

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

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

Selon leur importance, déficiences et incapacités fonctionnelles peuvent être évaluées selon une échelle divisée généralement en 5 classes réparties de la manière suivante :

1. Troubles légers entraînant une gêne, quelques interdits rares ou des troubles subjectifs sans incapacité réelle dans la domesticque habituelle.
2. Troubles d'importance moyenne entraînant des interdits multiples et quelques signes cliniques d'incapacité fonctionnelle, permettant cependant le maintien de l'autonomie du sujet dans la vie quotidienne.
3. Troubles importants obligeant à des aménagements notables de la vie quotidienne limitée au logement ou à l'environnement immédiat. Autonomie conservée pour les actes élémentaires de la vie quotidienne (toilette, habillage, alimentation). Ce niveau de troubles définit l'obtention d'un taux au moins égal à 50 p. 100.
4. Déficience grave entraînant la perte de l'autonomie pour la plupart des actes essentiels de la vie quotidienne. Ceci définit en principe le seuil de 80 p 100.
5. Déficience sévère entraînant un état de dépendance totale et permanente.

## *Déficiences viscérales et générales*

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

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

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

1. Les contraintes liées au traitement ou aux techniques de compensation par exemple dans le cas de l'insuffisance rénale (hémodialyse), des ablations (les stomies), et des greffes d'organe (pendant la durée du traitement).
2. Les contraintes liées à l'évolutivité de la déficience lorsque cette évolutivité est connue comme très rapide.
3. Les contraintes liées au risque de mort subite même si les éléments d'incapacité permanente sont très discrets.

Dans les cas fréquents d'une déficience viscérale ou générale ayant entraîné à titre de complications d'autres déficiences (visuelles, motrices...} secondaires, il conviendra de se reporter aux chapitres correspondant à chacune des déficiences concernées

Exemples :

- diabète isolé : voir déficiences endocriniennes ;
- diabète avec lésions oculaires, rénales... se reporter aux déficiences oculaires, rénales...

Les différents taux s'ajoutent selon les règles habituelles

## Section 1

### Déficiences de la fonction cardio-vasculaire

#### I. - Déficiences de la fonction cardiaque

Seules les affections chroniques et invalidantes de façon durable sont prises en compte pour l'évaluation

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

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

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

# 1. QUATRE NIVEAUX D INCAPACITE SONT DEFINIS COMME SUIVANT (quel que soit le type de pathologie) :

a) *Déficience légère* totalement compensée par le traitement, quelques interdits rares mais pas d'incapacité dans la vie socioprofessionnelle ou domestique habituelle. Les activités physiques ordinaires n'induisent pas ou peu de fatigue, de palpitations ou de dyspnée. (taux : 1 à 2 p. 100)

- Troubles subjectifs sans support organique (palpitations...).
- Cardiopathie congénitale ou acquise ayant bénéficié avec succès d'une cure chirurgicale palliative ou réparatrice.

b) *Déficience modérée* entraînant des interdits multiples et quelques signes cliniques d'incapacité fonctionnelle (malgré le traitement médical) permettant cependant le maintien de l'autonomie du sujet dans la vie quotidienne et socioprofessionnelle. Dyspnée ou angor à moins de deux étages:

- Signes électro et échocardiographiques en rapport avec les manifestations cliniques (taux : 20 à 45 p. 100)

c) *Déficience importante* obligeant à des aménagements notables de la vie quotidienne avec cependant autonomie pour les actes élémentaires de la vie quotidienne.

Signes cliniques permanents ou répétés entravant tout effort (moins d'un étage) (taux : 50 à 75 p. 100).

- Insuffisance cardiaque droite ou gauche ou troubles du rythme sévères compensés par le traitement médical ; Signes électro et échocardiographiques en rapport avec ces manifestations ;

- Cardiopathie congénitale cyanogène avec saturation en oxygène comprise entre 70 et 80 p. 100 au repos et/ou ayant une polyglobulie avec une hémocrite supérieure à 65 p. 100.

