

SOMMAIRE

- Introduction

- Le Guide-Barème :

CHAPITRE Ier : DEFICIENCES INTELLECTUELLES ET DIFFICULTES DU COMPORTEMENT

Section 1 : Déficiences intellectuelles et difficultés
de comportement de l'enfant et de l'adolescent.

Section 2 : Déficiences intellectuelles et difficultés
de comportement de l'adulte

Section 3 : Epilepsie (Déficiences liées à l'épilepsie)

CHAPITRE II : DEFICIENCES DU PSYCHISME

Section 1 : Déficiences psychiques de l'enfant et
de l'adolescent

Section 2 : Déficiences psychiques de l'adulte

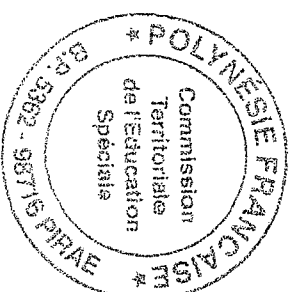
CHAPITRE III : DEFICIENCES DE L'AUDITION

GUIDE-BAREME
pour l'évaluation
des déficiences et incapacités
des personnes handicapées

CTES (A)



MINISTRE DE LA SANTE
ET DE LA RECHERCHE
DE LA POLYNESIE
FRANÇAISE



JUILLET 1996

CHAPITRE IV : DEFICIENCES DU LANGAGE ET DE LA PAROLE

CHAPITRE V : DEFICIENCES DE LA VISION

CHAPITRE VI : DEFICIENCES VISCERALES ET GENERALES

Section 1 : Déficiences de la fonction cardio-vasculaire

Section 2 : Déficiences de la fonction respiratoire

Section 3 : Déficiences de la fonction de digestion

Section 4 : Déficiences des fonctions rénale et urinaire

Section 5 : Déficiences d'origine endocrinienne, métabolique et enzymatique

Section 6 : Déficiences hématopoïétiques et déficiences du système immunitaire.

CHAPITRE VII : DEFICIENCES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR

CHAPITRE VIII : DEFICIENCES ESTHETIQUES

INTRODUCTION

Le présent guide-barème est à l'usage de la CTES et de la COTOREP de Polynésie française. Il reprend le guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées, élaboré en Métropole pour le fonctionnement des CDES et des COTOREP, qui a été mis en oeuvre par la circulaire 93/36-B du 23 novembre 1993 d'application du décret 93-1216 du 04 novembre 1993.

Ce barème a été mis en place en Métropole en 1993 et est actuellement utilisé dans les commissions (CDES et COTOREP) s'intéressant aux handicaps.

En Polynésie française, le barème a été utilisé dès l'année 1995 pour la CTES et la COTOREP, et a pleinement donné satisfaction. Il y avait donc lieu d'homologuer ce barème pour la Polynésie française.

Ce barème s'inscrit dans une suite logique du fonctionnement des deux commissions, examinant la situation des personnes handicapées sur le Territoire, qui ont été créées à la suite de la délibération 82/36 du 30 avril 1982, texte de base en Polynésie française sur l'action et l'orientation en faveur des personnes handicapées. Les groupes de travail impliqués dans les commissions techniques de la CTES et de la COTOREP ont reconnu l'utilité de se baser sur un barème cohérent entre ces deux commissions permettant une harmonisation de l'évaluation du handicap et un suivi de cette estimation du handicap au cours de la croissance de l'enfant et lors de l'âge adulte.

On retient ainsi une continuité dans l'évaluation de la situation d'un enfant handicapé et son avenir lorsqu'il devient adulte handicapé.

Ce barème, d'autre part, présente un intérêt important puisqu'il participe à l'harmonisation de l'estimation du handicap entre les commissions de Polynésie française et les CDES et les COTOREP de Métropole permettant de gommer toute discordance dans l'évaluation des handicaps.

Ce présent barème s'inscrit dans un ensemble de nombreux autres barèmes d'évaluation des déficiences et des handicaps.

