

Dossier technique

Guide des éligibilités pour les décisions prises dans les maisons départementales des personnes handicapées

Mai 2013



Pour leur participation à l'élaboration de ce document, la CNSA remercie le docteur Anne Marseault, Chantal Métayer et Dominique Rival de la MDPH des Yvelines et le docteur Frédéric Tallier de la MDPH de la Creuse.

Sommaire

Introduction	3
Guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées (annexe 2-4 du CASF)	7
Introduction générale au guide-barème.....	10
Chapitre I – Déficiences intellectuelles et difficultés de comportement.....	10
Chapitre II – Déficiences du psychisme.....	14
Chapitre III – Déficiences de l'audition.....	22
Chapitre IV – Déficiences du langage et de la parole.....	23
Chapitre V – Déficiences de la vision.....	26
Chapitre VI – Déficiences viscérales et générales.....	31
Chapitre VII – Déficiences de l'appareil locomoteur.....	40
Chapitre VIII – Déficiences esthétiques.....	44
Compléments à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé	45
Guide d'évaluation pour l'attribution d'un complément à l'allocation d'éducation spéciale.....	46
I – La référence à un enfant du même âge sans déficience.....	47
II – Détermination de la nécessité de recours à la tierce personne du fait du handicap de l'enfant.....	49
III – Les frais liés au handicap.....	51
IV – Règles concernant la proratisation du versement de l'AES en rapport avec la prise en charge par un établissement sanitaire ou d'éducation spéciale.....	53
Capacité de travail inférieure à 5 %	55
Circulaire n° DGAS/1C/2006/37 du 26 janvier 2006.....	56
Circulaire n° DGAS/1C/SD3/2007/141 du 10 avril 2007.....	60
Restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi (RSDAE)	63
Article D. 821-1-2 Créé par Décret n° 2011-974 du 16 août 2011 - art. 2.....	63
Circulaire n° DGCS/SD1/2011/413 du 27 octobre 2011.....	64
Annexe 1 : Les éléments d'appréciation de la restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi compte tenu du handicap (RSDAE).....	67
Annexe 2 : Schéma d'instruction de la notion de RSDAE.....	72
Référentiel pour l'accès à la prestation de compensation (annexe 2-5 du CASF)	73
Chapitre 1 – Conditions générales d'accès à la prestation de compensation.....	73
Chapitre 2 – Aides humaines.....	74
Chapitre 3 – Aides techniques.....	78
Chapitre 4 – Aménagement du logement.....	80
Carte de stationnement pour personne handicapée (annexe à l'arrêté du 13 mars 2006 modifié par l'arrêté du 5 février 2007 relatif aux critères d'appréciation d'une mobilité pédestre réduite et de la perte d'autonomie dans le déplacement)	83
Décret n° 2012-903 du 23 juillet 2012 relatif à l'aide individuelle et à l'aide mutualisée apportées aux élèves handicapés	85



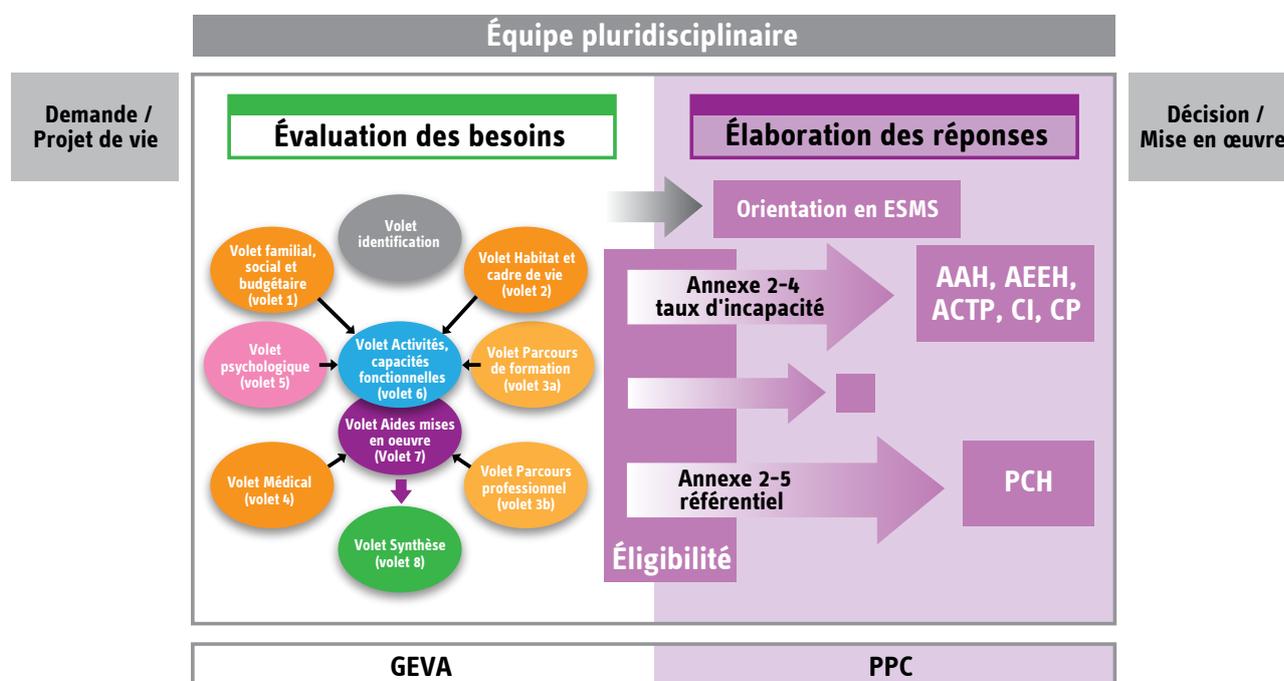
Introduction

L'éligibilité dans les MDPH consiste à vérifier les conditions permettant d'accorder ou non à une personne une ou des prestations relevant d'une décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Pour ce faire, l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH recueille au cours de l'évaluation les éléments permettant de vérifier si les critères d'éligibilité sont remplis pour telle ou telle prestation.

L'équipe pluridisciplinaire détermine, le cas échéant, un taux d'incapacité permanente en application du guide barème [...] Elle se fonde en outre sur les référentiels prévus par des réglementations spécifiques pour l'accès à certains droits ou prestations. Art. R. 146-28 du CASF

Pour autant, l'évaluation de la situation et des besoins des personnes ne se limite pas à la vérification de ces critères, qui ne suffisent en aucune façon à construire les réponses à inscrire dans le plan personnalisé de compensation.

C'est ainsi que le GEVA¹, guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées, support réglementaire du recueil des éléments d'évaluation de leur situation, comporte des items dans différentes dimensions, qui vont bien au-delà des seuls critères d'accès aux prestations.



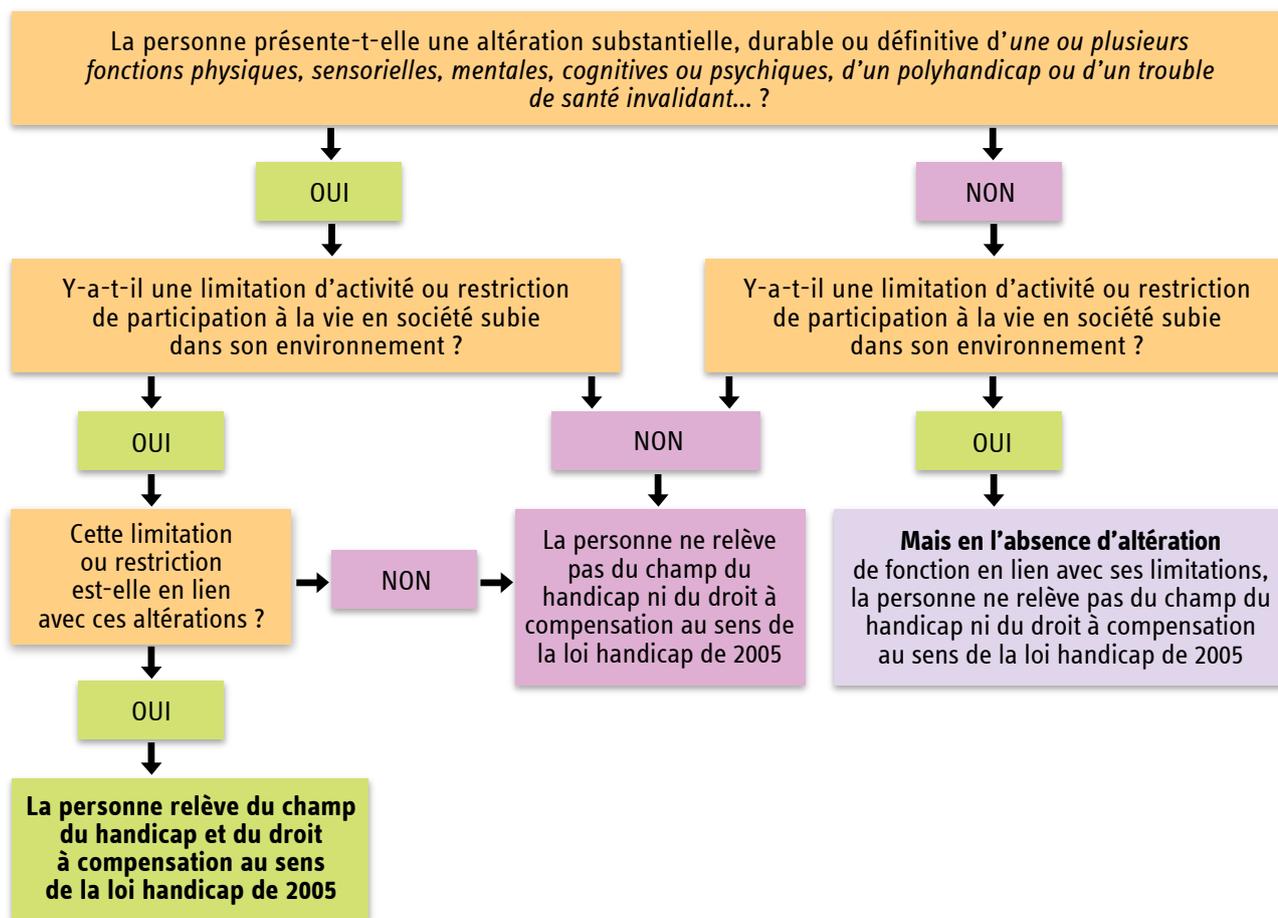
L'évaluation, comme la définition des critères d'éligibilité, s'appuie sur la définition du handicap qui est multidimensionnelle et nécessite d'aborder les activités et la participation de la personne à la vie sociale, ainsi que les facteurs personnels et environnementaux qui agissent comme facilitateurs ou obstacles à la réalisation de ces activités.