Une hypertension artérielle pulmonaire fixée justifie toujours d'un taux au moins égal à 50 p. 100 et qui peut atteindre 80 p. 100 en fonction du retentissement fonctionnel (voir ci-dessus).

d) *Déficience sévère* de la fonction entraînant un état de dépendance pour la plupart des actes de la vie quotidienne. Dyspnée ou angor au moindre effort ou au repos (taux : 80 à 90 p. 100) :

- Insuffisance cardiaque décompensée ou compensée de façon précaire et instable par la thérapeutique ;
- Troubles du rythme graves et récidivants malgré le traitement (tachycardie ventriculaire récidivante par exemple...);
- Angor permanent ou quasi-permanent rebelle au traitement ;
- Cardiopathie congénitale cyanogène avec saturation en oxygène de base inférieure à 70 p. 100, ou/et inférieure à 50 p. 100 après effort modéré.

Signes électro et échocardiographiques : en rapport avec l'affection.

## 2. CAS PARTICULIERS (taux de base dans ces cas) :

a) *Transplantation* : compte-tenu des contraintes thérapeutiques (taux : 50 à 75 p. 100)

b) *Stimulateur cardiaque* (taux : 20 p. 100)

c) *Risque de mort subite* :

Si risque indéfini : non quantifiable en matière d'incapacité ;

Ne peut être quantifié que sur l'existence de troubles du rythme à l'électrocardiogramme (éventuellement épreuve d'effort ou Holter) ou d'altération de la fonction cardiaque à l'échocardiographie. Dans ce cas se reporter aux paragraphes précédents.

## II. - Déficiences vasculaires périphériques

### I. ARTERITES :

L'incapacité sera appréciée en tenant compte de critères :

Cliniques : poulx,  
claudication intermittente,  
douleurs,  
troubles trophiques.

Paracliniques : Doppler,  
artériographie ou  
angiographie numérisée.

a) *Formes légères* (taux : 1 à 15 p. 100)

- Quelques interdits rares mais pas d'incapacité dans la vie socio-professionnelle ou domestique habituelle ;
- Disparition d'un poulx distal avec sténose incomplète au Doppler chez un sujet asymptomatique ;
- Claudication intermittente à la marche rapide et prolongée.

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

Entraînant des interdits multiples et quelques signes d'incapacité fonctionnelle : impossibilité de courir ou de porter des charges lourdes, périmètre de marche limité avec claudication intermittente permettant cependant le maintien de l'autonomie du sujet dans la vie quotidienne et socioprofessionnelle, nécessité d'un traitement continu.

Explorations complémentaires (Doppler) confirmant le tableau clinique.

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

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

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

Maintien de l'autonomie pour les actes élémentaires de la vie quotidienne. Nécessité d'un traitement continu.

Comprend les pontages périphériques de résultat clinique médiocre. Examens paracliniques confirmant le tableau clinique.

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

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

Troubles trophiques marqués et douleurs de décubitus.

**Nota.** - Atteinte isolée d'un membre inférieur, se reporter au chapitre « déficiences de l'appareil locomoteur ».

## 2. ATTEINTES VEINEUSES (primitives ou post-phlébitiques)

L'incapacité sera appréciée essentiellement sur des signes cliniques : troubles fonctionnels (douleurs à la station debout prolongée), signes d'examens (dilatations veineuses, oedème, troubles trophiques, ulcères).

a) *Formes légères* (taux : 1 à 15 p. 100) :

Avec dilatations veineuses, troubles fonctionnels notables, oedème vespéral.

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

Avec dilatations veineuses, troubles fonctionnels marqués, oedème important et existence de troubles trophiques (ulcères répétés).

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

Dilatations veineuses massives, troubles trophiques graves (ulcères) et oedème très important gênant la marche qui est limitée au logement ou à l'environnement immédiat.