Chacun des barèmes existants obéit à sa propre logique :

1) Selon les cas, le barème permet d'attribuer un taux à la perte de la capacité de travail (barème indicatif d'invalidité des accidents du travail, barème indicatif d'invalidité des maladies professionnelles), ou bien à la valeur de chacune des déficiences des différentes parties du corps (barème du code des pensions militaires d'invalidité des anciens combattants et des victimes de guerre, régimes de droit commun).

2) Les prestations sont fondées sur des systèmes différents :

- il existe un « effet seuil » à des niveaux variables : 50 % et 80 % pour la délibération 82/36 du 30 avril 1982 pour la CTES et la COTOREP ;

- pour d'autres, les prestations font l'objet d'une indemnisation dont « l'effet seuil » est moindre :

- soit sous forme de rente (pour les accidents du travail) ;
- soit sous forme de capitalisation (pour les petits risques en accident du travail, ou en droit commun).

3) Les différents régimes n'ont pas la même finalité :

- pour les anciens combattants et pour le droit commun, il s'agit de prendre en compte non seulement la perte de revenu que peuvent induire les lésions, mais également les différents préjudices que la collectivité s'engage à réparer ;

- en matière d'invalidité, il s'agit en fait de compenser une perte de travail et de gain ou de garantir un minimum financier ;

- en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles, il s'agit de compenser un préjudice physiologique et un préjudice professionnel ;

- selon la délibération 82/36 de 1982, il s'agit de compenser une perte de capacité et de garantir un minimum financier.

La correction de ces discordances entre barèmes a sans cesse été recherchée sans pouvoir toutefois aboutir à la rédaction d'un barème unique quel que soit le régime.

I - Le guide-barème est un guide méthodologique

a) Le mode d'entrée : déficiences et incapacités.

Il s'appuie sur les concepts proposés par l'Organisation Mondiale de la Santé : déficience, incapacité, désavantage.

La méthodologie de P.H.N. WOOD (Classification Internationale des Handicaps : déficiences, incapacités et désavantages, un manuel de classification des conséquences des maladies), reprise par l'OMS définit le handicap comme un processus qui met en jeu quatre plans d'expérience :

- le plan du **diagnostic** est celui du processus morbide ;
- le plan des **déficiences** est celui des atteintes des organes et des fonctions ;
- le plan des **incapacités** caractérise la limitation des capacités dans les gestes et actes élémentaires de la vie quotidienne ;
- le plan du **désavantage social** caractérise la limite ou l'interdit dans l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socioculturels.

Les phénomènes d'un plan produisent des effets sur le plan voisin, mais leur intensité peut varier considérablement d'un plan à l'autre. Sur chacun des plans, la santé est en interaction avec le milieu. Les trois derniers plans sont les conséquences des maladies. La classification internationale des

conséquences des maladies est proposé comme complément descriptif aux classifications diagnostiques.

Il en découle que le diagnostic ne permet pas à lui seul une évaluation du handicap ; celui-ci varie avec le stade évolutif, les possibilités thérapeutiques et l'environnement.

Le mode d'entrée dans le barème se fait par type de **déficience** qui correspond à « **toute perte de substance ou altération d'une fonction ou d'une structure psychologique, physiologique ou anatomique**. La déficience est caractérisée par des pertes de substance ou des altérations qui peuvent être provisoires ou définitives. Elle représente l'extériorisation d'un état pathologique ; elle est le reflet des troubles manifestés au niveau de l'organe. Elle peut être congénitale ou acquise ».

Il n'a pas été recherché une stricte application de cette classification qui conduirait à appliquer un taux à chaque lésion, mais la prise en compte des difficultés que cette déficience engendre dans la vie quotidienne ou professionnelle.

Ceci conduit directement à la notion d'incapacité développée dans la Classification Internationale des Handicaps, qui correspond à « **toute réduction partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain** ».

L'incapacité, par opposition à la déficience, porte sur des activités composées et intégrées : il s'agit de la personne dans son ensemble, dans la mise en oeuvre d'une tâche, d'une compétence ou d'un comportement.

L'évaluation repose essentiellement, sauf en ce qui concerne les déficiences visuelles et les déficiences auditives, sur l'appréciation des incapacités. Les diagnostics médicaux sont utilisés à titre de repères et ne permettent pas seuls d'attribuer un taux, sauf exceptionnellement, comme dans le cas des aberrations chromosomiques auto-somiques.