En effet, selon l'article L. 114 du code de l'action sociale et des familles :

Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation de la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

1 Un cahier pédagogique relatif au GEVA est disponible sur http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/CAHIERpedagogique_GEVA_Web.pdf.

L'arbre ci-dessous permet de s'interroger sur l'application ou non de la notion de handicap à la situation de la personne :



En conséquence de cette définition du handicap, qui mobilise plusieurs dimensions de la situation de la personne et non exclusivement les troubles qui en sont à l'origine, **aucun des outils d'éligibilité n'est uniquement médical, y compris le guide-barème** (voir introduction réglementaire).

Chacun de ces outils est spécifique à une ou plusieurs prestations. Ils n'ont pas pour objectif de dire « dans l'absolu » qui est handicapé ou qui ne l'est pas : ils ne mesurent pas un « taux de handicap » mais un ou des critères qui ont été choisis réglementairement comme seuil d'accès à la ou les prestations correspondantes. Dans ce cadre, le guide-barème n'est qu'un des outils d'éligibilité parmi d'autres : bien que représentant la « porte d'entrée » pour l'accès à plusieurs prestations, il ne permet pas de juger de la pertinence des réponses de compensation et n'est pas à utiliser dans tous les cas.

Le guide-barème permet à l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH d'attribuer une fourchette de taux d'incapacité, première condition pour que la CDAPH se prononce sur :

- l'attribution de la carte d'invalidité/carte de priorité pour personne handicapée ;
- l'attribution de l'allocation pour adulte handicapé (AAH) et du complément de ressources ;
- l'attribution de l'allocation d'éducation pour l'enfant handicapé (AEEH) et, le cas échéant, du droit d'option avec la prestation de compensation pour les enfants ;
- les révisions des allocations compensatrices (AC) pour tierce personne (ACTP) ou pour frais professionnels (ACFP) ;
- et formule un avis pour l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF).

Pour certaines de ces décisions, des critères complémentaires sont à appliquer (voir schéma p. 6).

Le guide-barème ne permet pas de déterminer l'éligibilité aux autres prestations ni aux orientations.



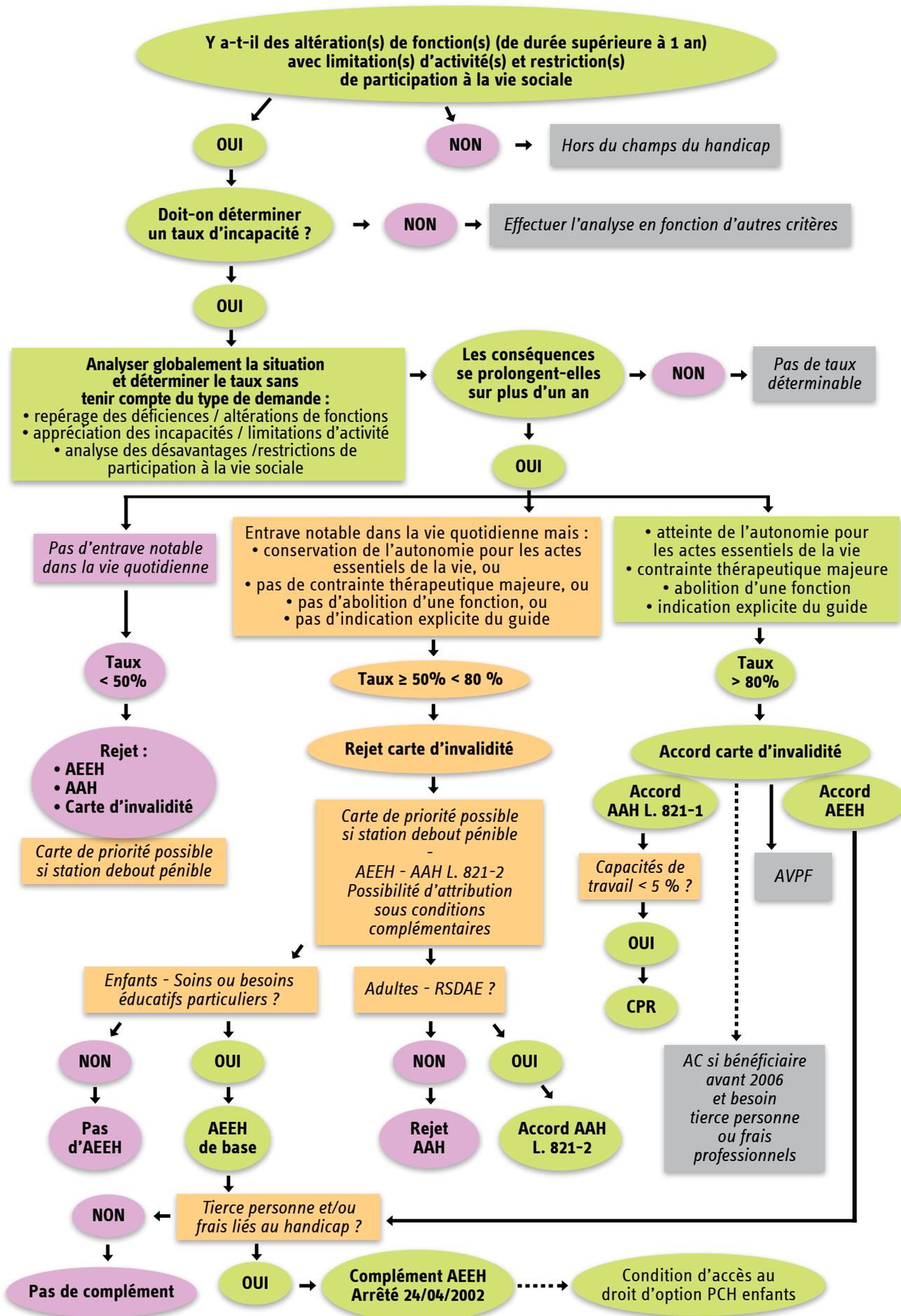
L'évaluation de la globalité de la situation de la personne, qui vise en premier lieu à mettre en évidence ses besoins de compensation, apporte donc également les informations nécessaires à l'utilisation de ces référentiels d'éligibilité. Par exemple, le référentiel d'accès à la prestation de compensation, basé sur les capacités fonctionnelles dans dix-neuf activités, ne représente qu'une petite partie du volet « activités » du GEVA consacré à l'évaluation des activités dans les différents domaines de la vie.

Concernant le guide-barème, il sera nécessaire de s'appuyer sur certaines des données de l'évaluation globale, relevant à la fois du volet médical (déficiences, contraintes liées aux traitements) et du volet « activités » du GEVA, en matière de réalisation effective et de participation sociale, pour déterminer un taux d'incapacité basé sur l'impact des déficiences dans la vie quotidienne des personnes.

Aucun de ces outils ne vise à déterminer l'éligibilité à tous les droits des personnes et l'on peut noter en particulier qu'il n'existe pas de référentiel spécifique pour orienter les personnes vers des dispositifs spécialisés dans l'accueil médico-social, le travail, la scolarisation en milieu adapté ou l'accompagnement à l'inclusion en milieu ordinaire.



Les éligibilités qui dépendent du guide-barème



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

Version Legifrance de mars 2013 (code de l'action sociale et des familles Article Annexe 2-4).

Introduction générale au guide-barème

Le présent guide-barème a pour objet de permettre la détermination d'un taux d'incapacité, pour l'application de la législation applicable en matière d'avantages sociaux aux personnes atteintes d'un handicap¹ tel que défini à l'article L. 114-1 du code de l'action sociale et des familles. « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

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

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

- **Déficience** : c'est-à-dire toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique. La déficience correspond à l'aspect lésionnel et équivaut, dans la définition du handicap, à la notion d'altération de fonction.
- **Incapacité** : c'est-à-dire toute réduction résultant d'une déficience, partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain. L'incapacité correspond à l'aspect fonctionnel dans toutes ses composantes physiques ou psychiques et équivaut, dans la définition du handicap, à la notion de limitation d'activité.
- **Désavantage** : c'est-à-dire les limitations (voire l'impossibilité) de l'accomplissement d'un rôle social normal en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels. Le désavantage (et donc la situation concrète de handicap) résulte de l'interaction entre la personne porteuse de déficiences et/ou d'incapacités et son environnement.

