

Guide-Barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées

TABLE DES MATIÈRES

I. Déficiences intellectuelles et difficultés du comportement

Déficiences intellectuelles et difficultés de comportement de l'enfant et de l'adolescent

Déficiences intellectuelles et difficultés de comportement de l'adulte

Épilepsie (déficiences liées à l'épilepsie)

II. Déficiences du psychisme

Déficiences psychiques de l'enfant et de l'adolescent

Déficiences psychiques de l'adulte

III. Déficiences de l'audition

IV. Déficiences de la voix, du langage et de la parole

Déficiences acquises du langage et de la parole

Troubles du langage et de la parole congénitaux ou acquis avant ou pendant l'acquisition de l'écriture et de la lecture

Déficiences vocales

Conséquences d'une déficience auditive congénitale ou acquise

V. Déficiences de la vision

Déficiences de l'acuité visuelle

Autres déficiences de la fonction et de l'appareil oculaire

VII. Déficience de l'appareil locomoteur

Déficiences de la tête

Déficiences du tronc

Déficiences mécanique des membres

Déficiences motrices ou paralytiques des membres

Déficiences par altération des membres

Le CHAPITRE I 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 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.

[Note du transcripteur. Ce texte est une adaptation du guide-barème, et ne saurait donc se substituer à la documentation officielle à laquelle il conviendra de se reporter.]

CHAPITRE I^{ER} : DÉFICIENCES INTELLECTUELLES ET DIFFICULTÉS DU 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 : après avoir fait un examen lui permettant de porter autant que faire se peut un diagnostic étiologique, il complètera 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.

I - 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 justifient-ils, dès le diagnostic posé, de l'attribution d'un taux égal à 80 %.

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 %. Selon le bilan effectué, ce taux pourra atteindre 80 % 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 % : 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 % et 80 % : incapacité importante entraînant une entrave notable dans la vie quotidienne de l'enfant et de sa famille.
- ◆ Taux égal ou supérieur à 80 % : 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 concernant la capacité de l'enfant de produire et d'émettre des messages ainsi que de recevoir et de comprendre les messages.

On examinera les points suivants :

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

4. Conduites et actes élémentaires dans la vie quotidienne

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

- ◆ l'alimentation,
- ◆ la toilette,
- ◆ l'acquisition de la propreté,
- ◆ le sommeil.

5. Capacité générale d'autonomie et de socialisation

- ◆ Dans la vie familiale, participation aux activités domestiques, interférence avec les activités des autres membres de la famille.
- ◆ Hors de la vie familiale, capacité de se déplacer (ne vise pas uniquement les capacités locomotrices, mais exploite aussi la capacité à se déplacer seul, à prendre les transports en commun).
- ◆ Capacité d'assurer sa sécurité personnelle, dans les situations ordinaires de l'existence.
- ◆ Possibilité d'intégration dans les lieux habituels de l'enfance : crèche, halte garderie, école, centre aéré, etc.

B - Autres éléments d'appréciation

Complémentaires de l'étude analytique des incapacités résultant des atteintes des grandes fonctions psychiques, ils permettent au médecin-expert de porter une appréciation globale, cotée, selon les trois niveaux de sévérité déterminés ci-dessus. Le diagnostic 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 et la présence d'autres atteintes fonctionnelles seront mentionnées.

II - 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).

A - 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 socio-professionnelle 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 % 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 % et 75 % 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

III - 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 %: crise

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

On attribuera un taux au moins égal à 80 % lorsque la personne a besoin d'être sollicitée, aidée et-ou surveillée. Son insertion socio-professionnelle 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 % lorsque la personne aurait sa vie en danger sans l'assistance permanente d'une tierce personne ; son insertion socio-professionnelle est considérée comme quasi impossible, même en milieu protégé ; son langage et son autonomie sont très faibles.

B - 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.

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 % : 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 % : 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 % : 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.

I - 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 % : incapacité modérée, n'entraînant pas d'entrave notable dans la vie quotidienne du sujet ou celle de sa famille.
- ◆ de 50 à 80 % : incapacité importante, entraînant une gêne notable dans la vie quotidienne du sujet ou celle de sa famille.
- ◆ égal ou supérieur à 80 % : incapacité majeure, entraînant une entrave majeure dans la vie quotidienne du sujet et de celle de sa famille.

L'âge de 16 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 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 I, et celui porté en référence à cette section.

