la vie socioprofessionnelle ou domestique habituelle : disparition d'un pouls distal avec sténose incomplète au Doppler chez un sujet asymptomatique ; claudication intermittente à la marche rapide et prolongée.

b) Formes modérées (taux : 15 à 45 p. 100) : entraînant des interdits multiples et quelques signes d'incapacité fonctionnelle : impossibilité de courir ou de porter des charges lourdes, périmètre de marche limité avec claudication intermittente permettant cependant le maintien de l'autonomie du sujet dans la vie quotidienne et socioprofessionnelle, nécessité d'un traitement continu.

Explorations complémentaires (Doppler) confirmant le tableau clinique.

Peut comprendre également les pontages périphériques avec bon résultat sur le plan clinique.

c) Formes importantes (taux : 50 à 75 p. 100).

Avec claudication intermittente, marche lente et réduction du périmètre de marche au logement ou à l'environnement immédiat.

Maintien de l'autonomie pour les actes élémentaires de la vie quotidienne.

Nécessité d'un traitement continu.

Comprend les pontages périphériques de résultat clinique médiocre.

Examens paracliniques confirmant le tableau clinique.

d) Formes sévères (taux : 80 à 90 p. 100).

Nota. - Atteinte isolée d'un membre inférieur, se reporter au chapitre Déficiences de l'appareil locomoteur.

Atteintes massives et généralisées aboutissant à des mutilations répétées entraînant un état de dépendance pour la plupart des actes de la vie quotidienne.

Troubles trophiques marqués et douleurs de décubitus.

2. Atteintes veineuses (primitives ou postphlébitiques) : l'incapacité sera appréciée essentiellement sur des signes cliniques : troubles fonctionnels (douleurs à la station debout prolongée), signes d'examen (dilatations veineuses, oedème, troubles trophiques, ulcères).

a) Formes légères (taux : 1 à 15 p. 100) : avec dilatations veineuses, troubles fonctionnels notables, oedème vespéral.

b) Formes modérées (taux : 15 à 45 p. 100) : avec dilatations veineuses, troubles fonctionnels marqués, oedème important et existence de troubles trophiques (ulcères répétés).

c) Formes importantes (taux : 50 à 75 p. 100) : dilatations veineuses massives, troubles trophiques graves (ulcères) et oedème très important gênant la marche qui est limitée au logement ou à l'environnement immédiat. phlébites répétées nécessitant une surveillance et un traitement continu (maladie thrombo-embolique).

3. Troubles angio-neurotiques : ils s'apprécieront sur des critères identiques.

Exemples :

a) formes légères (taux : 1 à 15 p. 100) ;

b) formes modérées (taux : 15 à 45 p. 100).

III. HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Dans les hypertensions artérielles graves, l'appréciation du taux d'incapacité se basera essentiellement sur les conséquences viscérales de cette hypertension artérielle (reins, encéphale, oeil, coeur...).

Il conviendra donc, dans ces cas, de se reporter aux chapitres correspondant à ces organes.

L'incapacité liée aux hypertensions artérielles isolées pourra être évaluée de la manière suivante :

1. L'hypertension artérielle limite, éventuellement labile, ne nécessitant pas de traitement continu, ne sera pas prise en compte.

2. L'hypertension artérielle permanente, nécessitant un traitement continu, imposant au patient quelques interdits dans la vie courante concernant le mode de vie et l'alimentation (régime) ainsi que quelques troubles subjectifs transitoires (céphalées, étourdissements, mouches volantes...) (taux : 1 à 10 p. 100).

3. L'hypertension artérielle permanente, instable et persistante malgré le traitement médical continu avec troubles subjectifs importants (céphalées, malaises...) (taux : 15 à 30 p. 100).

SECTION 2

DÉFICIENCES DE LA FONCTION RESPIRATOIRE

La pathologie présentée n'est prise en compte que lorsque son évolution peut être considérée comme chronique (durée d'évolution supérieure à six mois) malgré un traitement bien conduit. Les critères fonctionnels sont recueillis à l'état stable et en dehors de tout événement intercurrent pouvant les détériorer transitoirement.