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

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

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

¹ Certaines décisions prises par la commission prévue à l'article L. 241-5 du code de l'action sociale et des familles, outre la reconnaissance d'un taux d'incapacité fixé réglementairement, nécessitent que d'autres conditions soient remplies. Celles-ci font éventuellement l'objet d'outils d'aide à la décision différents du présent guide-barème.

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

- I. – Déficiences intellectuelles et difficultés de comportement.
- II. – Déficiences du psychisme.
- III. – Déficiences de l'audition.
- IV. – Déficiences du langage et de la parole.
- V. – Déficiences de la vision.
- VI. – Déficiences viscérales et générales.
- VII. – Déficiences de l'appareil locomoteur.
- VIII. – Déficiences esthétiques.

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

- forme légère : taux de 1 à 15 % ;
- forme modérée : taux de 20 à 45 % ;
- forme importante : taux de 50 à 75 % ;
- forme sévère ou majeure : taux de 80 à 95 %.

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

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

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

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

- se comporter de façon logique et sensée ;
- se repérer dans le temps et les lieux ;
- assurer son hygiène corporelle ;
- s'habiller et se déshabiller de façon adaptée ;
- manger des aliments préparés ;
- assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale ;
- effectuer les mouvements (se lever, s'asseoir, se coucher) et les déplacements (au moins à l'intérieur d'un logement).

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

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

- individualisée : en effet, certaines déficiences graves entraînent des incapacités modérées. A l'inverse, des déficiences modérées peuvent du fait de l'existence d'autres troubles, par exemple d'une vulnérabilité psychique notable, avoir des conséquences lourdes. De même, des déficiences bien compensées par un traitement (de quelque nature qu'il soit) peuvent entraîner des désavantages majeurs dans l'insertion sociale, scolaire ou professionnelle de la personne, notamment du fait des contraintes liées à ce traitement ;
- globale : même si le repérage des différentes déficiences est nécessaire, en revanche pour la détermination du taux d'incapacité, les taux mentionnés dans les différents chapitres ne s'ajoutent pas de façon arithmétique sauf précision contraire indiquée dans le chapitre correspondant.



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

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

Le chapitre I^{er} comprend :

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

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

- les épilepsies qui sont traitées dans la troisième section.

Le chapitre II concerne les troubles psychiques. Il est organisé également en deux sections, l'une concernant les enfants et adolescents, l'autre les adultes.

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

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

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



Chapitre I^{er} – Déficiences intellectuelles et difficultés de comportement

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- taux inférieur à 50 p. 100 : incapacité modérée n'entraînant pas d'entrave notable dans la vie quotidienne de l'enfant ou de celle de sa famille ;
- taux compris entre 50 p. 100 et 80 p. 100 : incapacité importante entraînant une entrave notable dans la vie quotidienne de l'enfant et de sa famille ;
- taux égal ou supérieur à 80 p. 100 : incapacité majeure, entraînant une entrave majeure dans la vie quotidienne de l'enfant et de celle de sa famille.

A – Registres d'évaluation

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

1. Conscience et capacités intellectuelles

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

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

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

2. Capacité relationnelle et comportement

Avec les membres de la famille.

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

On appréciera notamment :

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

3. La communication

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

On examinera les points suivants :

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

4. Conduites et actes élémentaires dans la vie quotidienne

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

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

5. Capacité générale d'autonomie et de socialisation

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

Hors de la vie familiale :

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

B – Autres éléments d'appréciation

Complémentaires de l'étude analytique des incapacités résultant des atteintes des grandes fonctions psychiques, ils permettent au médecin expert de porter une appréciation globale, cotée, selon les trois niveaux de sévérité déterminés ci-dessus.

Le diagnostic : il sera indiqué en référence à une classification des maladies reconnue nationale ou internationale. L'âge où la déficience est intervenue, son ancienneté, son évolutivité, les possibilités thérapeutiques, les soins entrepris, leur lourdeur, la fréquence des éventuelles hospitalisations.

La présence d'autres atteintes fonctionnelles.

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

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

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

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

I – Critères principaux

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

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

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

- la toilette ;
- l'habillement ;
- les courses ;
- la cuisine ;
- les déplacements locaux.

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

- la personne ayant une déficience intellectuelle peut-elle :
 - comprendre ?
 - se faire comprendre ?
 - prendre des initiatives adaptées ?
 - mettre à exécution et réaliser ces initiatives ?
- peut-elle ou pourrait-elle gérer seule sa propre existence ?
- peut-elle ou pourrait-elle vivre seule ?

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

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

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

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

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

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

II – Critères secondaires

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

On prendra en compte :

- le retentissement relationnel sur la vie sociale, la déficience pouvant être acceptée par l'entourage ou, à l'opposé, entraîner un isolement, une marginalisation ou une dépendance totale ;
- les relations avec le milieu professionnel, depuis la gêne au travail, mais la personne est tolérée par le milieu professionnel, jusqu'à l'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 à 75 p. 100 : crises avec chutes et/ou perte de connaissance (au moins une par semaine) ou absences (au moins une par jour).

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

Niveau IV : déficience sévère, supérieure à 80 p. 100 : crises avec chutes et/ou perte de connaissance (au moins une par jour).

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

Chapitre II – Déficiences du psychisme

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

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

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

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

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

- inférieur à 50 p. 100 : incapacité modérée, n'entraînant pas d'entrave notable dans la vie quotidienne du sujet ou celle de sa famille ;
- de 50 à 80 p. 100 : incapacité importante, entraînant une gêne notable dans la vie quotidienne du sujet ou celle de sa famille ;
- égal ou supérieur à 80 p. 100 : incapacité majeure, entraînant une entrave majeure dans la vie quotidienne du sujet et de celle de sa famille.

L'âge de seize ans est l'âge minimum d'entrée dans le monde du travail : les incapacités et désavantages dans le champ professionnel ajoutent une nouvelle perspective dans la détermination de ce qui est à compenser. Aussi, suivant les cas, il peut être plus opportun de se reporter au guide-barème établi pour les atteintes neuropsychiques des adultes.

A – Registres d'évaluation

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

1. Conscience et capacités intellectuelles

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

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

Capacité de discerner les dangers.

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

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

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

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

2. Capacité relationnelle et comportement

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

On appréciera notamment :

- la capacité à nouer des relations dans des situations de jeu et d'apprentissage ;
- la capacité d'adaptation au milieu habituel, et à des situations nouvelles ;
- certaines difficultés particulières de comportement (stéréotypie, hyperactivité...) qui perturbent les relations avec l'entourage.

3. La communication

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

On examinera les points suivants :

- compréhension du langage de l'entourage ;
- capacité d'expression non verbale à des fins de communication, mimique, gestuelle ;
- capacité d'expression verbale à des fins de communication : capacité à manifester une curiosité en posant des questions (non stéréotypées) et à répondre à des questions de manière adaptée (faculté de dépasser l'écholalie) ;
- capacité concernant l'expression écrite : écriture, lecture.

4. Conduites et actes élémentaires dans la vie quotidienne

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

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

5. Capacité générale d'autonomie et de socialisation

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

Hors de la vie familiale :

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

B – Autres éléments d'appréciation

Complémentaires de l'étude analytique des incapacités résultant des atteintes des grandes fonctions psychiques, ils permettent au médecin expert de porter une appréciation globale, cotée, selon les trois niveaux de sévérité déterminés ci-dessus.

Le diagnostic : il sera indiqué en référence à une classification des maladies reconnue, nationale ou internationale. L'âge de survenue des troubles, leur ancienneté, leur évolutivité.

Les possibilités thérapeutiques, les soins entrepris, leur lourdeur, la fréquence des éventuelles hospitalisations. La présence d'autres atteintes fonctionnelles.

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

Section 2 : Déficiences psychiques de l'adulte

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

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

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

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

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

De la même façon, plusieurs troubles relativement modérés peuvent, par un effet cumulatif, retentir de façon importante dans la vie 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 et/ou de la vie professionnelle avec des sollicitations plus ou moins importantes de l'entourage, le taux attribué sera compris entre 50 p. 100 et 75 p. 100.

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

I – Principaux critères de déficience pris en compte

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

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

- la toilette ;
- l'habillement ;
- les courses ;
- la cuisine ;
- les déplacements locaux ou sur trajet connu.

II – Critères secondaires

Ils permettent de moduler les taux :

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

I – Critères principaux de déficience

1. Troubles de la volition

Comprend :

- apragmatisme ;
- négativisme ;
- compulsions obsessionnelles ;
- ambivalence ;
- inhibition.

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

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

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

2. Troubles de la pensée (cours et contenu)

Comprend :

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

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

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

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

3. Troubles de la perception

Comprend :

- illusions ;
- hallucinations ;
- déréalisation.

a) Compensé : compatible avec la vie quotidienne et socioprofessionnelle (taux : 20 à 45 p. 100).

b) Non compensé : perturbation dans la vie socioprofessionnelle mais maintien de la vie quotidienne (taux : 50 à 75 p. 100).

c) Envahissement de la conscience avec ou sans moments de retour dans la réalité ou entravant la vie quotidienne (taux : 80 à 95 p. 100).

4. Troubles de la communication (langage)

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

Comprend :

- troubles de la forme, du contenu du langage et de l'expression gestuelle :
 - logorrhée ;
 - préciosité ;
 - coq-à-l'âne ;
 - néologismes ;
 - écholalie ;
 - discordance, parasitisme, mimique, stéréotypies gestuelles ou déficitaires ;
- troubles fonctionnels :
 - bégaiement ;
 - mutisme ;
 - repli autistique.

a) Troubles de la communication entraînant une gêne dans la vie quotidienne (taux : 20 à 45 p. 100).

b) Troubles de la communication entraînant des perturbations dans l'activité socioprofessionnelle (taux : 50 à 75 p. 100).

c) Insuffisance de la communication perturbant ou entravant la vie quotidienne et la vie socioprofessionnelle ; hermétisme absolu ou repli autistique total ou aphasie globale ou mutisme total (taux : 80 à 95 p. 100).