Phlébites répétées nécessitant une surveillance et un traitement continu (maladie thrombo-embolique).

## 3. TROUBLES ANGIO-NEUROTIQUES :

Ils s'apprécieront sur des critères identiques.

Exemples : a) *Formes légères* (taux : 1 à 15 p. 100)

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

## III. - Hypertension artérielle

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

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

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

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

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

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

## Section 2

### Déficiences de la fonction respiratoire

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

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

La déficience de la fonction respiratoire est appréciée par :

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

Actuellement, les examens habituellement utilisés pour évaluer la déficience respiratoire peuvent comporter, en fonction de la gravité de la déficience :

- Spirographie ;
- Gaz du Sang (GDS) ;
- Epreuve d'effort ;
- Test de transfert du CO.

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

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

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

#### 1. DEFICIENCE LEGERE (taux : 1 à 15 p. 100)

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

Signes cliniques : ils peuvent se présenter sous forme de :

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

Examens paracliniques :

- déficit fonctionnel ventilatoire avec une Capacité Vitale (CV) un Volume Expiratoire Maximal. Seconde (VEMS) ou une Capacité Pulmonaire Totale (CPT) compris entre 71 et 80 p. 100 de la valeur théorique, ou
- anomalies de l'épreuve d'effort maximum, ou
- test de transfert du CO entre 61 et 80 p. 100 de la valeur théorique.

#### 2. DEFICIENCE MODEREE (taux : 20 à 45 p. 100)

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

Signes cliniques :

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

Signes paracliniques :

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

**3. DEFICIENCE IMPORTANTE (taux : 50 à 75 p. 100)**

Selon l'importance de la gêne fonctionnelle :

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

Signes cliniques :

- Dyspnée à la marche lente (ne peut plus marcher à son pas) ;
- Ou signes de retentissement cardiaque ;

- Ou asthme à dyspnée continue malgré le traitement ou avec crises sévères (à titre indicatif plus d'une dizaine par mois) ;

Signes paracliniques :

- Soit un déficit fonctionnel ventilatoire avec CV, VEMS ou CPT compris entre 40 et 60 p. 100 de la valeur théorique ;
- Soit une hypoxémie au repos compris entre 60 et 70 mmHg ;
- Soit une hypoxémie d'effort comprise entre 60 et 50 mmHg (60 > Pa O<sub>2</sub> > 50 mmHg) ;
- Soit des signes électriques et radiologiques de retentissement cardiaque droit.

**Cas particulier de la Mucoviscidose :**

On attribuera un taux compris entre 50 et 75 p. 100 dans les cas suivants :

- Syndrome bronchique avec toux et expectoration nécessitant le recours à une kinésithérapie quotidienne ;
- Syndrome infectieux bronchique limité à une colonisation chronique à staphylo ou à haemophilus traité par antibiothérapie orale épisodique ;
- Syndrome infectieux sinusien caractérisé par une altération de l'image radiologique sans polypose ;
- Epreuves Fonctionnelles Respiratoires caractérisées à ce stade par un abaissement du V.E.M.S. ;
- Absence de désaturation nocturne ou à l'effort ;
- Image radiologique caractérisée par un début de foyers d'impactions mucoïdes, un emphysème modéré.

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

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

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

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

Signes cliniques :

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

Signes paracliniques :

- déficit fonctionnel ventilatoire avec une CV, un VEMS ou une CPT inférieur à 40 p. 100 de la valeur théorique ;
- hypoxémie de repos avec Pa O<sub>2</sub> < 50 mmHg, ou
- signes permanents périphériques et électrocardiographiques de retentissement ventriculaire droit.

**Cas particulier de la Mucoviscidose :**

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

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

- d'un broncho-spasme surajouté, ou
- d'atteintes bronchiques caractérisées par l'implantation du pseudo-monas et entraînant le recours à l'antibiothérapie orale ou intraveineuse séquentielle ou sur demande médicale, ou

- d'une toux constante, expectoration muco-purulente, souvent dyspnée, cyanose, hippocratisme digital.