Les manifestations cliniques peuvent être paroxystiques (asthme) ou continues.

La déficience de la fonction respiratoire est appréciée par :

- des éléments cliniques (bronchorrhée, dyspnée, expectoration, tirage, cyanose, signes cliniques de l'hypertension artérielle pulmonaire...);
- des éléments paracliniques.

Actuellement, les examens habituellement utilisés pour évaluer la déficience respiratoire peuvent comporter, en fonction de la gravité de la déficience : spirométrie ; gaz du sang (GDS) ; épreuve d'effort ; test de transfert du CO.

Le taux d'incapacité sera apprécié en se référant à ces critères cliniques, et paracliniques.

Si la concordance entre ces critères n'est pas toujours parfaite, ils permettent cependant de préciser correctement le seuil de 80 p. 100. Dans tous les cas l'évaluation du taux se basera sur l'ensemble de ces critères permettant d'apprécier la gêne fonctionnelle réelle pour le sujet dans sa vie quotidienne.

On prendra en compte comme pour les autres chapitres les déficiences associées éventuelles (motrices, neurologiques altération importante de l'état général...).

Les déficiences de la fonction respiratoire peuvent être réparties en quatre classes définies comme suit :

1. DÉFICIENCE LÉGÈRE (TAUX : 1 À 15 P. 100)

Selon l'importance de la gêne fonctionnelle : pas de retentissement dans les conditions normales de la vie quotidienne et socioprofessionnelle.

Signes cliniques : ils peuvent se présenter sous forme de :

- crises de dyspnée paroxystique fréquentes non quotidiennes ;
- bronchorrhée chronique persistante tout au long de la journée.

Examens paracliniques :

- déficit fonctionnel ventilatoire avec une capacité vitale (CV) un volume expiratoire maximal seconde (VEMS) ou une capacité pulmonaire totale (CPT) compris entre 71 et 80 p. 100 de la valeur théorique, ou
- anomalies de l'épreuve d'effort maximum, ou
- test de transfert du CO entre 61 et 80 p. 100 de la valeur théorique.

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

Selon l'importance de la gêne fonctionnelle : quelques limitations dans la vie quotidienne et socioprofessionnelle ;

signes cliniques : dyspnée paroxystique contrôlée par traitement continu avec crises fréquentes (moins d'une dizaine de crises par mois à titre indicatif) ; gêne respiratoire avec quelques limitations dans la vie quotidienne et socioprofessionnelle (impossibilité de courir, de porter des charges lourdes, montée lente des escaliers limitée à un ou deux étages) ; épisodes infectieux bronchiques répétés mais sans retentissement majeur sur la vie sociale et professionnelle.

Signes paracliniques : soit déficit fonctionnel ventilatoire avec une CV, un VEMS ou une CPT compris entre 61 et 70 p. 100 de la valeur théorique ; soit apparition d'une hypoxémie à l'exercice ($PaO_2 < 70$ mmHg) ; soit test de transfert du CO entre 51 et 60 p. 100 de la valeur théorique.

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

Selon l'importance de la gêne fonctionnelle : aménagements notables de la vie quotidienne : marche lente avec périmètre de marche limité au logement et à l'environnement immédiat, montée des escaliers limitée à un étage, port de charges impossible, autonomie conservée pour les actes de la vie quotidienne.

Signes cliniques : dyspnée à la marche lente (ne peut plus marcher à son pas) ; ou signes de retentissement cardiaque ; ou asthme à dyspnée continue malgré le traitement ou avec crises sévères (à titre indicatif, plus d'une dizaine par mois).

Signes paracliniques : soit un déficit fonctionnel ventilatoire avec CV, VEMS ou CPT compris entre 40 et 60 p. 100 de la valeur théorique ; soit une hypoxémie au repos comprise entre 60 et 70 mmHg ; soit une hypoxémie d'effort comprise entre 60 et 50 mmHg ($60 > PaO_2 > 50$ mmHg) ; soit des signes électriques et radiologiques de retentissement cardiaque droit.