5. Troubles du comportement

Comprend :

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

a) Troubles du comportement contrôlés restant compatibles avec la vie quotidienne et socioprofessionnelle : théâtralisme ou irritabilité ou timidité ou perplexité pathologiques ou hyperactivité désordonnée (taux : 1 à 45 p. 100).

b) Manifestations mal contrôlées perturbant la vie socioprofessionnelle : automutilation névrotique, agressivité, rites ou phobies invalidants, instabilité (taux : 50 à 75 p. 100).

c) Perturbation ou empêchement du contrôle des actes : agitation importante ou menaces inquiétantes de passage à l'acte violent ou rites, phobies envahissant le comportement, actes de violence majeurs ou agitation extrême ou danger pour la vie de l'intéressé ou de son entourage (taux : 80 à 95 p. 100).

6. Troubles de l'humeur

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

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

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

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

7. Troubles de la conscience et de la vigilance

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

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

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

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

Nota. – En ce qui concerne l'épilepsie, se reporter au chapitre I^{er}, section 3.

8. Troubles intellectuels

A. Séquelles d'une affection mentale précoce

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

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

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

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

B. D'acquisition tardive :

Comprend :

- troubles de la mémoire ;
- troubles de l'attention ;
- troubles du jugement, du calcul mental ;
- troubles de l'orientation temporelle et spatiale.

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

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

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

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

9. Troubles de la vie émotionnelle et affective

Comprend :

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

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

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

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

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

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

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

10. Expression somatique des troubles psychiatriques

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

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

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

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

II – Critères secondaires

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

On prendra en compte :

- le retentissement relationnel sur la vie sociale et affective, les troubles pouvant être bien acceptés par l'entourage ou, à l'opposé, entraînant un isolement, une marginalisation ou une dépendance totale ;
- les relations avec le milieu professionnel, depuis la gêne au travail (mais le sujet est toléré par le milieu professionnel) à l'inaptitude à tout travail ;
- les hospitalisations, quand elles sont prolongées, fréquentes, répétées, peuvent constituer un indice de gravité. A apprécier selon les possibilités locales de prise en charge [sic] ;
- l'âge du patient et l'ancienneté de la maladie :
 - adulte jeune : moins de trente ans et maladie récente évolutive (moins de cinq ans), réévaluation au minimum tous les deux ans pour tenir compte de l'évolution du handicap ;
 - cas particulier : épisode aigu (exemple : bouffée délirante), ne baser l'évaluation de l'incapacité que sur les manifestations résiduelles après stabilisation ;
- l'importance et la tolérance du traitement.

Remarques :

- le retentissement des divers traitements et thérapies n'est pas toujours séparable de celui de la pathologie qui les justifie ;
- à prendre en compte lorsque cette thérapeutique entraîne une gêne à la vie quotidienne ou une régression ou des effets secondaires pour certains médicaments.

Chapitre III – Déficiences de l’audition

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

La mesure de la déficience auditive est faite sans appareillage.

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

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

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

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

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

I – Les taux d’incapacité

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

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

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

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

II – Acouphènes/vertiges

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

III – Handicaps associés

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

^a Tableau ci-dessous fixant les taux d’incapacité au-delà de trois ans (Note de l’éditeur).

Chapitre IV – Déficiences du langage et de la parole

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

I – Déficiences acquises du langage et de la parole (en tant qu'outil de communication) chez l'enfant, chez l'adulte après l'acquisition de l'écriture et de la lecture

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

1. Déficience légère du langage et de la parole (taux : 0 à 15 p. 100)

Les symptômes sont peu gênants, l'examen est normal ou subnormal.

Exemples : dysorthographe et/ou dyslexie résiduelle et/ou dyscalculie, dysarthrie mineure, retard simple du langage.

2. Déficience moyenne du langage et de la parole entravant la communication mais permettant le maintien de l'autonomie dans la vie quotidienne (taux : 20 à 45 p. 100)

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

3. Déficience importante du langage et de la parole (taux : 50 à 75 p. 100)

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

Exemples :

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

4. Déficience sévère du langage et de la parole (taux : 80 à 95 p. 100)

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

Exemples :

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

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

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

1. Déficience légère

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

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

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

Exemples :

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

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

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

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

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

III – Déficiences vocales

Elles comprennent les laryngectomies.

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

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

1. Communication pouvant entraîner une gêne dans la vie relationnelle telle que (taux : 10 à 40 p. 100)

- troubles qualitatifs de l'émission vocale, touchant de manière isolée ou associée :
 - hauteur ;
 - timbre ;
 - intensité, quelle que soit la cause (congénitale, malformative, traumatique, tumorale...), y compris les paralysies laryngées.
- troubles du débit de l'émission :
 - bégaiement ;
 - troubles mécaniques, ventilatoires ou paralytiques (par exemple trachéotomie chronique).
- déficiences vocales d'origine oropharyngée :
 - d'origine vélaire, rhinolalies notamment fentes et paralysies vélares ;
 - d'origine linguale, notamment paralytique ;
 - d'origine malformative ;
 - après traumatismes maxillo-faciaux.

2. Absence de voix (taux : 50 à 75 p. 100)

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

Exemples :

- absence de larynx fonctionnel, possibilité de compensation par rééducation, aides vocales ;
- laryngectomie totale entraînant des troubles sévères de la communication ;
- laryngectomie partielle et/ou totale avec implantation d'une prothèse interne ;
- laryngectomie reconstructive.

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



IV – Conséquences d'une déficience auditive congénitale ou acquise

Les données du barème du niveau de parole et de langage traduisent une difficulté sociale de relation linguistique dans la langue maternelle. Les conséquences vocales seront appréciées par rapport à une personne entendante et non par rapport à une personne sourde même correctement rééduquée. Elles feront l'objet d'un bilan de parole ou de langage par un phoniatre ou un orthophoniste.

Si les difficultés d'élocution et le retard de langage sont la conséquence de la déficience auditive, on fixera le taux d'incapacité selon quatre paliers 0, 5, 10 et 15 p. 100 définis comme suit et l'on ajoutera arithmétiquement ce taux à celui résultant de l'application du barème du niveau acoustique d'audition (cf. chapitre II).

- 0 p. 100. Elocution normale : niveau de langage normal.
- 5 p. 100. Niveau de langage normal : difficultés d'élocution relevant des aspects suivants :
 - perturbation du débit et du rythme, difficultés mélodiques et d'intonation ;
 - troubles d'articulation liés à la surdité ;
 - troubles de la voix : anomalie de la hauteur, du timbre, de l'intensité, voix nasonnée.
- 10 p. 100. Difficultés d'élocution, comme le groupe précédent.
Retard de parole et/ou langage, notamment :
 - chute de la fin des mots et difficultés de prononciation des groupes consonantiques, mots déformés ;
 - emploi peu fréquent des mots grammaticaux (articles, adverbes, conjonctions...), temps des verbes incorrects.
- 15 p. 100. Difficultés majeures d'élocution, troubles importants du langage ou absence d'expression acoustique de la parole, au mieux parole intelligible seulement pour la famille ou les professionnels de la rééducation.



Chapitre V – Déficiences de la vision

I – Déficiences de l'acuité visuelle

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

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

Plusieurs définitions de la cécité sont actuellement employées :

- cécité complète : sont atteints de cécité complète ceux dont la vision est abolie ($v = 0$) au sens absolu du terme avec abolition de la perception de la lumière ;
- sont considérés comme atteints de quasi-cécité ceux dont la vision centrale est égale ou inférieure à 1/20 d'un œil, 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'œil le meilleur a une acuité égale au plus à 1/20 avec un rétrécissement du champ visuel inférieur à 20° dans son secteur le plus étendu.

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

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

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

a) Acuité visuelle de loin :

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

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

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



b) L'acuité visuelle de près :

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

Diminution de l'acuité visuelle de près des deux yeux.

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

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

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

II – Autres déficiences de la fonction et de l'appareil oculaire

1. Déficiences du champ visuel

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

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

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

^b Voir page suivante (Note de l'éditeur).