Pour les déficiences sensorielles, l'appréciation du taux repose sur la mesure des déficiences ; elle pourra cependant être pondérée par l'appréciation des incapacités.

b) Fixation du taux

Le guide-barème a été rédigé en tenant compte également de quelques principes directeurs portant sur la finalité de la fixation du taux d'incapacité et des avantages qui en découlent.

La fixation du taux d'incapacité est particulièrement déterminante lorsqu'il se situe autour des seuils prévus par la réglementation :

- seuil de 80 % qui ouvre de plein droit à l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) et à l'Allocation Spécial éducation (ASH) ;
- seuil de 50 % pouvant ouvrir droit à l'Allocation Spécial éducation (ASH) ;

Il conviendra de déterminer avec un soin particulier ce taux lorsqu'il avoisine 50 % ou 80 %.

Le barème fixe pour chaque catégorie de déficiences des degrés de sévérité, quatre le plus souvent, exceptionnellement trois ou cinq, qui permettent de guider l'expert dans l'appréciation du taux. Il a été recherché l'harmonisation des différents chapitres entre eux malgré le caractère conventionnel que cela peut revêtir pour des handicaps de types très variés.

c) Taux attribué aux personnes infectées par le virus VIH

La section 6 du chapitre VI relative aux déficiences hématopoïétiques et déficiences du système immunitaire appelle quelques éclaircissements.

Si l'appréciation des déficiences légères et sévères (1 et 4) ne pose pas de problèmes, l'appréciation des déficiences modérées et importantes (2 et 3) ne peut être que médicale ; elle doit tenir compte - même en l'absence de signe clinique - de la baisse de l'immunité qui entraîne une fatigabilité très

importante limitant ou empêchant parfois de se déplacer ou de travailler qui peut, à elle seule, justifier d'un taux de 50%.

Rappelons que les médecins doivent aussi tenir compte, dans l'appréciation du taux d'incapacité global, des troubles du comportement, de l'humeur, de la vie émotionnelle et affective décrits au chapitre II section 2 avec la possibilité d'utiliser la règle de Balhazar. En présence de ces handicaps associés, le taux sera automatiquement supérieur à 50 %.

d) Taux attribué aux personnes atteintes de cécité.

Dans le barème des anciens combattants, un taux de 100 % est attribué en cas de cécité. L'application du guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées conduit à fixer à 95 % le taux d'incapacité des personnes dont la vision centrale est nulle ou inférieure à un vingtième de la normale;

e) **Le taux de 100 %** est très exceptionnellement attribué et a été considéré comme devant être réservé aux incapacités totales par exemple un état végétatif ou coma.

Ainsi, lorsqu'une seule déficience aboutit à une situation justifiant de l'attribution d'un taux supérieur ou égal à 80 %, la recherche de déficiences associées, qui majoreraient ce taux, n'apporte aucun avantage supplémentaire.

f) Cas des déficiences multiples - l'approche évaluative.

L'approche évaluative, même si elle passe par une étape de repérage des différentes déficiences doit, dans toute la mesure du possible, demeurer globale. En l'espèce, il s'agit d'apprécier l'importance des incapacités liées aux grandes fonctions, et pour les enfants, le surcroît de charges éducatives qui y sont liées, au moment précis où est effectuée l'évaluation.

Les incapacités, qui résultent des déficiences, sont appréciées par rapport à une personne du même âge, en bonne santé et par rapport aux actes de la vie quotidienne, tels qu'ils sont définis dans les différents chapitres du barème.

Chacun des items retenus pour construire le taux d'incapacité n'a pu être systématiquement chiffré. Ce taux synthétique se distribue selon différentes classes 3, voire 5 dans certains cas :

0 à 50 %	:	incapacité légère
50 % à 80 %	:	incapacité importante
80 % ou plus	:	incapacité sévère

Si la personne handicapée présente plusieurs déficiences qui se répartissent dans des chapitres différents conduisant à une limitation des capacités, l'expert, une fois l'examen analytique non chiffré mené à bien, attribuera un taux d'incapacité global.