Cas particulier de la mucoviscidose : on attribuera un taux compris entre 50 et 75 p. 100 dans les cas suivants : syndrome bronchique avec toux et expectoration nécessitant le recours à une kinésithérapie quotidienne ; syndrome infectieux bronchique limité à une colonisation chronique à staphylo ou à *haemophilus* traité par antibiothérapie orale épisodique ; syndrome infectieux sinusien caractérisé par une altération de l'image radiologique sans polyposé ;

épreuves fonctionnelles respiratoires caractérisées à ce stade par un abaissement du VEMS ; absence de désaturation nocturne ou à l'effort ; image radiologique caractérisée par un début de foyers d'impactions mucoïdes, un emphysème modéré.

L'atteinte de la fonction respiratoire s'inscrit ici dans un cadre clinique correspondant à une atteinte cotée entre 80 et 100 dans le score de Shwachman où se trouvent pris en compte :

- l'activité générale ;
- l'examen clinique ;
- la nutrition ;
- l'image thoracique.

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

Selon l'importance de la gêne fonctionnelle : perte de l'autonomie pour les actes de la vie quotidienne.

Signes cliniques : insuffisance respiratoire grave avec dyspnée continue et tirage au repos et à la parole, cyanose ; dyspnée à la moindre activité de la vie courante ; insuffisance cardiaque droite permanente ; insuffisance respiratoire sévère nécessitant une assistance ventilatoire continue et entraînant une dépendance totale et permanente.

Signes paracliniques : déficit fonctionnel ventilatoire avec une CV, un VEMS ou une CPT inférieur à 40 p. 100 de la valeur théorique ; hypoxémie de repos avec $PaO_2 < 50$ mmHg, ou signes permanents périphériques et électrocardiographiques de retentissement ventriculaire droit.

Cas particulier de la mucoviscidose : toute situation clinique du premier âge inaugurée par une détresse néonatale inductrice de forme pulmonaire sévère dès les premières années de la vie justifie de l'attribution d'un taux au moins égal à 80 p. 100.

Le taux de 80 p. 100 sera également attribué lors de la survenue :

- d'un broncho-spasme surajouté, ou
- d'atteintes bronchiques caractérisées par l'implantation du pseudomonas en entraînant le recours à l'antibiothérapie orale ou intraveineuse séquentielle ou sur demande médicale, ou
- d'une toux constante, expectoration mucopurulente, souvent dyspnée, cyanose, hippocratisme digital.

Anomalie des épreuves fonctionnelles respiratoires (VEMS ou CPT) amputées de 40 p. 100 de la valeur théorique.

Perturbation des constantes gazométriques : chute de la PO_2 au-dessous de 60, désaturation nocturne ou à l'effort nécessitant une oxygénothérapie 15 heures sur 24.

Sur le plan clinique général, ces situations correspondent à un score de Shwachman au-dessous de 60.

On prendra en compte les déficiences associées lorsqu'elles existent selon les modalités habituelles.

Notamment pour la mucoviscidose, on se reportera à la section sur les déficiences de la fonction digestive (section 3) (déficiences du pancréas exocrine, déficiences de la fonction hépatique) sur les déficiences d'origine endocrinienne et/ou métabolique (section 5) ainsi que les troubles de la vie affective et émotionnelle (chapitres Ier et II) (taux : 1 à 15 p. 100).

II. CAS PARTICULIERS

1. PATHOLOGIE TUMORALE

Cancers bronchiques, pulmonaires et pleuraux (durée limitée à deux ans avec réévaluation des séquelles ensuite) (taux supérieur à 80 p. 100).

2. SÉQUELLES D'EXÉRÈSE CHIRURGICALE

Se reporter aux critères d'insuffisance respiratoire (I).

Exemples :

- pneumectomie partielle avec poumon sain par ailleurs entraînant une impossibilité de courir ou de porter des charges lourdes, montée lente des escaliers limitée à un ou deux étages (taux : 20 à 45 p. 100) ;
- pneumectomie totale entraînant une déficience importante (taux : 50 à 75 p. 100).