Anomalie des Epreuves Fonctionnelles Respiratoires (VEMS ou CPT) amputées de 40 p. 100 de la valeur théorique.

Perturbation des constantes gazo métriques : chute de la PO<sub>2</sub> au-dessous de 60, désaturation nocturne ou à l'effort nécessitant une oxygénothérapie 15 heures sur 24.

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

On prendra en compte les déficiences associées lorsqu'elles existent selon les modalités habituelles. Notamment pour la mucoviscidose, on se reportera à la section sur les déficiences de la fonction digestive (section 3) [déficiences du pancréas exocrine, déficiences de la fonction hépatique] sur les déficiences d'origine endocrinienne et/ou métabolique (section 5) ainsi que les troubles de la vie affective et émotionnelle (chapitres I et II) (taux 1 à 15 p. 100).

## *II. - Cas particuliers*

### **1. PATHOLOGIE TUMORALE**

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

### **2. SEQUELLES D'EXERESE CHIRURGICALE**

Se reporter aux critères d'insuffisance respiratoire (1)

Exemples :

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

- pneumectomie totale entraînant une déficience importante (taux : 50 à 75 p. 100).

### **3. TRANSPLANTATION PULMONAIRE**

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

### **4. LA DOULEUR**

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

### Section 3

## Déficiences de la fonction de digestion

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

Les troubles doivent être suffisamment durables pour retentir sur la vie quotidienne et socio-professionnelle.

### I. - Déficiences de l'appareil digestif

Les critères permettant d'évaluer le retentissement fonctionnel des déficiences de l'appareil digestif sont les suivants :

- Les troubles de la prise alimentaire ;
  - Les troubles du transit ;
  - Les troubles sphinctériens ;
  - L'état général ;
- les manifestations cliniques pouvant être paroxysmiques ou continues.

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

Quatre niveaux de déficience peuvent être définis :

1° Déficience légère sans retentissement dans les conditions normales de la vie quotidienne et socioprofessionnelle (taux : 1 à 15 p. 100) :

- Nausées épisodiques ;
- Diarrhée ou constipation occasionnelle cédant rapidement sous traitement douloureux à l'adéfaction ;
- Hémorragie cédant sous traitement symptomatique.

Ces troubles fonctionnels ne retentissent pas sur l'état général et les examens cliniques sont normaux .

2° Déficience moyenne avec quelques limitations dans la vie quotidienne et socioprofessionnelle (taux : 20 à 40 p. 100) :

- Nausées fréquentes avec vomissements nécessitant un traitement permanent ;
- Diarrhée ou constipation répétée nécessitant un traitement permanent ;
- Troubles sphinctériens à type de fistule laissant le passage de certaines matières.

Ces troubles fonctionnels ne retentissent pas sur l'état général de façon importante (la perte pondérale étant inférieure à 10 p. 100 du poids du corps)

L'asthénie reste modérée mais les examens para-cliniques mettent en évidence des anomalies.

3° Déficience importante obligeant à des aménagements de la vie quotidienne (taux : 50 à 75 p. 100) :

- Gêne à la prise alimentaire avec impossibilité de prise des aliments solides ;
- Anorexie sévère ;
- Diarrhée permanente malgré le traitement ;
- Incontinence fécale partielle.

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

4° Déficience sévère avec abolition totale d'une fonction de l'appareil digestif (taux : 80 à 90 p. 100) :

- Incapacité de s'alimenter ou anorexie totale nécessitant une alimentation artificielle ;
- Diarrhée permanente totale telle que toute prise alimentaire per os est impossible ;
- Incontinence fécale totale. 1

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

## Cas particuliers :

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

10 p. 100 pour les douleurs épisodiques n'entravant pas la vie quotidienne et nécessitant un traitement occasionnel ;  
 20 p. 100 pour les douleurs beaucoup plus fréquentes gênant la vie quotidienne et nécessitant un traitement permanent ;  
 30 p. 100 pour les douleurs permanentes retentissant sur l'état général avec des manifestations physiques telles qu'un faciès douloureux et un aspect dépressif entravant toute activité.