A l'intérieur de certains chapitres et pour certaines déficiences, des taux de petite valeur ont été indiqués (5 % ou 10 %). Il est clairement précisé comment ces taux s'additionnent (cf. troubles du langage par exemple). Ils ne peuvent être utilisés que dans le cas de plusieurs déficiences cumulées, ou d'une déficience principale importante.

En cas de doute ou de difficultés d'appréciation, il est possible d'utiliser la règle de Balhazar, dont le principe est ici rappelé pour mémoire. Cette méthode, dite des capacités restantes, est employée uniquement dans le cas de déficiences multiples repérées dans des chapitres ou sous-chapitres différents et quand l'estimation globale s'avère difficile.

Il y a lieu d'estimer, en premier lieu, l'une des déficiences. Le taux d'incapacité, ainsi fixé, sera retranché de 100 qui représente la capacité totale ; on obtient la capacité restante.

L'incapacité suivante, résultant d'une autre déficience, est estimée elle-même, puis rapportée à la capacité restante. On obtient ainsi le taux correspondant à la seconde déficience, l'incapacité globale résulte de la somme des deux taux, ainsi calculés. Celle-ci sera la même quel que soit l'ordre de prise en compte des déficiences.

Exemples :

- une déficience A entraîne une incapacité de 40 %, la capacité restante est de 60 %

- une déficience B entraîne une incapacité chiffrable, selon le barème, à 20 %. L'incapacité résultant de cette deuxième déficience sera de 20 % de 60 % de capacité restante soit 12 %.
- L'incapacité globale sera donc : $40\% + 12\% = 52\%$ et ainsi de suite,*
- dans le cas d'une troisième déficience, pour l'exemple choisi, la capacité restante serait de 48 %.

Cette manière de calculer l'incapacité globale, résultant de déficiences multiples, en se référant à la formule de Balthazar, ne garde qu'un caractère indicatif, elle peut être cependant utilisée pour vérifier la pertinence d'un taux proposé.

II - La démarche d'évaluation

En pratique, le médecin fera la démarche suivante :

- 1°) diagnostic médical, connaissance du traitement éventuel, de sa lourdeur, de son retentissement sur la vie quotidienne.
- 2°) repérage des déficiences
- 3°) évaluation des incapacités

Cette dernière partie de l'examen médical doit être complétée par les observations des autres membres de l'équipe technique et par la lecture des autres pièces du dossier lorsque celles-ci renseignent sur les limitations fonctionnelles.

En particulier pour les enfants, la prise en compte des bilans établis par les enseignants, les psychologues, les éducateurs et rééducateurs... est essentielle pour l'évaluation des incapacités.

Ainsi l'équipe technique, dans son appréciation des incapacités, prendra en compte non seulement celles inhérentes directement à la déficience, mais aussi celles inhérentes aux contraintes thérapeutiques : traitements médicamenteux mal supportés, hospitalisations répétées, retentissement sur l'état général.

Pour certaines maladies, qui évoluent par poussées, le taux est difficile à apprécier, par exemple la sclérose en plaques, la polyarthrite rhumatoïde ou certaines affections psychiatriques. S'il est exclu de prendre en compte l'état de la personne au moment de la crise, par contre il sera nécessaire de pondérer le taux en fonction de la fréquence et de la sévérité des crises mais aussi de leur incidence sur la vie sociale et professionnelle de la personne.

L'appareillage

Les taux ont pris en compte les progrès réalisés dans le domaine médical, chirurgical et celui des aides techniques. Cependant ces appréciations doivent faire preuve de toute la souplesse nécessaire pour distinguer ce qui est une réelle compensation du handicap : par exemple, une prothèse de jambe parfaitement adaptée et non douloureuse ne constitue qu'un palliatif ; un fauteuil roulant reste indispensable à tous les paraplégiques, même si certains peuvent déambuler sur des distances limitées...

Sauf pour les déficiences auditives, l'évaluation des incapacités se fait en tenant compte des possibilités d'appareillage. Cet appareillage doit être accepté par la personne handicapée, bien toléré, et réellement utilisé. Enfin, les commissions doivent s'assurer, pour le prendre en compte, que la prise en charge de cet appareillage au titre légal est bien totale.