3. TRANSPLANTATION PULMONAIRE.

Elle justifie à elle seule d'un taux au moins égal à 50 p. 100 pouvant atteindre 80 p. 100 en cas de surinfections bronchiques répétées, de contraintes thérapeutiques lourdes, ou de pathologie sous-jacente restant évolutive.

4. LA DOULEUR

On majorera arithmétiquement le taux proposé de 1 à 5 p. 100 en cas de douleur.

SECTION 3

DÉFICIENCES DE LA FONCTION DE DIGESTION

Les rédacteurs proposent un guide, d'une part, pour la fonction digestive que l'on pourrait qualifier de mécanique et, d'autre part, pour la fonction hépatique qui a été isolée.

Les troubles doivent être suffisamment durables pour retentir sur la vie quotidienne et socioprofessionnelle.

I. DÉFICIENCES DE L'APPAREIL DIGESTIF

Les critères permettant d'évaluer le retentissement fonctionnel des déficiences de l'appareil digestif sont les suivants : les troubles de la prise alimentaire ; les troubles du transit ; les troubles sphinctériens ; l'état général, les manifestations cliniques pouvant être paroxystiques ou continues.

La gêne fonctionnelle permettra de moduler, si besoin, les taux à l'intérieur des fourchettes en fonction du niveau de gêne fonctionnelle constatée. Pour ce qui concerne les douleurs, en fonction de leur importance, un taux estimatif sera ajouté sur la capacité restante.

Quatre niveaux de déficience peuvent être définis :

1° Déficience légère sans retentissement dans les conditions normales de la vie quotidienne et socioprofessionnelle : nausées épisodiques ; diarrhées ou constipation occasionnelles cédant rapidement sous traitement ; douleurs à la défécation ; hémorragie cédant sous traitement symptomatique.

Ces troubles fonctionnels ne retentissent pas sur l'état général et les examens cliniques sont normaux (taux : 1 à 15 p. 100).

2° Déficience moyenne avec quelques limitations dans la vie quotidienne et socioprofessionnelle (taux : 20 à 40 p. 100) : nausées fréquentes avec vomissements nécessitant un traitement permanent ; diarrhée ou constipation répétée nécessitant un traitement permanent ; troubles sphinctériens à type de fistule laissant le passage de certaines matières. Ces troubles fonctionnels ne retentissent pas sur l'état général de façon importante (la perte pondérale étant inférieure à 10 p. 100 du poids du corps). L'asthénie reste modérée mais les examens paracliniques mettent en évidence des anomalies.

3° Déficience importante obligeant à des aménagements de la vie quotidienne (taux : 50 à 75 p. 100) : gêne à la prise alimentaire avec impossibilité de prise des aliments solides ; anorexie sévère ; diarrhée permanente malgré le traitement ; incontinence fécale partielle.

Tous ces troubles retentissent sur l'état général de façon importante avec une perte pondérale de 10 à 20 p. 100 du poids du corps et une asthénie marquée. Les examens paracliniques mettent par ailleurs en évidence une pathologie organique manifeste.

4° Déficience sévère avec abolition totale d'une fonction de l'appareil digestif (taux de 80 à 90 p. 100) : incapacité de s'alimenter ou anorexie totale nécessitant une alimentation artificielle ; diarrhée permanente totale telle que toute prise alimentaire per os est impossible ; incontinence fécale totale.

Tous ces troubles fonctionnels retentissent de façon sévère avec une perte pondérale supérieure à 20 p. 100 du poids du corps entraînant un état cachectique. Les examens paracliniques mettent en évidence une pathologie organique grave.

Cas particuliers :

1° Les phénomènes douloureux étant des symptômes subjectifs, il a été proposé de rajouter un taux sur la capacité restante, soit :

10 p. 100 pour les douleurs épisodiques n'entravant pas la vie quotidienne et nécessitant un traitement occasionnel ;

20 p. 100 pour les douleurs beaucoup plus fréquentes gênant la vie quotidienne et nécessitant un traitement permanent ;

30 p. 100 pour les douleurs permanentes retentissant sur l'état général avec des manifestations physiques telles qu'un faciès douloureux et un aspect dépressif entravant toute activité.