2° Cas particulier des stomies définitives :

|                 |           |
|-----------------|-----------|
| Colostomie      | 70 p. 100 |
| Oesophagostomie | 80 p. 100 |
| Gastrostomie    | 80 p. 100 |
| Jéjunostomie    | 80 p. 100 |
| Iléostomie      | 80 p. 100 |

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

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

4° Les excrèses :

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

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

## II. - Déficiences de la fonction hépatique

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

- Les signes cliniques ;
- Les signes biologiques ;
- Les signes histologiques (ponction biopsique hépatique) :

Le retentissement sur l'état général et les complications : hypertension, portale, varices, oesophagiennes, insuffisance hépatique, encéphalo-pathie hépatique, hépatocarcinome.

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

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

- Avec perturbations biologiques
- Test de cytolysé inférieur à cinq fois le taux normal
- Sans hypertension portale
- Sans encéphalopathie
- Sans insuffisance hépatique.

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

Avec perturbation des tests de cytolysé supérieurs à 5 fois le taux normal ou gamma globulines sériques supérieures à 20g/L ;

- Hypertension portale ;
- Varices oesophagiennes sans hémorragie ;
- Pas d'encéphalopathie.

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

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

- Episodes hémorragiques contrôlés par le traitement ;
- Episodes ascitiques contrôlables ou épisodes d'encéphalopathie invalidante.

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

- Ascite irréductible ;
- Hémorragies graves répétées ;
- Encéphalopathie prolongée avec détérioration intellectuelle grave.

### *Cas particuliers :*

Les tumeurs du foie : - hépatocarcinome ou tumeur secondaire (taux : plus de 80 p. 100) ;

- angiosarcome du foie (taux : plus de 80 p. 100)

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

Déficience du pancréas exocrine :

## Section 4

### Déficiences des fonctions rénale et urinaire

#### *I. - Déficience rénale*

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

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

#### **1. DEFICIENCE RENALE LEGERE (taux : 1 à 15 p. 100) :**

Imposant une surveillance clinique et biologique régulière, sans retentissement sur la vie quotidienne et socio-professionnelle.

Exemples :

Pathologies avec hématurie ou protéinurie isolée, manifestations cliniques bien compensées, manifestations biologiques d'intensité légère (clairance de la créatinine supérieure à 70 ml/mn).

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

## 2. DEFICIENCE RENALE MODEREE (taux : 15 à 45 p. 100) :

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

### Exemples :

Insuffisance rénale dont la clairance de la créatinine est comprise entre 30 et 70 p. 100 de la normale, manifestations cliniques modérées (asthénie, anémie, hypertension artérielle, syndrome néphrotique).

Tubulopathie chronique, avec manifestations cliniques et métaboliques (diabète insipide, hypokaliémie, hyponatrémie, hypercalciurie, acidose, etc...) imposant surveillance régulière, diététique et traitement adaptés.

Lithiase (l'insuffisance rénale ou les conséquences parenchymateuses étant évaluées pour leur propre compte) avec crises douloureuses hématuriques, épisodes de surinfection.

## 3. DEFICIENCE RENALE IMPORTANTE (taux : 50 à 75 p. 100)

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

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

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

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

Clairance de la créatinine inférieure 10ml/mn.