Figure 1 - Coupole de Goldman

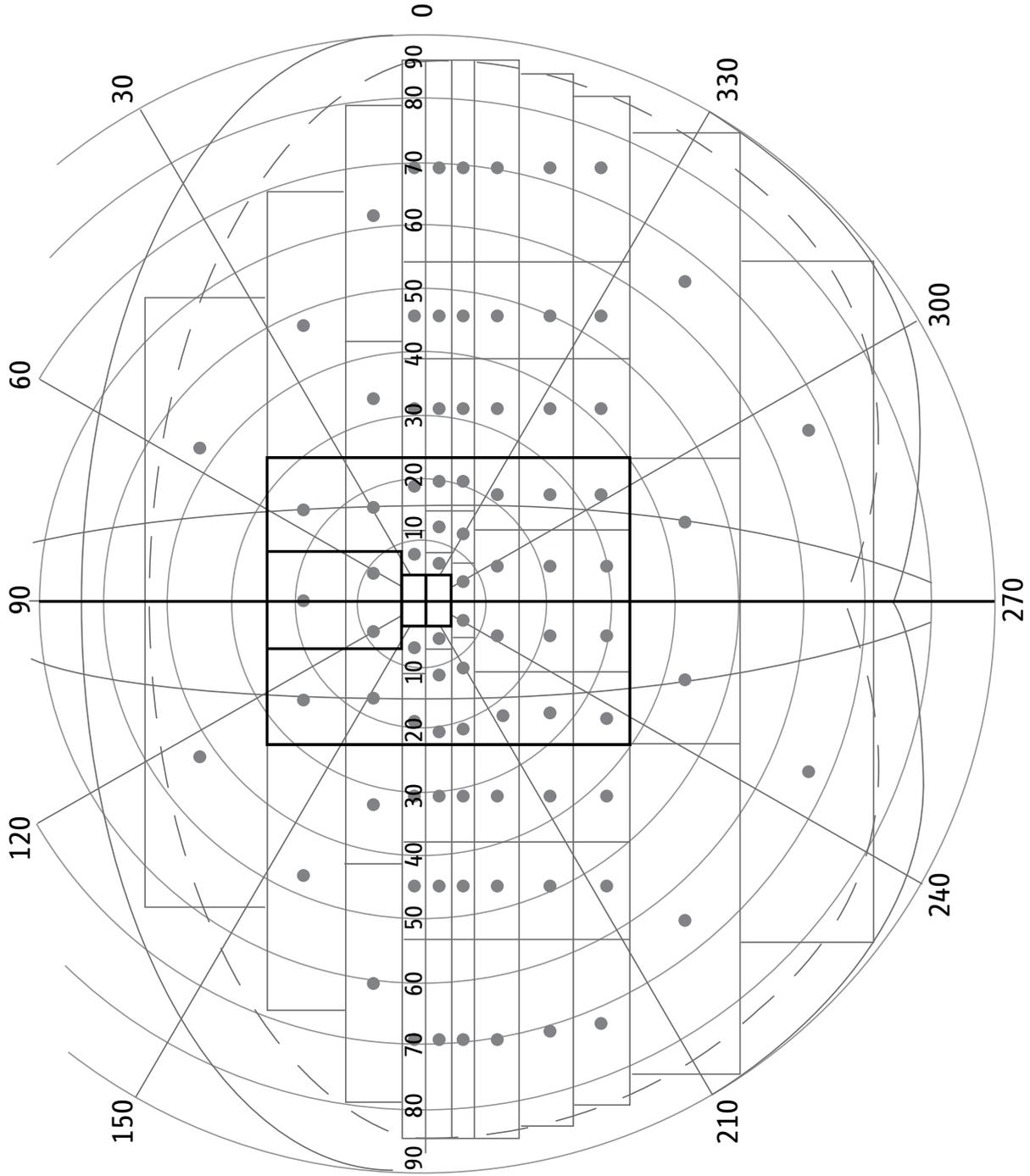
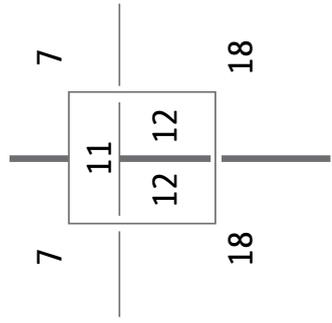


Figure 2



Si une évaluation à la coupole de Goldman n'est pas disponible, le médecin expert aura recours à la méthode classique, en étudiant le champ visuel de chaque œil. Les altérations du champ visuel 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) Quadransopie : supérieure (taux : jusqu'à 13 p. 100) ; inférieure (taux : jusqu'à 30 p. 100).

c) Déficit non systématisé :
suivant le taux affecté par le schéma.

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

En cas de certitude absolue :

- de 60 o à 30 o (taux : 0 à 5 p. 100) ;
- de 30 o à 20 o (taux : 16 p. 100) ;
- de 20 o à 10 o (taux : 32 p. 100) ;
- inférieure à 10 o (taux : de 70 à 80 p. 100).

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

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

2. Déficiences de l'oculomotricité

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

b) Séquelles de paralysie oculomotrices :

- diplopie en haut (taux : 3 à 10 p. 100) ;
- diplopie en bas (taux : 15 à 25 p. 100) ;
- diplopie latérale (taux : 10 à 15 p. 100).

c) Paralysies de fonction du regard :

- paralysie vers le haut (taux : 3 à 5 p. 100) ;
- paralysie vers le bas (taux : 15 à 25 p. 100) ;
- paralysie latérale (taux : 10 à 12 p. 100) ;
- paralysie de la convergence (taux : 10 à 15 p. 100).

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

- paralysie de l'accommodation uni ou bilatérale (taux : 10 p. 100) ;
- mydriase aréactive (taux : 5 p. 100).

3. Autres troubles neuro-ophtalmologiques

a) Troubles de la reconnaissance visuelle :

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

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

4. Aphakies

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

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

En cas d'aphakie unilatérale :

- si l'acuité de l'œil opéré demeure inférieure à celle de l'œil non opéré (taux : 8 à 10 p. 100) ;
- dans le cas inverse (taux : 10 à 12 p. 100) ;
- en cas d'aphakie bilatérale, le taux de l'incapacité de base sera de 15 p. 100.

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

5. Annexes de l'œil

Larmoiement, photophobie, ectropion, entropion.

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

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

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

Chapitre VI – Déficiences viscérales et générales

Introduction

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

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

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

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

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

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

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

1. Troubles légers entraînant une gêne, quelques interdits rares ou des troubles subjectifs sans incapacité réelle dans la vie sociale, scolaire, professionnelle ou quotidienne.
2. Troubles d'importance moyenne entraînant des interdits et quelques signes objectivables d'incapacité fonctionnelle, permettant cependant le maintien de l'autonomie et de l'insertion du sujet dans la vie sociale, scolaire, professionnelle ou quotidienne.
3. Troubles importants obligeant à des aménagements notables de la vie quotidienne, qui se trouve alors limitée au logement ou à l'environnement immédiat ou nécessite des aides ou efforts particuliers pour maintenir une vie sociale, scolaire, professionnelle ou quotidienne dans les limites de la normale. L'autonomie est cependant conservée sans effort majeur pour les actions relevant de l'autonomie individuelle, telles que définies dans l'introduction du présent guide-barème. Ce niveau de troubles définit l'obtention d'un taux au moins égal à 50 %.
4. Troubles graves ou majeurs entraînant la réduction de l'autonomie individuelle. Le seuil de 80 % est ainsi atteint.

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

Section 1 : Les déficiences viscérales et générales

I – Déficiences des fonctions cardio-respiratoires

I-1 Déficiência de la fonction myocardique

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

- n'avoir aucune conséquence quand elle est bien contrôlée par un traitement peu contraignant (cf. infra section 2)^c ;
- avoir un niveau de contrainte important en matière de régime ou d'activité, quand l'état clinique est très instable et que le moindre écart est suivi d'une décompensation ;
- entraîner un confinement au domicile, voire au lit ou au fauteuil, avec dyspnée au moindre effort entravant toute activité dans les stades ultimes d'évolution.

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

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

I-2 Déficiência de la fonction coronaire

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

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

I-3 Déficiencias de la régulation du rythme cardiaque

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

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

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

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

I-5 Déficiencias respiratoires

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

Les incapacités concernant la locomotion sont également souvent présentes.

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

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

^c Voir page 36 (Note de l'éditeur).

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

Quels qu'en soient la cause et le niveau d'atteinte au cours de la chaîne du transport de l'oxygène (y compris hématologique : cf. infra 6.1)^d, les conséquences atteignent potentiellement tous les tissus et organes. A ce titre, elles ont un retentissement en termes d'incapacité et de désavantage qu'il conviendra d'analyser en référence aux différents chapitres concernés de façon globale.

II – Déficiences de la fonction de digestion

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

- les troubles de la prise alimentaire, parmi lesquels notamment :
 - gêne à la prise alimentaire (impossibilité de prise des aliments solides ou liquides, défaut de salivation...);
 - troubles de l'appétit ;
 - fausses routes ;
 - nécessité d'une alimentation artificielle entérale ou parentérale ;
 - nausées, vomissements.
- les troubles du transit, parmi lesquels notamment :
 - diarrhée, malgré le traitement ;
 - constipation ayant un retentissement important dans la vie quotidienne.
- les troubles sphinctériens, parmi lesquels notamment :
 - incontinence fécale partielle ou totale ;
 - stomies et leur retentissement dans la vie quotidienne.

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

III – Déficiences de la fonction hépatique

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

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

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

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

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

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

IV – Déficiences des fonctions rénales et urinaires

On peut distinguer plusieurs types de déficiences :

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

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

^d Voir page 35 (Note de l'éditeur).

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

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

A un stade plus avancé, la survie de la personne dépend de traitements extrêmement contraignants et entraînant des incapacités qui peuvent être importantes, notamment les incapacités révélées par certaines situations. Ces incapacités et contraintes seront à apprécier en s'appuyant sur la section 2 du présent chapitre. Le retentissement des déficiences associées, notamment endocriniennes et psychiques, sera pris en compte également en référence aux chapitres concernés.

IV-2 Déficience de la fonction d'élimination

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

IV-3 Déficiences des fonctions endocriniennes rénales

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

V – Déficiences d'origine endocrinienne, métabolique et enzymatique

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

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

V-1 Déficience de la régulation glycémique

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

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

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

V-2 Déficience de la régulation pondérale

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

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

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

V-3 Déficience de la taille

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

V-4 Autres déficiences endocriniennes ou enzymatiques

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

- des incapacités révélées par certaines situations : interdiction d'exposition à des facteurs d'environnement particuliers (physiques, alimentaires, toxiques, médicamenteux...);
- d'incapacités variables dans le temps ;
- des contraintes entraînées dans la vie courante du fait de ces facteurs, d'un régime alimentaire particulier, d'une adaptation nécessaire du milieu scolaire ou professionnel, ou des traitements ou appareillages.