2° Cas particulier des stomies définitives : colostomie : 70 p. 100 ; oesophagostomie, gastrostomie, jéjunostomie, iléostomie : 80 p. 100.

On majorera le taux lorsque l'appareillage est rendu difficile (obésité, maigreur, difficultés de manipulation, malvoyance...).

3° Iléostomie sur iléus méconial à la naissance, 80 p. 100 jusqu'à l'âge de trois ans, évaluation à nouveau dans la quatrième année.

4° Les excrèses :

Pour la gastrectomie partielle ou totale, le taux sera fixé en fonction des éléments ci-dessus, la gêne fonctionnelle pouvant être très variable.

Pour les résections intestinales, le taux sera fixé en fonction de la gêne fonctionnelle séquellaire et de l'obligation ou non d'une stomie.

II. DÉFICIENCES DE LA FONCTION HÉPATIQUE

Les critères permettant d'évaluer le retentissement fonctionnel sont les suivants :

les signes cliniques d'examen ;

les signes biologiques ;

les signes histologiques (ponction biopsique hépatique) ;

le retentissement sur l'état général et les complications : hypertension portale, varices oesophagiennes, insuffisance hépatique, encéphalopathie hépatique, hépatocarcinome.

Nota. - L'atteinte hépatique aiguë sans séquelles ne sera pas prise en compte.

1. Déficience hépatique légère avec atteinte chronique bien compensée (taux : 1 à 15 p. 100) :

avec perturbations biologiques ;

test de cytololyse inférieur à cinq fois le taux normal ;

sans hypertension portale ;

sans encéphalopathie ;

sans insuffisance hépatique.

2. Déficience hépatique moyenne avec atteinte chronique et quelques signes de décompensation (taux : 20 à 45 p. 100) :

avec perturbation des tests de cytololyse supérieurs X5 ou gamma globulines sériques supérieures à 20g/l ;

hypertension portale ;

varices oesophagiennes sans hémorragie ;

pas d'encéphalopathie, suivant les douleurs, l'importance et la gravité des poussées et le retentissement sur l'état général.

3. Déficience hépatique importante avec signes de décompensation majeurs mais réductibles (taux : 50 à 75 p. 100) :

épisodes hémorragiques contrôlés par le traitement ;

épisodes ascitiques contrôlables ou épisodes d'encéphalopathies invalidantes.

4. Déficience hépatique sévère lorsqu'il existe plusieurs signes de décompensation cités ci-dessous (taux : plus de 80 p. 100) :

ascite irréductible ;

hémorragies graves répétées ;

encéphalopathie prolongée avec détérioration intellectuelle grave.

Cas particuliers (taux : plus de 80 p. 100) :

les tumeurs du foie :

hépatocarcinome ou tumeur secondaire ;

angiosarcome du foie.

Transplantation hépatique (taux : plus de 50 p. 100).

Déficience du pancréas exocrine :

greffe du pancréas : 70 p. 100.

SECTION 4

DÉFICIENCES DES FONCTIONS RÉNALES ET URINAIRES

I. DÉFICIENCE RÉNALE

Le terme de déficience rénale couvre un champ plus large que celui d'insuffisance rénale.

La déficience rénale prend en compte en effet les situations où l'atteinte de l'appareil urinaire se traduit par des signes cliniques avec ou sans insuffisance rénale.

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE CAS 37633

1. Déficience rénale légère (taux : 1 à 15 p. 100) :

imposant une surveillance clinique et biologique régulière, sans retentissement sur la vie quotidienne et socioprofessionnelle.

Exemples :

pathologies avec hématurie ou protéinurie isolée, manifestations cliniques bien compensées,

manifestations biologiques d'intensité légère (clairance de la créatinine supérieure à 70 ml/mn).

tubulopathie chronique avec manifestations cliniques et métaboliques nécessitant une surveillance biologique et clinique régulière.