II - 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 socio-familiale ou professionnelle. De la même façon, plusieurs troubles relativement modérés peuvent, par un effet cumulatif, retentir de façon importante dans la vie socio-familiale 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 %. Les experts ont également souhaité que les fourchettes ne commencent qu'à 20 %, 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 %, 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 % : la personne présente des troubles psychiatriques mais qui restent compensés avec ou sans traitement chimiothérapeutique ou psychothérapeutique, 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 et 75 %. 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 et 95 %.

A - 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.

B - Critères secondaires

Ils permettent de moduler les taux :

- ◆ retentissement relationnel ;
- ◆ hospitalisations (récentes, prolongées, répétées) ;
- ◆ âge du patient ;
- ◆ ancienneté de la maladie ;
- ◆ traitement.

A - Critères principaux de déficience

1. Troubles de la volition

Ils comprennent :

- ◆ apragmatisme,
- ◆ négativisme,
- ◆ compulsions obsessionnelles,
- ◆ ambivalence,
- ◆ inhibition.

1.1.1. Compensé : vie quotidienne et socio-professionnelle assumées seul, mais pour le reste activité très pauvre (taux : 20 à 45 %).

1.1.2. 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 %).

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

2. Troubles de la pensée (cours et contenu)

Ils comprennent :

- ◆ idées obsessionnelles,
- ◆ fuite ou incohérence des idées,
- ◆ lenteur de la pensée,
- ◆ radotage,
- ◆ appauvrissement de la pensée,
- ◆ délire.

2.1.1. 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 %).

2.1.2. Non compensé : vie quotidienne conservée, gêne à l'adaptation socio-professionnelle, troubles notables du cours de la pensée et de la cohérence du discours (taux : 50 à 75 %).

2.1.3. 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 %).

3. Troubles de la perception

Ils comprennent :

- ◆ illusions
- ◆ hallucinations
- ◆ déréalisation.

3.1.1. Compensé : compatible avec la vie quotidienne et socio-professionnelle (taux : 20 à 45 %).

3.1.2. Non compensé : perturbation dans la vie socio-professionnelle, mais maintien de la vie quotidienne (taux : 50 à 75 %).

3.1.3. Envahissement de la conscience avec ou sans

moments de retour dans la réalité ou entravant la vie quotidienne (taux : 80 à 95 %).

4. Troubles de la communication (langage) [voir également le chapitre *Troubles de la parole (aphasie)*].

Ils comprennent :

- ◆ 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).

4.1.1. Troubles de la communication entraînant une gêne dans la vie quotidienne (taux : 20 à 45 %).

4.1.2. Troubles de la communication entraînant des perturbations dans l'activité socio-professionnelle (taux : 50 à 75 %).

4.1.3. Insuffisance de la communication perturbant ou entravant la vie quotidienne et la vie socio-professionnelle, hermétisme absolu ou repli autistique total ou aphasie globale ou mutisme total (taux : 80 à 95 %).

5. Troubles du comportement

Ils comprennent :

- ◆ agressivité,
- ◆ agitation,
- ◆ théâtralisme,
- ◆ automutilation,
- ◆ comportements phobiques,
- ◆ rites obsessionnels,
- ◆ instabilité,
- ◆ timidité.

5.1.1. Troubles du comportement contrôlés restant compatibles avec la vie quotidienne et socio-professionnelle : théâtralisme ou irritabilité ou timidité ou perplexité pathologiques ou hyperactivité désordonnée (taux : 1 à 45 %).

5.1.2. Manifestations mal contrôlées perturbant la vie socio-professionnelle : automutilation névrotique, agressivité, rites ou phobies invalidants, instabilité (taux : 50 à 75 %).

5.1.3. 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 %).

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).

6.1.1. Troubles dépressifs ou hypomaniaques légers ou équilibrés ou psychose maniaco-dépressive bien compensée compatible avec une vie quotidienne et socio-professionnelle (taux : 20 à 45 %).

6.1.2. 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 %).

6.1.3. État maniaque perturbant ou entravant la vie socio-professionnelle, 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 %).

7. Troubles de la conscience et de la vigilance

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

7.1.2. Troubles de la conscience apportant une gêne notable à la vie socio-professionnelle tout en permettant le maintien d'une vie quotidienne relativement satisfaisante (taux : 50 à 75 %) :

- ◆ soit dans le cadre de troubles intermittents de la conscience,
- ◆ soit du fait d'une diminution permanente de la vigilance (obnubilation).

7.1.3. Troubles de la conscience perturbant ou entravant la vie quotidienne et socio-professionnelle, réalisation des actes élémentaires de la vie sur incitation forte, état crépusculaire prolongé (taux : 80 à 95 %).