Permanence des troubles - durée des décisions

Les incapacités doivent être suffisamment permanentes pour justifier une décision d'une durée minimale d'un an. Ceci ne justifie pas qu'elles doivent recouvrir un caractère définitif, notamment la phase de consolidation n'a pas besoin d'être atteinte pour fixer le taux. Toutefois, on tiendra compte de l'évolution potentielle pour décider et fixer une durée cohérente. Le diagnostic étiologique, chaque fois qu'il est connu, est important pour renseigner sur l'évolution de l'affection et donc sur la fréquence nécessaire des réexamens. Il permet de renseigner sur les possibilités d'amélioration ou d'aggravation sur un mode continu ou discontinu, même s'il ne permet pas toujours à lui seul de déterminer la présence ou non de déficiences et d'apprécier l'importance des incapacités.

Les enfants

Enfin, si des règles communes d'appréciation peuvent être trouvées pour les enfants et pour les adultes, les experts ont souhaité rappeler les principes directeurs qui conduisent à l'appréciation du taux d'incapacité chez l'enfant.

Les incapacités des enfants doivent être appréciées par rapport à un enfant du même âge en bonne santé, et par rapport aux actes de la vie quotidienne et à une scolarisation « normale ».

Les dispositions du barème spécifiques à l'enfance appliquent un taux compris entre 50 et 80 % aux situations et incapacités entraînant des entraves notables dans la vie quotidienne de l'enfant et de sa famille.

L'appréciation du handicap chez l'enfant est évolutive et tient compte dans la plupart des cas de la permanence de l'aide éducative nécessaire pour maintenir ou développer l'autonomie de l'enfant.

Les commissions seront attentives aux périodes plus sensibles :

- lorsque l'enfant est très jeune, le diagnostic est parfois incertain, par exemple suspicion de surdité, retard psychomoteur évoquant un retard mental important. La commission n'est pas tenue d'attendre un diagnostic étiologique précis pour statuer : on constate qu'il fait défaut dans près d'un tiers des cas. Les réévaluations régulières permettront de prendre en compte l'affinement du diagnostic. Par ailleurs, pour l'enfant très jeune, l'impossibilité de trouver un mode de garde du fait de son handicap, constitue une entrave à la vie quotidienne de l'enfant et de sa famille.

- l'adolescence, par ailleurs, est une période qui peut être marquée par une aggravation ou une réactivation des troubles. Il devra en être tenu compte aussi bien pour fixer le taux d'incapacité que pour fixer l'échéance de révision.

Pour tous les enfants, les capacités d'adaptation sociale et scolaire doivent être évaluées. Le placement en établissement d'éducation spéciale constitue un indicateur et ne doit en aucune manière conduire à lui seul, à l'attribution automatique d'un taux de 50 % ou de 80 % d'incapacité.

EN CONCLUSION

Ce barème est un guide méthodologique, destiné à unifier les pratiques de la CTES et de la COTOREP de Polynésie française, il reprend le barème existant en Métropole utilisé par les CDES et les COTOREP qui a été mis en oeuvre en 1993 par la circulaire 93/36-B du 03 novembre 1993. Ce document a été adapté à la Polynésie française pour les commissions de handicapés dans l'esprit de la délibération 82/36 de 1982.

Outil de travail simple, il permet d'apprécier les difficultés des personnes handicapées, quelle que soit la diversité des situations. Les différents degrés de sévérité sont précis, mais les commissions conservent une souplesse d'appréciation en particulier à l'intérieur de chacune des fourchettes.

Cette introduction est inspirée de Monsieur Michel THIERRY, Directeur de l'Action Sociale dans le guide-barème pour l'évaluation des déficiences et des incapacités des personnes handicapées élaboré en Métropole et publié par le Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les handicapés et les inadaptations, sous le couvert du Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville de France.

Ce présent guide-barème est réalisé sous l'égide du Ministère de la Santé et de la Culture de Polynésie française.

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 3ème 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 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 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, quelle 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 ce 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.

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 50p. 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 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 de compétences, appréciation clinique et psychométrique.