VI – Déficiences des fonctions immuno-hématologiques

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

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

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

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

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

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

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

VI-2 Déficiences des fonctions immunitaires

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

VI-3 Déficiences de l'hémostase

Quand il s'agit de déficiences, prolongées, elles peuvent induire des déficiences motrices par atteinte répétée des articulations, dont il est nécessaire de tenir compte.

Pour les trois types de déficiences mentionnées ci-dessus, les processus pathologiques et les déficiences sont parfois bien contrôlés, mais au prix de contraintes potentiellement lourdes. Les traitements sont souvent générateurs d'effets secondaires, prises médicamenteuses répétées, interdictions et entraves diverses. Ces éléments sont alors en eux-mêmes constitutifs du handicap.

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

VII – Déficiences des fonctions cutanées et troubles des phanères

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

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

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

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

VII – Déficiences génitales, sexuelles et de la reproduction

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

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

Section 2 : Éléments à prendre en compte dans l'évaluation de la situation de la personne

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

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

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

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

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

II – Les incapacités

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

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

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

II-1 Incapacités concernant la locomotion

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

II-2 Incapacités concernant les soins corporels

La toilette comme l'habillage, ou la prise d'aliments peuvent être rendus difficiles. Il est important de savoir si l'aide d'une tierce personne est nécessaire pour réaliser ces actes et la lourdeur de cette aide : doit-on aider dans l'installation et la préparation du geste, ou faire le geste complètement ou partiellement à la place de la personne ?

L'élimination fécale ou urinaire : est-elle contrôlée ou non ? Nécessite-t-elle des protections ou appareillages ? Ceux-ci doivent-ils être disponibles en permanence ? Entraînent-ils des tâches supplémentaires ?

II-3 Incapacités révélées par certaines situations

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

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

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

III – Les contraintes

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

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

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

IV – Situation des enfants ou adolescents

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

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

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

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

Section 3 : Guide pratique pour la détermination du taux d'incapacité

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

IV – Troubles graves ou majeurs entraînant la réduction de l’autonomie individuelle

Le seuil de 80 % est ainsi atteint.

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

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

- les incapacités sont difficilement ou non compensées par des appareillages, aides techniques ou traitements ;
- les incapacités ne sont compensées, y compris par une aide humaine, qu’au prix de contraintes importantes telles que décrites à la section 2 du présent chapitre.

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



Chapitre VII – Déficiences de l'appareil locomoteur

Règles générales

1. Évaluer les déficiences motrices

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

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

2. Déficiences associées

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

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

- génito-sexuelles et sphinctériennes (chapitre VI, sections 3 et 4) ;
- respiratoires (chapitre VI, section 2) ;
- du langage et de la parole (chapitre IV) ;
- de la fonction d'alimentation (déglutition..., chapitre VI, section 3) ;
- sensorielles (appareil oculaire, chapitre V ; ou auditif, chapitre III) ;
- comitiales (chapitre I^{er}, section 3) ;
- cardio-vasculaires (pour les myopathies par exemple..., chapitre VI, section 1) ;
- intellectuelles et/ou psychiques (chapitres I^{er} et II) ;
- neurovégétatives (dysrégulation thermique, hypotension artérielle orthostatique) en fonction de leur intensité et de leur retentissement.

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

3. Appareillage

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

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

4. Retentissement socioprofessionnel : actes essentiels et courants

Le retentissement sur la vie sociale, professionnelle et domestique doit constituer une référence constante pour l'expert ; toute (s) déficience (s) entraînant la dépendance d'un tiers pour la réalisation d'un ou plusieurs actes essentiels de la vie doit être considérée (s) comme une déficience sévère (supérieure ou égale à 80 p. 100).

Ces actes essentiels sont notamment :

- les transferts (lever et coucher ; w.-c. ; bain ou douche) ;
- la toilette du corps et les soins d'apparence ;
- l'habillage/déshabillage et la mise en place des éventuels appareillages ;
- la prise des repas ;
- les déplacements (marche ou fauteuil roulant).

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

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

I – Déficiences de la tête

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

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

1. Déficience légère (taux : 1 à 20 p. 100)

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

2. Déficience modérées (taux : 20 à 40 p. 100)

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

3. Déficience importante (taux : 50 à 70 p. 100)

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

Exemple :

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

II – Déficiences du tronc

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

Le retentissement cardio-respiratoire éventuel sera apprécié à part (chapitre VI, section 1 et/ou 2) ; le retentissement sur la marche sera apprécié séparément sauf si les déficiences du tronc sont isolées (retentissement sur la marche = déficience importante ou sévère).

1. Déficience légère (taux : 1 à 20 p. 100)

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

Exemple :

- lombalgies simples, déviation minime.

2. Déficience modérée (taux : 20 à 40 p. 100)

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

Exemple :

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

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

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

Exemple :

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

4. Déficience sévère (taux : 80 à 85 p. 100)

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

III – Déficiences mécaniques des membres

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

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

1. Déficience légère (taux : 1 à 20 p. 100)

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

Exemple :

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

2. Déficience modérée (taux : 20 à 40 p. 100)

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

Exemple :

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

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

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

Exemple :

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

4. Déficience sévère (taux : 80 à 90 p. 100)

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

Exemple : blocage de plusieurs grosses articulations.

IV – Déficiences motrices ou paralytiques des membres

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

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

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

1. Déficience légère (taux : 1 à 20 p. 100)

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

Exemple :

- tremblement de repos, certains troubles sensitifs isolés.

2. Déficience modérée (taux : 20 à 40 p. 100)

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

Exemple :

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

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

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

Exemple :

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

4. Déficience sévère (taux : 80 à 90 p. 100)

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

Exemple :

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

V – Déficiences par altération des membres

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

1. Déficience légère (taux : 1 à 20 p. 100)

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

Exemple :

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

2. Déficience modérée (taux : 20 à 40 p. 100)

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

Exemple :

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

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

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

Exemple :

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

4. Déficience sévère (taux : 80 à 90 p. 100)

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

Exemple :

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



Chapitre VIII – Déficiences esthétiques

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

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

Exemples :

- amputation : voir déficiences motrices ;
- énucléation : voir déficiences visuelles.

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

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

Exemples :

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

2. Déficience esthétique moyenne (taux : 15 à 35 p. 100)

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

Exemple :

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

3. Déficience esthétique importante (taux : 50 à 60 p. 100)

Entravant considérablement toute la vie sociale pour le sujet.

Exemple :

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

4. Déficience esthétique sévère (taux : 65 à 85 p. 100)

Exemple :

- défiguration complète interdisant toute vie sociale et professionnelle.

Compléments à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé

Lorsqu'une AEEH (appelée allocation d'éducation spéciale – AES – avant la loi de 2005) est attribuée au regard de la condition de taux d'incapacité et, éventuellement, de la condition complémentaire de l'article L. 541-1 du code de la sécurité sociale quand le taux est compris entre 50 et 80 %, un complément peut être attribué en sus de l'AEEH de base pour couvrir des coûts liés au handicap de l'enfant, soit en raison de l'aide nécessaire d'une tierce personne, soit en raison de dépenses supplémentaires.

Les règles d'attribution de ces compléments sont fixées par arrêté pris en application de l'article R. 541-2 du code de la sécurité sociale.

ARRÊTÉ DU 24 AVRIL 2002 RELATIF AUX CONDITIONS D'ATTRIBUTION DES SIX CATÉGORIES DE COMPLÉMENT D'ALLOCATION D'ÉDUCATION SPÉCIALE

La ministre de l'emploi et de la solidarité, le ministre de l'éducation nationale, le ministre de l'agriculture et de la pêche, la ministre déléguée à la famille, à l'enfance et aux personnes handicapées et la secrétaire d'Etat au budget, Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses livres V et VII ;

Vu le décret n° 2002-422 du 29 mars 2002 relatif à la création de six catégories de complément d'allocation d'éducation spéciale ;

Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse nationale des allocations familiales en date du 16 avril 2002,

Arrêtent :

Article 1

Le guide d'évaluation mentionné au premier alinéa de l'article R. 541-2 du code de la sécurité sociale figure en annexe du présent arrêté.

Article 2

Les contraintes mentionnées au 6° de l'article R. 541-2 du code de la sécurité sociale ne peuvent être considérées comme permanentes dès lors que l'enfant est pris en charge en externat ou en semi-internat par un établissement d'éducation spéciale pour une durée supérieure à l'équivalent de deux jours par semaine, sauf dans les situations particulières décrites dans le guide d'évaluation mentionné à l'article 1er.

Article 3

Si l'organisme débiteur des prestations familiales constate que le recours à une tierce personne n'est pas effectif dans les conditions prévues pour les différentes catégories, il saisit la commission départementale de l'éducation spéciale qui statue en urgence au plus tard à la fin du deuxième mois civil suivant sa saisine.

Article 4

La directrice du budget, le directeur de la sécurité sociale, la directrice générale de l'action sociale, le directeur de l'enseignement scolaire et le directeur des exploitations, de la politique sociale et de l'emploi sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Guide d'évaluation pour l'attribution d'un complément à l'allocation d'éducation spéciale

Annexé à l'arrêté en application de l'article R. 541-2 du code de la sécurité sociale.

Introduction

Conformément à l'article L. 114-1 du code de l'action sociale et des familles, « La prévention et le dépistage du handicap et l'accès du mineur ou de l'adulte handicapé physique, sensoriel ou mental aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens, notamment aux soins, à l'éducation, à la formation et à l'orientation professionnelle, à l'emploi, à la garantie d'un minimum de ressources adapté, à l'intégration sociale, à la liberté de déplacement et de circulation, à une protection juridique, aux sports, aux loisirs, au tourisme et à la culture constituent une obligation nationale ».