2. Déficience rénale modérée (taux : 15 à 45 p. 100) :

imposant une surveillance clinique et biologique régulière, un régime ou un traitement médicamenteux, mais compatible avec une vie professionnelle adaptée.

Insuffisance rénale dont la clairance de la créatinine est comprise entre 30 p. 100 et 70 p. 100 de la

normale, manifestations cliniques modérées (asthénie, anémie, hypertension artérielle, syndrome néphrotique).

Tubulopathie chronique avec manifestations cliniques et métaboliques (diabète insipide, hypokaliémie, hyponatrémie, hypercalciurie, acidose, etc.) imposant surveillance régulière, diététique et traitement adaptés. Lithiase (l'insuffisance rénale ou les conséquences parenchymateuses étant évaluées pour leur propre compte) avec crises douloureuses hématuriques, épisodes de surinfection.

3. Déficience rénale importante (taux : 50 à 75 p. 100) :

non compensée par le régime et le traitement, retentissant de façon marquée sur la vie quotidienne et professionnelle.

Clairance de la créatinine inférieure à 30 ml/mn et supérieure à 10 ml/mn.

Insuffisance rénale grave avec manifestations cliniques permanentes (anémie, hypertension artérielle, syndrome néphrotique, manifestations osseuses ou neuromusculaires).

4. Déficience rénale sévère (taux : 80 à 95 p. 100) :

Clairance de la créatinine < 10 ml/mn.

Insuffisance rénale chronique sévère nécessitant un traitement de suppléance (dialyse péritonéale, rein artificiel) selon le degré de compensation clinique, le retentissement sur la vie quotidienne et professionnelle.

Remarque : l'insuffisance rénale greffée sera évaluée selon la valeur de la fonction rénale rétablie (se reporter pour cela à l'échelle fonctionnelle), la tolérance du traitement immunosupresseur, la persistance de manifestations cliniques d'insuffisance rénale. Le taux sera d'au moins 30 p. 100.

II. DÉFICIENCES DE L'APPAREIL URINAIRE

Sont prises en compte les anomalies fonctionnelles de l'appareil urinaire (rétention ou incontinence), étayées par la pratique d'examen paracliniques chaque fois que possible.

Les douleurs, lorsqu'elles sont présentes, seront évaluées de façon indépendante, et leur taux estimé ajouté, selon la règle habituelle.

Les douleurs :

douleurs épisodiques modérées (taux : 5 à 10 p. 100) ;

douleurs fréquentes, perturbant l'activité quotidienne (taux : 2 p. 100) ;

douleurs quasi-permanentes, retentissant sur l'état général (taux : 30 p. 100).

1. Les troubles fonctionnels :

a) troubles fonctionnels légers ou intermittents (pollakiurie, dysurie, incontinence urinaire intermittente en orthostatisme) (taux : 1 à 20 p. 100).

b) troubles fonctionnels permanents :

incontinence urinaire :

compte tenu de l'appareillage et de la gêne fonctionnelle résiduelle (taux : 50 à 60 p. 100).

Rétention urinaire :

37634 CAS JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

permanente nécessitant la pose d'une sonde urinaire (taux : 70 p. 100) ;

rétention urinaire contrôlée (mictions par percussion) (taux : 50 p. 100) ;

stomies chirurgicales (cytostomie, urétérostomie) selon la tolérance (taux : 70 à 80 p. 100).

En cas de plusieurs stomies quelle qu'en soit la nature (taux : 80 p. 100).

SECTION 5

DÉFICIENCES D'ORIGINE ENDOCRINIENNE, MÉTABOLIQUE ET ENZYMATIQUE

L'éventail de ces déficiences est tel qu'il n'est pas possible de proposer un guide exhaustif (qui, d'ailleurs, n'aurait qu'une réalité éphémère), c'est pourquoi il n'est proposé que quelques exemples-repères cliniques parmi les plus souvent rencontrés, qui permettront au médecin de se situer par rapport au sujet examiné.