Nota. En ce qui concerne l'épilepsie, se reporter au CHAPITRE I, SECTION III.

8. Troubles intellectuels

8.1. Séquellaires d'une affection mentale précoce

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

8.1.2. Insertion socio-professionnelle 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 %).

8.1.3. 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 socio-professionnelle possible en milieu protégé, à titre indicatif quotient intellectuel approximativement compris entre 35 et 49 (taux : 80 à 90 %).

8.1.4. Retard mental sévère ou profond, insertion socio-professionnelle impossible, langage et autonomie nuls (taux : + de 95 %).

8.2. 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.

8.2.1. Gêne ne perturbant pas le maintien dans la vie courante (taux : 20 à 45 %).

8.2.2. Dégradation importante d'une fonction ou expression déficitaire d'un processus psychotique antérieur apportant une perturbation notable dans la vie socio-professionnelle mais respectant les actes élémentaires de la vie quotidienne (taux : 50 à 75 %).

8.2.3. 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 socio-professionnelle (taux : 80 à 90 %).

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

9. Troubles de la vie émotionnelle et affective

Ils comprennent :

- ◆ anxiété, angoisse, doute,
- ◆ indifférence affective
- ◆ discordance affective,
- ◆ instabilité affective,
- ◆ troubles du caractère,
- ◆ immaturité affective,
- ◆ timidité.

9.1.1. Troubles modérés n'entravant pas la vie sociale et professionnelle (taux : 1 à 40 %) :

- ◆ anxiété permanente ou crises d'angoisse peu fréquentes,
- ◆ labilité émotionnelle,
- ◆ irritabilité,
- ◆ timidité,
- ◆ immaturité affective.

9.1.2. Troubles non compensés apportant une gêne importante à la vie socio-professionnelle, maintien d'une vie quotidienne possible (taux : 50 à 75 %) :

- ◆ angoisse permanente ou crises de panique répétées ou importantes difficultés de contrôle émotionnel (notamment accès fréquents de colère inadaptés, éreutrophobie invalidante),
- ◆ tendance à la discordance affective (rires immotivés),
- ◆ pauvreté des affects,
- ◆ doute permanent (folie du doute).

9.1.3. Troubles invalidants de l'affectivité perturbant ou entravant la vie quotidienne et socio-professionnelle (taux : 80 à 90 %).

9.1.4. Troubles affectifs majeurs ne permettant plus aucun contact avec la réalité (taux : 95 %).

10. Expression somatique des troubles psychiatriques

10.1.1. Somatisation à type de plaintes subjectives

sans retentissement notable sur la vie quotidienne et professionnelle (taux : 20 à 45 %).

10.1.2. Somatisation systématique importante perturbant la vie socio-professionnelle et entraînant une demande répétée de soins (taux : 50 à 75 %).

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

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

B. 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. Ce critère est à 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 (par 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. Ce critère est 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, SECTION 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.

$$pm \text{ dB} = (p \text{ dB } 500 + p \text{ dB } 1\ 000 + P \text{ dB } 2\ 000 + P \text{ dB } 4\ 000)/4$$

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.

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 (exprimés en %) 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 +
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

Acouphènes/vertiges

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

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

auditive (taux : de 2 à 5 %).

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 %)

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 %)

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 %.

3. Déficience importante du langage et de la parole (taux : 50 à 75 %)

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 %)

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 %.

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 %)

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 %)

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 %)

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

III - Déficiences vocales

Elles comprennent les laryngectomies.

Nota. Pour les troubles du comportement ou de la personnalité à expression vocale voir le chapitre *Déficience 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 un gêne dans la vie relationnelle telle que (taux : 10 à 40 %) :

1.1. 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.

1.2. Troubles du débit de l'émission :

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

1.3. Déficiences vocales d'origine oropharyngée :

- ◆ d'origine vélaire, rhinolalies notamment fentes et paralysies vélaire;
- ◆ d'origine linguale, notamment paralytique;
- ◆ d'origine malformative;
- ◆ après traumatismes maxillo-faciaux.

2. Absence de voix (taux : 50 à 75 %)

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 capacités selon quatre paliers 0, 5, 10 et 15 % 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 % - Élocution normale, niveau de langage normal.

5 % - 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 % - Difficultés d'élocution, comme le groupe précédent. Retard de parole et/ou langage avec notamment 70 à 79 dB :

- ◆ 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 % - 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 étendue.

- ◆ Cécité professionnelle. Est considéré comme atteint de cécité professionnelle celui dont l'œil 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 L. 174 du Code d'Aide Sociale (loi du 30 juin 1975) 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 dans le cadre de la loi de 1975.