En ce sens, le dispositif de l'AES et de ses compléments doit être compris comme un élément essentiel de lutte contre les effets des déficiences et incapacités et, par le soutien ainsi apporté à la famille, de prévention des restrictions de participation sociale qui sont à craindre pour la personne qui en est atteinte.

Les articles L. 541-1 et L. 541-2 du code de la sécurité sociale prévoient que soient versés des compléments à l'allocation d'éducation spéciale pour tout enfant ou adolescent dont « la nature ou la gravité » du handicap requièrent fréquemment « l'aide d'une tierce personne » ou nécessitent des « dépenses particulièrement coûteuses ».

L'appréciation du taux d'incapacité du jeune, dont le seuil de 50 % conditionne l'entrée dans le dispositif de l'allocation d'éducation spéciale, s'effectue à l'aide du guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées annexé au décret n° 93-1216 du 4 novembre 1993. La définition de la situation de handicap ainsi retenue fait appel à la notion d'interaction entre une personne porteuse de déficiences et incapacités et un environnement jouant plus ou moins un rôle de facilitateur ou d'obstacle à la pleine participation sociale de la personne. Cette interaction peut conduire au constat d'un désavantage que subit la personne.

Le fait de devoir recourir fréquemment à l'aide d'une tierce personne ou d'engager des dépenses particulièrement coûteuses du fait de ces déficiences et incapacités constitue le désavantage, subi par le jeune handicapé et sa famille, que vise à atténuer l'attribution d'un complément à l'allocation d'éducation.

Le présent guide se propose de donner aux CDES un outil méthodologique commun d'analyse des éléments nécessaires à l'appréciation :

- du lien entre la situation de handicap du jeune et la nécessité de recours à une tierce personne ;
- du lien entre la situation de handicap du jeune et la nécessité des dépenses supplémentaires exposées par la ou les personnes qui en assument la charge.

Ces éléments seront analysés en regard des dispositions de l'article R. 541-2 du code de la sécurité sociale déterminant les différents niveaux de recours à la tierce personne et de dépenses qui peuvent être pris en compte. Ils seront comparés à la charge habituellement assurée pour tout enfant de même âge non atteint de déficience, afin d'apprécier ce qui est effectivement en rapport avec la situation de handicap.

Il convient de garder présent à l'esprit le fait que, conformément aux dispositions législatives citées ci-dessus, la gravité de la déficience n'est pas le seul élément à prendre en compte.

En effet, la nature des différentes déficiences et incapacités peut entraîner par elle-même des sujétions particulières, au titre de l'éducation spéciale et des soins mis en œuvre dans l'objectif de réduire leurs conséquences pour une inclusion présente et future optimale de la personne.

Les contraintes mesurées pour l'attribution d'un complément sont pour certaines déjà effectives, la CDES se basera alors sur des éléments constatés. Toutefois, pour les enfants très jeunes, ou au moment de la survenue ou de l'aggravation du handicap, ou encore au moment de l'engagement d'une dépense particulière, la CDES devra apprécier ces éléments de façon prospective. Elle devra alors prendre sa décision pour une durée brève (un an), afin de réévaluer rapidement la situation, en s'assurant lors du renouvellement de l'attribution de l'AES de l'effectivité des charges qui lui avaient initialement été présentées, et de réajuster au besoin sa décision.

La CDES s'appuiera pour ce faire sur :

- d'une part, le certificat médical fourni en appui de toute demande d'allocation d'éducation spéciale, accompagné éventuellement d'éléments complémentaires (résultats d'examens, comptes rendus d'hospitalisation ou de consultation) ;
- d'autre part, le questionnaire dont le modèle figure en annexe au présent texte, et qui sera obligatoirement renseigné par la famille et accompagné des justificatifs correspondants.

La CAF assure le contrôle de la mobilisation effective de l'aide humaine. Elle apprécie le volume de l'aide humaine sur justificatifs : bulletin de paie de la tierce personne, attestation de l'employeur du ou des parents, ou constat de l'absence totale d'activité professionnelle d'un des parents. Elle réduit le versement de la prestation, lorsque l'aide humaine apportée réellement est inférieure à celle évaluée par la CDES lors de l'attribution du complément. La CDES doit alors réévaluer la situation. Conformément à l'article 3 du présent arrêté, elle prend une nouvelle décision infirmant ou confirmant sa précédente décision dans un délai de deux mois suivant sa saisine par la CAF.

Le présent guide ne prétend pas prévoir de manière exhaustive les situations de handicap qui peuvent être soumises à l'analyse des CDES. Il donne une méthode d'analyse étayée sur des exemples concrets, visant à fournir aux CDES une grille de lecture commune des situations individuelles, lesquelles doivent continuer à être évaluées au cas par cas. Il comporte trois chapitres qui seront utilisés concomitamment pour repérer et prendre en compte les éléments nécessaires à la décision. Un quatrième chapitre est consacré aux règles applicables lorsque le jeune est accueilli en internat conformément à l'article L. 541-1 du code de la sécurité sociale.

I – La référence à un enfant du même âge sans déficience

Parmi les charges occasionnées pour une famille par l'éducation d'un enfant handicapé, certaines sont directement liées à son handicap, d'autres ne diffèrent pas de celles nécessitées par tout enfant du même âge. Pour tout enfant en effet, sa famille doit non seulement pourvoir aux besoins vitaux et apporter une aide aux actes de la vie quotidienne, directement liée au niveau de l'autonomie en cours d'acquisition, mais elle doit également faire face aux besoins éducatifs permettant ces acquisitions et, plus généralement, le développement de l'enfant dans toutes ses composantes.

Afin de permettre à la CDES d'évaluer précisément ce qui est lié au handicap et qui donnera donc lieu à l'attribution d'un des compléments à l'AES, il est nécessaire de faire référence aux grandes étapes du développement habituel d'un enfant, en particulier dans l'acquisition de son autonomie personnelle et sociale. Les éléments de cette autonomie sont appréciés en référence aux items classiques servant à repérer les principales incapacités, que l'on retrouve dans le certificat médical utilisé en CDES. Ils sont rappelés dans le tableau ci-dessous :

- Se repérer dans le temps, les moments de la journée, les lieux.
- Communiquer oralement.
- Se comporter de façon logique et sensée.
- Se lever/se coucher ou passer du lit au fauteuil/fauteuil au lit.
- Se déplacer à l'intérieur : marche ou fauteuil roulant.
- Se déplacer à l'extérieur.
- Utiliser les transports en commun non spécialisés.
- Boire et manger.
- S'habiller et se déshabiller.
- Faire sa toilette.
- Contrôler l'excrétion urinaire.
- Contrôler l'excrétion fécale.

Leur appréciation est complétée :

- par la prise en compte de la progression de son autonomie psychique et sociale (maîtriser des émotions, accepter les contraintes, établir et développer des relations sociales...) ;
- par une prise en compte des contraintes spécifiques d'éducation engendrées par la situation de handicap et les mesures mises en œuvre pour réduire au maximum le désavantage présent ou futur ;
- par une prise en compte de l'importance des soins, qui, sans condamner l'autonomie psychomotrice ou mentale, est susceptible d'imposer des contraintes personnelles ou familiales quotidiennes sévères ;

- par une approche globale de la participation de l'enfant ou du jeune à la vie sociale considérée comme habituelle pour son âge dans notre société.

De 0 à 18 mois : période de dépendance totale à l'adulte

A cet âge, il est normal qu'un enfant présente une dépendance totale à l'adulte pour les actes de la vie quotidienne.

Il est dans la phase d'acquisition du déplacement autonome, ce qui induit une charge importante de surveillance. Cependant, ses périodes de sommeil sont en général d'une durée globale de 15 à 20 heures sur 24, réparties différemment selon l'âge.

L'alimentation est diversifiée à partir du 6e mois, pour se rapprocher progressivement de l'alimentation de l'adulte vers 12 mois pour la diversité des aliments, et vers 18 à 24 mois pour leur consistance. Par contre, la nécessité d'une aide totale à la prise des aliments demeure, alors que la fréquence des repas s'espace progressivement jusqu'à 4 par jour.

La communication est à cet âge essentiellement non verbale. Elle fait appel pour se développer vers le langage oral à de nombreuses stimulations verbales.

L'hygiène de l'élimination fécale et urinaire est totalement dépendante de l'adulte.

L'absence d'autonomie concernant la sécurité personnelle conduit à une nécessité de surveillance constante pendant les périodes de veille.

L'enfant, lorsqu'il n'est pas gardé en permanence par ses parents, bénéficie dans notre société de dispositifs individuels ou collectifs de garde visant à assurer cette surveillance constante par un adulte, pendant cette période et la suivante.

De 18 mois à 3 ans : l'acquisition des premières autonomies individuelles

C'est au cours de cette période que l'enfant va perfectionner son autonomie motrice élémentaire dans les déplacements, commencer à s'alimenter seul, acquérir progressivement l'hygiène de l'élimination fécale et urinaire, et développer un langage oral efficace. Ces acquisitions nécessitent une aide pour tous les actes effectués encore partiellement, ainsi qu'un accompagnement éducatif important de la part des adultes qui l'entourent.