2. CAPACITE 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. CONDUCTES ET ACTES ELEMENTAIRES DANS LA VIE QUOTIDIENNE

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

L'alimentation ;

La toilette ;

L'acquisition de la propreté ;

Le sommeil.

5. CAPACITE GENERALE 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 ;

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.

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 psychomotriques, 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: 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 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 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 p. 100 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.

II.- Critères secondaires

Ils permettent de moduler les taux à l'intérieur des fourchettes définies par les critères principaux. On prendra en compte :

- Le retentissement relationnel sur la vie sociale, la déficience pouvant être acceptée par l'entourage ou, à l'opposé, entraîner un isolement, une marginalisation ou une dépendance totale ;
- Les relations avec le milieu professionnel, depuis la gêne au travail, mais la personne est tolérée par le milieu professionnel, jusqu'à l'incapacité à tout travail.

Section 3

Epilepsie (déficiences liées à l'épilepsie)

Toutes les épilepsies ne sont pas des handicaps. Les épilepsies dont les crises sont bien contrôlées par le traitement et sans trouble associé ne constituent pas un handicap. A l'opposé, toute épilepsie active constitue un handicap. Ce handicap est en rapport avec:

1. Les crises (caractérisées par leur fréquence et leur gravité), le retentissement du traitement dont les effets secondaires peuvent être majeurs.
2. Les déficiences pouvant être associées aux épilepsies: retard mental, déficience du psychisme, déficience de l'appareil locomoteur, déficience du langage et de la parole, déficience viscérale et générale...

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

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

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

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

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

Niveau III : déficience importante, 50 ... 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, supérieur 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.

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 psychopathologiques, 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 incapacités 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.

CHAPITRE II

Déficiences du psychisme

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'évolativité) 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 de 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.

- **Egal 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 CAPACITES 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.

Capacités, 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. CAPACITE 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 ELEMENTAIRES DANS LA VIE QUOTIDIENNE

Il s'agit d'apprécier 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. CAPACITE GENERALE 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 1 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 psycho-sociale. 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 psycho-sociale 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 cumulé, 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 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 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 déficiences 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

I. TROUBLES DE LA VOLITION

Comprend : Apragmatisme ;
Négligisme ;
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 PENSEE (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 socio professionnelle, troubles notables du cours de la pensée et de la cohérence du discours (taux : 5G 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 socio-professionnelle (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 perturbant 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 :

Logorhée,

Préciosité

Coq-à-l'âne,

Néologismes,

Echolalie,

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 socio professionnelle (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 hyperactivités désordonnée (taux 20 à 45 p. 100)

b) *Manifestations mal contrôlées perturbant la vie socio-professionnelle* : 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 hypo-maniaques 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 socioprofessionnelle ; 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 1er, section 3.

8. TROUBLES INTELLECTUELS

A. - Séquelles d'une affection mentale précoce :

a) Personnalité frustrée, 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 : ils s'apprécieraient en fonction des acquisitions d'aptitudes pratiques de la vie courante que des notions de calcul et de lecture complétées 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 socio professionnelle 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 : plus 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. 1 00).

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 socio-professionnelle* (taux : 80 à 90 p. 100).

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

9. TROUBLES DE LA VIE EMOTIONNELLE ET AFFECTIVE

Comprend : Anxiété, angoisse ;

Doute ;

Indifférence affective ;

Discordance affective ;

Instabilité affective ;

Troubles du caractère ;

Immaturité affective ;

Timidité.

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

Anxiété permanente ou crises d'angoisse peu fréquentes ;

Labilité émotionnelle ;

Irritabilité ;

Timidité ;

Immaturité affective.

b) *Troubles non compensés* apportant une gêne importante à la vie socioprofessionnelle, maintien d'une vie quotidienne possible (taux : 50 à 75 p. 100).

- Angoisse permanente ou crises de panique répétées ou importantes
difficultés de contrôle émotionnel (notamment accès

fréquents de colère inadaptés, éreutrophobie invalidante) ;

- Tendance à la discordance affective (rires immotivés) ;

- Pauvreté des affects ;

- Doubte permanent (folie du doute).