1. Acuité visuelle de loin

La vision d'un œil 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 (cf. document original)

2. 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).

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 *ad hoc* qui évalue le déficit en fonction de la seule vision de loin est alors suffisant.

Tableau (cf. document original)

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* (qui n'est pas présentée dans ce document) 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* (qui n'est pas présentée dans ce document).

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.

1.1. Hémianopsie

Hémianopsie complète (taux : 42 %).

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

Hémianopsie incomplète, en fonction du *schéma* (qui n'est pas présenté dans ce document) concernant le champ visuel.

Hémianopsie altitudinale totale :

- ◆ supérieure (taux : jusqu'à 26 %) ;
- ◆ inférieure (taux : jusqu'à 60 %).

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

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

1.2. Quadransopie

- ◆ supérieure (taux : jusqu'à 13 %) ;
- ◆ inférieure (taux : jusqu'à 30 %).

1.3. Déficit non systématisé, suivant le taux affecté par le *schéma* (qui n'est pas présenté dans ce document).

1.4. Rétrécissement concentrique

D'évaluation toujours très difficile en raison de l'intervention de facteurs extrinsèques. À 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 % ;
de 30° à 20°, taux : 16 % ;
de 20° à 10°, taux : 32 % ;
inférieure à 10°, taux : de 70 à 80 %.

1.5. Scotomes centraux et paracentraux

En cas de perte de la vision centrale, utiliser le *barème d'acuité visuelle* (qui n'est pas présentée dans ce document). Les scotomes paracentraux et juxtacentraux justifient un taux de 5 à 20 % 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

2.1.1. Vision binoculaire et décompensation (taux : 1 à 5 %);

2.1.2. Séquelles de paralysie oculo-motrices :

diplopie en haut (taux : 3 à 10 %);

diplopie en bas (taux : 15 à 25 %);

diplopie latérale (taux : 10 à 15 %).

2.1.3. Paralysies de fonction du regard :

- ◆ paralysie vers le haut (taux : 3 à 5 %);
- ◆ paralysie vers le bas (taux : 15 à 25 %);
- ◆ paralysie latérale (taux : 10 à 12 %);
- ◆ paralysie de la convergence (taux : 10 à 15 %).

2.1.4. Déficiences de la motricité intrinsèque avant apparition de la presbytie:

- ◆ paralysie de l'accommodation uni ou bilatérale (taux : 10 %);
- ◆ mydriase aréactive (taux : 5 %).

3. Autres troubles neuro-ophtalmologiques

3.1.1. 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.

3.1.2. 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 :

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

En cas d'aphakie unilatérale...

- ◆ si l'acuité de l'œil opéré demeure inférieure à celle de l'œil non opéré, le taux sera de 8 à 10 %)
- ◆ dans le cas inverse, le taux sera de 10 à 12 %).

En cas d'aphakie bilatérale, le taux de l'incapacité de base sera de 15 %.

4.1.2. Compensation optique assurée par un cristallin artificiel

Le taux sera de 5 % pour tenir compte de la perte unilatérale d'accommodation.

5. Annexes de l'œil

- ◆ larmoiement, photophobie, ectropion, entropion : taux : 1 à 5 %;
- ◆ prothèse oculaire mal supportée : taux : 1 à 5 %.

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 DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR

Règles générales

1. Évaluer les déficiences motrices Pour déterminer le taux d'une déficience motrice, il faut considérer la lésion (déficience) et son retentissement (incapacités) et non pas l'étiologie; celle-ci (malformation, accident, maladie, etc) peut, en effet, être différente (ou multiple) pour une même déficience. La ou (les) déficience(s) doivent être suffisamment durable(s) pour retentir sur la vie sociale et professionnelle, mais elles peuvent encore être évolutives au moment de l'évaluation. Dans tous les cas, l'expert apprécie la situation au moment de l'examen.