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

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

## II. - Déficiences de l'appareil urinaire

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

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

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

Douleurs fréquentes, perturbant l'activité quotidienne (taux : 20 p. 100)

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

## 1. LES TROUBLES FONCTIONNELS :

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

b) *Troubles fonctionnels permanents* :

Incontinence urinaire :

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

Rétention urinaire :

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

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

- Stomies chirurgicales (cystostomie, urétérostomie) selon la tolérance (taux : 70 à 80 p. 100)

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

## Section 5

### Déficiences d'origine endocrinienne, métabolique et enzymatique

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

Quelle qu'en soit l'étiologie, une déficience d'origine endocrinienne, métabolique ou enzymatique sera appréciée selon l'intensité de la gêne fonctionnelle (réduction des capacités de déplacements, de l'activité, etc.) et le poids des contraintes médicales inhérentes à cette déficience (régime, traitements médicamenteux, surveillance régulière).

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

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

#### *I.- Diabète (sucré)*

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

2. Diabète insulino-requérant (type intermédiaire) (taux : 15 à 30 p. 100)

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

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

## II.- Obésité

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

## III.- Nanisme

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

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

## IV. - Déficiences endocriniennes

|                   |                                         |
|-------------------|-----------------------------------------|
| Hypertthyroïdie : | Hypothyroïdie                           |
|                   | Insuffisance surrénale                  |
|                   | Hypercorticisme (spontané ou iatrogène) |
|                   | Diabète insipide, etc...                |

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

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

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

- les déficiences liées à l'existence de manifestations permanentes ou répétées ;

- le risque de troubles majeurs à l'occasion d'une exposition particulière.

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

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

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

Exemples :

- déficit en enzymes de la glycogénolyse et de la glycolyse ;
- déficit en enzymes impliqués dans la dégradation des acides gras ;
- déficit des enzymes de la chaîne respiratoire ;
- érythroblastoses mineures ;
- Hypercholestérolémies et hypertriglycéridémies familiales ;
- Hémophilie et autres anomalies de la coagulation, etc...

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

Exemples : - sphingolipidoses, mucopolysaccharidoses.

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

## Section 6

### Déficiences hématopoïétiques et déficiences du système immunitaire

Elles peuvent être congénitales (hémoglobinopathies, hémophilies) ou acquises : (SIDA, chimiothérapie, cancers, leucoses, toxiques)

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

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

#### 1. DEFICIENCE LEGERE (taux : 1 à 10 p 100) :

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

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

#### 2. DEFICIENCE MODEREE (taux de 20 à 45 p. 100)

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

Exemple : - polyadénopathies ;

- asthénie;

- amaigrissement.

**3. DEFICIENCE IMPORTANTE (taux : 50 à 75 p. 100) :**

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

Exemple : - sujet présentant les éléments d'un A.R.C.

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

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

Exemples :

- sida avéré ;

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

## *Règles générales*

### **1. EVALUER LES DEFICIENCES 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) déficiences(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. DEFICIENCES ASSOCIEES**

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

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

- Génito-sexuelles et sphinctériennes (chapitre VI, sections 3 et 4) ;
- Respiratoires (chapitre VI, section 2) ;
- Du langage et de la parole (chapitre IV) ;
- De la fonction d'alimentation (déglutition.. chapitre VI, section 3) ;
- Sensorielles (appareil oculaire chapitre V ; ou auditif chapitre III) ;
- Comitiales (chapitre I, section 3) ;

# *Déficiences de l'appareil locomoteur*

## **CHAPITRE VII**

- 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 fonctionnel.

Il faudra également tenir compte des symptômes tels que douleur, ou fatigue (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 essentiels de la vie doit être considérée(s) comme une déficience sévère (supérieure ou égale à 80 p. 100).

Ces actes essentiels sont notamment :

Les transferts (lever et coucher; WC ; 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 faudra 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 (ex : tenue de la tête, paralysie des membres).*

### I. - Déficiences de la tête

*Nota. Voir règles générales en tête de 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 3.

Le retentissement sur la marche sera apprécié séparément sauf si les déficiences de la tête sont isolées et perturbent la déambulation (déficience importante).