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

Angoisse de nature psychotique ou

Discordance affective totale ou (1)

Indifférence affective totale ou

Absence totale de contrôle émotionnel

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 socio-professionnelle et entraînant une demande répétée de soins (taux : 50 à 75 p. 1 00).

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, tendues, état grabataire) (taux : plus de 95 p. 100).

(1) Ce paragraphe n'a pas été reproduit au Journal Officiel du 06 novembre 1993 bien que figurant dans le décret. Il est donné à titre d'exemple. Un erratum, dans un prochain Journal Officiel, sera fait.

II. - Critères secondaires

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

On prendra en compte :

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

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

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

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

- adulte jeune : moins de 30 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 ;

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

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 fonctions : l'audition (chapitre III) et le langage (chapitre IV, 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-après, 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, 1000, 2000 et 4000 Hz.

$$\text{pm dB} = \frac{\text{p dB 500} + \text{p dB 1000} + \text{p dB 2000} + \text{p dB 4000}}{4}$$

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

Si la mesure n'est faite qu'à partir d'enregistrements électro physiologiques, n'apportant en général d'informations que sur les fréquences aiguës 2000 à 4000 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 +
moins de 20 dB	0	5	10	15	20	20
20 à 39 dB	5	10	15	20	25	30
40 à 49 dB	10	15	25	30	35	40
50 à 59 dB	15	25	35	40	50	55
60 à 69 dB	20	30	40	50	60	70
70 à 79 dB	25	35	50	60	70	75
80 dB et au-dessus	30	40	55	70	75	80

II. - Acouphènes / Vertiges

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

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

III. - Handicaps associés

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

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. DEFICIENCE LEGERE 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 eu/ou dyslexie résiduelle et/ou dyscalculie, dysarthrie mineure, retard simple du langage.

2. DEFICIENCE 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 : (taux : 5 à 20 p. 100) ;

Déficiences du langage ***et de la parole***

CHAPITRE IV

- association à des troubles du calcul et de la syntaxe : (taux : 10 à 40 p. 100)

3. DEFICIENCE 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. DEFICIENCE SEVERE 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. DEFICIENCE LEGERE

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. DEFICIENCE 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. DEFICIENCE IMPORTANTE (taux : 50 0 75 p. 100)

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

4. DEFICIENCE SEVERE (taux : 80 à 95 p. 100)

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

III. - Déficiences vocales

Elles comprennent les Laryngectomies.

Nota : Pour les troubles du comportement ou de la personnalité à expression vocale voir le chapitre Déficience 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 GENE 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 ces 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 du langage normale

5 p. 100 - Niveau du 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.

10p. 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.

15p. 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

I. - 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 visuel le 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 4 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 à 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^e 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.

A. - Acuité visuelle de loin (échelle de Monoyer à 5 mètres)

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.

	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 10	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	30	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

I. DEFICIENCES DU CHAMP VISUEL

L'estimation fonctionnelle des séquelles doit privilégier le repérage des altérations détectables dans le champ visuel de chaque oeil.

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

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

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

a) *Hémianopsies* :

Hémianopsie complète (taux : 42 p. 100) :

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

Hémianopsie incomplète :

- en fonction du schéma concernant le champ visuel.

Hémianopsie altitudinale totale :

- supérieure (taux : jusqu'à 26 p. 100)
- inférieure (taux : jusqu'à 60 p. 100)

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

Hémianopsie binasale :

- en fonction du schéma et de la vision centrale.

b) *Quadrantopsie*

- 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 (3a et 3b)

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

2. DEFICIENCES DE L'OCULOMOTRICITE

a) *Vision binoculaire et décompensation* (taux : 1 à 5p. 100)

b) *Séquelles de paralysie oculo-motrice*
diplopie en haut (taux : 3 à 10 p. 100)
diplopie en bas (taux : 15 à 25p. 100)
diplopie latéral (taux : 10 à 15p. 100)

c) *Paralysies de fonction du regard* :

paralysie vers le haut (taux : 3à 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 d'incapacité de base sera de 15p. 100.

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

5. ANNEXES DE L'OEIL

Larmoiement, photophobie, ectropion, entropion, prothèse oculaire mal supportée (taux : 1 à 5 p. 100).

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

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