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 déplacements, de l'activité, etc.) et le poids des contraintes médicales inhérentes à cette déficience (régime, traitements médicamenteux, surveillance régulière).

Les examens paracliniques seront pris en compte pour quantifier l'importance du désordre métabolique, et contrôler éventuellement son équilibre.

L'existence de complications viscérales, fréquentes dans ce domaine, impose le recours aux chapitres ad hoc.

I. DIABÈTE (SUCRE)

1. Diabète non insulino-dépendant impliquant régime, surveillance, éventuellement médicaments administrés par voie orale (taux : 5 à 20 p. 100).

2. Diabète insulino-requérant (type intermédiaire) (taux : 15 à 30 p. 100).
3. Diabète insulino-dépendant équilibré (taux : 25 à 35 p. 100).
4. Diabète insulino-dépendant instable avec incidents hypoglycémiques et/ou céto-acidosiques fréquents ou graves et/ou avec hospitalisations répétées, difficile à équilibrer avec comas fréquents (taux : 50 à 75 p. 100).

On prendra en compte, selon les règles habituelles, les complications de diabète : visuelles, artéritiques...

II. OBÉSITÉ

1. Obésité modérée, imposant régime continu et surveillance régulière (taux : 1 à 10 p. 100).
2. Obésité marquée, réduisant l'activité, entraînant une gêne fonctionnelle à l'effort (taux : 15 à 40 p. 100).
3. Obésité « monstrueuse » avec dyspnée, limitation des mouvements (taux : 50 à 75 p. 100).

III. NANISME

1. Retard staturo-pondéral simple (taux : 1 à 10 p. 100).
2. Nanisme marqué (1,20 mètre pour l'adulte), harmonieux (taux : 15 à 45 p. 100).
3. Nanisme « dysharmonieux » sévère, achondroplasie, dyschondroplasie (taux : 50 à 75 p. 100).

Ce taux peut atteindre 80 p. 100 s'il y a retentissement fonctionnel majeur.

IV. DÉFICIENCES ENDOCRINIENNES

Hyperthyroïdie.

Hypothyroïdie.

Insuffisance surrénale.

Hypercorticisme (spontané ou iatrogène).

Diabète insipide, etc.

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE CAS 37635

1. Déficience légère imposant un traitement médical continu, une surveillance (taux : 1 à 15 p. 100).
2. Déficience moyenne entraînant une gêne fonctionnelle marquée (fatigue, raideurs) (taux : 15 à 40 p. 100).

Les manifestations cliniques (éventuellement invalidantes) des déficiences enzymatiques sont extrêmement diverses dans leur intensité et leur qualité. Elles peuvent en effet entraîner des troubles dans toutes les sphères fonctionnelles, motrices, mentales, cardio-respiratoires, rénales...

Certaines sont définies au niveau moléculaire, d'autres ne sont définies que par un faisceau convergent de données cliniques, biochimiques et génétiques. Une particularité commune à de nombreuses déficiences enzymatiques est d'être susceptible de s'aggraver et d'entraîner des manifestations majeures lorsque l'individu est placé dans un contexte particulier (physique, alimentaire, toxique médicamenteux, etc.). Il existe donc deux ordres de manifestations susceptibles d'être prises en compte dans l'évaluation :

- les déficiences liées à l'existence de manifestations permanentes ou répétées ;
- le risque de troubles majeurs à l'occasion d'une exposition particulière.

Les taux doivent être à nouveau évalués lorsque le traitement n'est plus aussi contraignant.

I. Déficiences enzymatiques n'entraînant aucune manifestation clinique permanente, mais exposant à des risques majeurs en cas d'exposition à un environnement inadapté, d'effort physique intense, de prise d'aliment ou de médicament particulier (taux : 1 à 15 p. 100).

II. Déficiences enzymatiques entraînant des manifestations permanentes mineures (intolérance à l'effort physique, courbatures, crampes, anémie, troubles digestifs, hématomes, etc.) et exposant à des risques majeurs dans les mêmes circonstances que celles exposées ci-dessus, et donc nécessitant une adaptation de la vie quotidienne et professionnelle (taux : 15 à 40 p. 100).