#### 1. DEFICIENCE LEGERE (taux : 1 à 20 p. 100)

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

#### 2. DEFICIENCE MODEREE (taux : 20 à 40 p. 100)

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

#### 3. DEFICIENCE IMPORTANTE (taux : 50 à 70 p. 100)

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

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

## II. - Déficience du tronc

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

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

Les déficiences du tronc comprennent, quelle qu'en soit l'étiologie (neurologique, rhumatismale, orthopédique, etc...) les déficiences motrices du tronc, les troubles de la statique et du tonus, les déviations du rachis, les déficiences discales et vertébrales...

Le retentissement tiendra compte des douleurs, de la raideur, de la déviation/déformation, de l'étendue des lésions.

Le retentissement cardio-respiratoire éventuel sera apprécié à part (chapitre VI, section 1 et / ou 2).

Le retentissement sur la marche sera apprécié séparément sauf si les déficiences du tronc sont isolées (retentissement sur la marche = déficience importante ou sévère).

#### 1. DEFICIENCE LEGERE (taux : 1 à 20 p. 100)

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

Exemples : lombalgies simples, déviation minime.

## 2. DEFICIENCE MODEREE (taux : 20 à 40 p. 100)

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

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

## 3. DEFICIENCE IMPORTANTE (taux : 50 à 75 p. 100)

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

Exemple : raideur et/ou déviation importante, ou reclassement professionnel nécessaire.

## 4. DEFICIENCE SEVERE (taux : 80 à 85 p. 100)

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

### III. Déficiences mécaniques des membres

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

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

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

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

## 1. DEFICIENCE LEGERE (taux : 1 à 20 p. 100)

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

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

## 2. DEFICIENCE MODEREE (taux : 20 à 40 p. 100)

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

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

## 3. DEFICIENCE IMPORTANTE (taux : 50 à 75 p. 100)

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

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

**4. DEFICIENCE SEVERE (taux : 80 à 90 p. 100)**

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

Exemple : blocage de plusieurs grosses articulations.

***IV - Déficiences motrices ou paralytiques des membres***

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

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

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

**1. DEFICIENCE LEGERE (taux : 1 à 20 p. 100)**

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

Exemple : tremblement de repos, certains troubles sensitifs isolés.

**2. DEFICIENCE MODEREE (taux : 20 à 40 p. 100)**

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

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

**3. DEFICIENCE IMPORTANTE (taux : 50 à 75 p. 100)**

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

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

**4. DEFICIENCES SEVERES (taux : 80 à 90 p. 100)**

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

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

## V. - Déficiences par altération des membres

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

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

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

### 1. DEFICIENCE LEGERE (taux : 1 à 20 p. 100)

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

Exemples : amputations partielles ou isolées des doigts ou des orteils, raccourcissement minime...

### 2. DEFICIENCE MODEREE (taux : 20 à 40 p. 100)

Génant 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, de l'avant-pied, raccourcissement gênant (boiterie)

### 3. DEFICIENCE IMPORTANTE (taux : 50 à 75 p. 100)

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

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

### 4. DEFICIENCE SEVERE (taux : 80 à 90 p. 100)

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

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

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

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

Exemples : - amputation : voir déficiences motrices (chapitre VII) ;

- énucléation : voir déficiences visuelles (chapitre V).

## CHAPITRE VIII

### *Déficiences esthétiques*

#### 1. DEFICIENCE ESTHETIQUE LEGERE (taux : 1 à 10 p. 100)

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

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

#### 2. DEFICIENCE ESTHETIQUE MOYENNE (taux : 15 à 35 p. 100)

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

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

**3. DEFICIENCE ESTHETIQUE IMPORTANTE (taux : 50 à 60 p. 100)**

Entravant considérablement toute la vie sociale pour le sujet.

Exemples :

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

**4. DEFICIENCE ESTHETIQUE SEVERE (taux : 65 à 85 p. 100)**

Exemple :

- défiguration complète interdisant toute vie sociale et professionnelle.