2. Déficiences associées sauf pour les troubles sensitifs, dont l'existence amènera à majorer de 5 à 15 % 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 III et IV);
- ◆ respiratoires (CHAPITRE VI, SECTION II);
- ◆ du langage et de la parole (CHAPITRE IV);
- ◆ de la fonction d'alimentation (déglutition...) (CHAPITRE VI, SECTION III);
- ◆ sensorielles, appareil oculaire (CHAPITRE V) ou auditif (CHAPITRE III);
- ◆ comitiales (CHAPITRE I, SECTION III);
- ◆ cardio-vasculaires (pour les myopathies par exemple) (CHAPITRE VI, SECTION I);
- ◆ intellectuelles et/ou psychiques (CHAPITRES I 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 socio-professionnel

(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

I - Déficiences de la tête

Nota. Voir règles générales en tête du CHAPITRE VII pour :

- ◆ déficiences associées;
- ◆ appareillage;
- ◆ retentissement socio-professionnel;
- ◆ 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 IV ;
- ◆ Les problèmes oculaires au CHAPITRE V ;
- ◆ Les autres troubles de la fonction d'alimentation au CHAPITRE V, SECTION III.
- ◆ Le retentissement sur la marche sera

II - Déficiences du tronc

Nota. Voir règles générales en tête du CHAPITRE VII pour :

- ◆ déficiences associées ;
- ◆ appareillage ;
- ◆ retentissement socio-professionnel ;
- ◆ 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

essentiels de la vie doit être considérée(s) comme une déficience sévère (supérieure ou égale à 80 %). Ces actes essentiels sont notamment :

- ◆ les transferts (lever et coucher, toilettes, 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 VII *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 (exemples : tenue de la tête, paralysie des membres).

appréciée séparément, sauf si les déficiences de la tête sont isolées et perturbent la déambulation (déficience importante).

1. Déficience légère (taux : 1 à 20 %)

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

2. Déficience modérée (taux : 20 à 40 %)

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

3. Déficience importante (taux : 50 à 70 %)

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

Exemples :

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

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 I et/ou II).

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 %)

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

Exemples :

- ◆ lombalgies simples,
- ◆ déviation minime.

2. Déficience modérée (taux : 20 à 40 %)

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

Exemples :

- ◆ lombalgies chroniques ou lombo-sciatalgies gênantes (port de charges) sans raideur

III - Déficiences mécaniques des membres

Nota. Voir règles générales en tête du CHAPITRE VII pour :

- ◆ déficiences associées;
- ◆ appareillage;
- ◆ retentissement socio-professionnel;
- ◆ actes essentiels et courants.

Comprend :

- ◆ raideurs,
- ◆ ankyloses,
- ◆ rétractions (dont cicatricielles),
- ◆ laxités,

quelle qu'en soit l'étiologie.

On tiendra compte du membre dominant ou non en cas d'atteinte unilatérale. Le retentissement sera tout particulièrement apprécié par les difficultés voire l'impossibilité de réaliser seul les actes essentiels de la vie.

1. Déficience légère (taux : 1 à 20 %)

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

Exemples :

- ◆ raideur des doigts (selon degré, doigt et mouvement), du poignet, de la pronosupination,
- ◆ certaines raideurs légères de l'épaule, de la

importante ou sans retentissement professionnel notable

- ◆ déviation modérée.

3. Déficience importante (taux : 50 à 75 %)

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

Exemples :

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

4. Déficience sévère (taux : 80 à 85 %)

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

cheville, du genou, ou de la hanche.

2. Déficience modérée (taux : 20 à 40 %)

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

Exemples :

- ◆ 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 %).

3. Déficience importante (taux : 50 à 75 %)

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

Exemples :

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

4. Déficience sévère (taux : 80 à 90 %)

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 du CHAPITRE VII pour :

- ◆ déficiences associées ;
- ◆ appareillage ;
- ◆ retentissement socio-professionnel ;
- ◆ 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.

Exemples :

- ◆ certains syndromes de la queue-de-cheval, neuropathie sensitive.

1. Déficience légère (taux : 1 à 20 %)

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

Exemples :

- ◆ tremblement de repos
- ◆ certains troubles sensitifs isolés.

2. Déficience modérée (taux : 20 à 40 %)

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

V - Déficiences par altération des membres

Nota. Voir règles générales en tête du CHAPITRE VII pour :

- ◆ déficiences associées;
- ◆ appareillage;
- ◆ retentissement socio-professionnel;
- ◆ actes essentiels et courants.

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 %)

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

Exemples :

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

2. Déficience modérée (taux : 20 à 40 %)

Exemples :

- ◆ 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 %)

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

Exemples :

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

4. Déficience sévère (taux : 80 à 90 %)

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. Exemples :

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

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

Exemples :

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

3. Déficience importante (taux : 50 à 75 %)

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 ou du coude ou de l'épaule, unilatérale côté non dominant.

4. Déficiences sévère (taux : 80 à 90 %)

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

Exemples :

- ◆ désarticulation de hanche, d'épaule ou du coude dominant,

- ◆ amputation bilatérale des membres supérieurs. |