Exemples : déficit en enzymes de la glycogénolyse et de la glycolyse ; déficit en enzymes impliqués dans la dégradation des acides gras ; déficit des enzymes de la chaîne respiratoire ; hémoglobinopathies mineures ; hypercholestérolémies et hypertriglycéridémies familiales ; hémophilie et autres anomalies de la coagulation, etc.

III. Déficiences enzymatiques entraînant des troubles majeurs permanents dans le domaine moteur, intellectuel, sensoriel ou viscéral.

Exemples : sphingolipidoses, mucopolysaccharidoses.

Le taux devra être apprécié en fonction des barèmes correspondant aux déficiences corrélatives.

SECTION 6

DÉFICIENCES HÉMATOPOIÉTIQUES

ET DÉFICIENCES DU SYSTÈME IMMUNITAIRE

Elles peuvent être congénitales (hémoglobinopathies, hémophilies) ou acquises : (sida, chimiothérapie,

cancers, leucoses, toxiques).

Les manifestations secondaires peuvent être infectieuses (cérébrales, pulmonaires, cutanées, septicémies...) ou néoplasiques (cutanées, systémiques...).

Le praticien devra estimer la déficience tout en connaissant son évolutivité qui peut être très rapide.

1. Déficience légère (taux : 1 à 10 p. 100) :

Aucune manifestation clinique permanente mais avec des règles de vie particulières.

Exemples :

- sujets VIH + ;
- leucoses et réticulopathies considérées comme guéries cliniquement.

2. Déficience modérée (taux : de 20 à 45 p. 100) :

Manifestations permanentes, contrôlables par le traitement, exigeant une surveillance médicale permanente.

Exemples :

- polyadénopathies ;
- asthénie ;
- amaigrissement.

37636 CAS JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

3. Déficience importante (taux : 50 à 75 p. 100) :

Syndrome clinique permanent, nécessitant une prise en charge thérapeutique (éventuellement pluridisciplinaire) continue.

Exemple :

- sujet présentant les éléments d'un Arc.

4. Déficience sévère (taux : 80 à 95 p. 100) :

Manifestations majeures, impliquant des traitements médicaux permanents, incompatibles avec le maintien d'une activité professionnelle, retentissant de façon majeure sur la vie sociale.

Exemples :

- sida avéré ;
- leucose en phase évolutive ou affection hématologique ou immunitaire nécessitant un suivi médical continu en hospitalisation classique ou en hospitalisation de jour.

CHAPITRE VII

DÉFICIENCES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR

RÈGLES GÉNÉRALES

1. EVALUER 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 Ier, section 3) ;
- cardio-vasculaires (pour les myopathies par exemple..., chapitre VI, section 1) ;
- intellectuelles et/ou psychiques (chapitres Ier 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

Nota. - Voir règles générales en tête de chapitre 7 pour :

- déficiences associées ;

- appareillage ;

- retentissement socioprofessionnel ;

- actes essentiels et courants.

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.

37638 CAS JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Exemple :

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

II. DÉFICIENCES DU TRONC

Nota. - Voir règles généralement tête de chapitre VII pour :

- déficiences associées ;

- appareillages ;

- retentissement socioprofessionnel ;

- actes essentiels et courants.

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 minimale.

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 IMPORTANTE (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

Nota. - Voir règles générales en tête de chapitre VII pour :

- déficiences associées ;

- appareillage ;

- retentissement socioprofessionnel ;

- actes essentiels et courants.

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.

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE CAS 37639

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 prono-supination ; 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

Nota. - Voir règles générales en tête de chapitre 7 pour :

- déficiences associées ;
- appareillage ;
- retentissement socioprofessionnel ;
- actes essentiels et courants.

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 (mains 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.

37640 CAS JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

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 poplitée 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 SÈVÈRE (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

Nota. - Voir règles générales en tête de chapitre 7 pour :

- déficiences associées ;
- appareillage ;
- retentissement socioprofessionnel ;
- actes essentiels dépendant d'un tiers.

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.