De 3 à 7 ans : apprentissage des premières autonomies sociales

C'est durant cette période que l'ensemble des enfants débute la scolarisation, pour la grande majorité dès 3 ans. Les autonomies de base pour les actes élémentaires de la vie quotidienne sont en général acquises même s'il lui faut encore aide partielle, stimulation et surveillance de l'adulte pour une réalisation optimale : l'enfant se déplace seul y compris à l'extérieur (il ne nécessite que peu ou pas du tout le recours à une poussette), il s'alimente seul, contrôle de mieux en mieux son élimination fécale et urinaire et commence à en assurer lui-même l'hygiène, il commence à intégrer la toilette et l'habillement.

Les éléments plus complexes de son autonomie, un comportement adapté à son environnement matériel et humain, son implication dans les relations sociales ne sont pas acquis à cette période, ils font cependant l'objet d'un début de développement. Ces acquisitions nécessitent un accompagnement éducatif important de la part des adultes qui l'entourent.

De 7 à 10-12 ans : vers une autonomie personnelle complète

Les apprentissages scolaires se construisent progressivement, donnant à l'enfant les outils essentiels de sa future autonomie sociale. Le repérage dans le temps et les lieux se met en place, l'acquisition de la lecture, de l'écriture, du calcul, de la géométrie, l'accès à la culture contribuent non seulement au développement cognitif de l'enfant, mais également à celui de sa personnalité. L'école et la famille, ainsi que les lieux de sport et de loisirs constituent les milieux naturels de sa socialisation. Les relations avec ses pairs sont également un élément essentiel de la construction de l'individu. A partir de cette période, le développement de l'enfant est sujet à une variabilité individuelle de plus en plus marquée, la vitesse d'acquisition des différentes autonomies est de plus en plus conditionnée par des éléments culturels (pouvant entraîner des variations majeures dans les comportements éducatifs parentaux) et des éléments environnementaux (on n'acquiert évidemment pas au même âge l'autonomie dans les transports en commun ou avec un véhicule individuel de type bicyclette selon qu'on vit en zone urbaine ou rurale).

L'adolescence (l'âge de début - et de fin - de cette période est variable d'une personne à l'autre) :

En règle générale, en matière d'autonomie individuelle et sociale, l'adolescent est aussi indépendant que l'adulte, sauf en matière économique. Il est en mesure d'acquiescer l'autonomie totale des déplacements à l'extérieur, et également l'autonomie domestique, le rythme de ces acquisitions est cependant extrêmement dépendant des facteurs personnels, culturels et environnementaux. Sa socialisation s'effectue de plus en plus en dehors de sa famille. Les enjeux des acquisitions scolaires sont majeurs pour l'intégration sociale ultérieure. Par ailleurs, cette période propice aux remaniements psychiques nécessite un accompagnement éducatif et affectif important de la part de l'entourage. La variabilité individuelle est, là encore, très importante, et conditionnée par les facteurs environnementaux et familiaux ; on ne peut donc donner de repères « moyens » ayant suffisamment de sens. On peut cependant considérer que l'acquisition de l'indépendance économique (autonomie professionnelle et financière) signe dans notre société le passage social à l'âge adulte. Il est cependant limité par les textes en ce qui concerne la CDES à l'âge de 20 ans.

II – Détermination de la nécessité de recours à la tierce personne du fait du handicap de l'enfant

En référence constante à un enfant de même âge sans déficience, cette nécessité est appréciée en temps supplémentaire qui doit être consacré à l'enfant du fait de son handicap.

Ce temps sera estimé par la CDES, selon les cas, en durée quotidienne ou hebdomadaire, déduction faite des périodes effectives de prise en charge par un établissement (décision relevant également de la CDES), appréciée au besoin sur l'année, et de la lourdeur des contraintes résiduelles appréciées sur les 24 heures. Les problèmes de santé peuvent entraîner dès la naissance des besoins particuliers et des contraintes handicapantes, même pour un nouveau-né (manipulation, alimentation, rythme des repas et changes...).

Il est indifférent pour cette évaluation que les parents mobilisent ce temps par une diminution ou un renoncement à une activité professionnelle, ou bien par le recours à une tierce personne rémunérée, ou bien encore par une quelconque combinaison de ces deux modalités.

La nécessité de recours à une tierce personne sera analysée, sur la base du certificat médical et du questionnaire fournis à l'appui de la demande, selon cinq axes, visant à repérer les situations de handicap génératrices pour le jeune ou sa famille de contraintes éventuellement consommatrices de temps imposées directement par les déficiences ou incapacités, ou liées à l'éducation spéciale mise en œuvre soit pour en réduire les conséquences futures, soit pour prévenir la survenue d'autres déficiences ou incapacités :

- l'aide directe aux actes de la vie quotidienne : il s'agit de faire face aux incapacités de l'enfant, en rapport avec son handicap et non son âge, pour les actes élémentaires de la vie quotidienne. On tiendra compte dans cette évaluation non seulement de la nécessité de réaliser l'acte à la place du jeune (aide directe, dont la nécessité sera attestée par le certificat médical), mais également de la nécessité, intégrée au projet individuel, de surveillance, d'apprentissage et/ou de stimulation pour ces actes (action éducative spécifique incombant à la famille). Sera également pris en compte notamment pour les nourrissons l'allongement important du temps nécessaire à la réalisation de ces actes, ou leur répétition ou fréquence inhabituelles (pour le change, l'alimentation, etc.) ;
- l'accompagnement lors de soins : la nécessité de la présence des parents, attestée par l'équipe soignante, lors de consultations, rééducations, hospitalisations de jour ou complètes, prises en charge diverses, fait partie intégrante de la nécessité de l'aide d'une tierce personne en rapport avec le handicap. Elle doit être appréciée en fonction de son retentissement réel sur l'emploi du temps des parents ;
- la mise en œuvre par la famille ou le jeune lui-même de soins est de même appréciée, en fonction des contraintes d'aide, de surveillance ou d'apprentissage au jeune incombant à la famille, dans le cadre du traitement prescrit. Entrent dans ce cadre les contraintes inscrites dans le projet d'accueil individualisé ou le projet d'intégration scolaire et conditionnant l'accueil de l'enfant à l'école. De même, seront prises en compte les contraintes ou restrictions imposées pour l'accueil en crèche, en centre de loisirs ou tout autre lieu habituellement fréquenté par les enfants ;
- les mesures éducatives et/ou pédagogiques spécifiques mises en œuvre par la famille ou à sa charge dans le cadre du projet individuel. Rémunérer un accompagnateur dans le cas d'une intégration dans une colonie de vacances ordinaire ou pour accompagner l'enfant dans ses activités, y compris de loisirs ou sportives, entre dans cette catégorie. Par contre, les aides prises en charge par la collectivité (auxiliaires de vie scolaire par exemple) ne doivent pas être prises en compte, elles pourront, le cas échéant, se combiner avec les aides apportées ou mobilisées par la famille ;
- la surveillance du jeune en dehors des heures d'accueil en établissement ordinaire ou spécialisé sera appréciée en fonction :

- des plages horaires non couvertes par rapport à celles constatées pour les jeunes de même âge scolarisés normalement ;
- d'une nécessité de surveillance en rapport avec le handicap et inhabituelle pour l'âge ;
- de la nécessité de recourir à un mode de garde particulier alors que les enfants de même âge bénéficient de dispositifs de droit commun moins coûteux (selon les cas, ce point sera apprécié en terme de tierce personne ou en terme de surcoût, en référence au chapitre III du présent guide).

Cas particulier du complément de 6e catégorie : pour bénéficier de ce complément, le décret précise qu'outre le fait de nécessiter l'absence d'activité professionnelle d'un des parents (ou le recours à une tierce personne rémunérée pour un plein temps, ou une conjugaison des deux équivalent [sic] à un temps plein de tierce personne) l'état de l'enfant « impose des contraintes permanentes de surveillance et de soins à la charge de la famille ».

Cette condition est donc à considérer comme s'imposant à la famille au-delà de la charge de « travail » équivalent à une tierce personne rémunérée. Elle doit être analysée selon 3 axes complémentaires :

- la notion de « surveillance » : il s'agit de situations où la sécurité du jeune ou de son entourage nécessite une surveillance rapprochée, qui doit être assurée individuellement par un adulte, lequel ne peut, pendant ce temps, se consacrer à d'autres activités. Cette surveillance peut être particulièrement renforcée quand, avec l'âge ou le handicap, la force physique et les capacités motrices du jeune s'accroissent ou décroissent ;
- la notion de « soins » : il s'agit de soins qui peuvent être techniques (appris à la famille par les professionnels de santé afin de permettre le maintien du jeune en milieu ordinaire de vie) ou de soins de base et d'hygiène à assurer au quotidien (change avec surveillance des téguments, posturage pour prévenir les lésions cutanées, alimentation de l'enfant nécessitant des précautions particulières pour éviter des fausses routes, etc.) ;
- la notion de « permanence » : il s'agit de situations où la sécurité de l'enfant ou de l'adolescent, ou de son entourage, nécessite soit une surveillance rapprochée, soit des soins fréquents, laissant peu de répit et ne permettant pas de réserver à l'adulte qui s'en occupe de longues plages diurnes ou nocturnes consacrées au repos ou à d'autres activités quotidiennes. Ces contraintes sont sans rapport avec celles vécues avec un jeune du même âge non porteur de troubles ou handicaps, même un nourrisson, certes dépendant mais ayant de longues périodes de sommeil et peu d'autonomie motrice.

C'est la conjugaison de ces deux premiers facteurs, la surveillance ou les soins, avec le facteur de permanence qui constitue la condition d'attribution du 6e complément, réservé – en raison de son niveau – à des situations excédant largement les conditions d'attribution du 4e ou du 5e complément. De plus, les contraintes majeures ainsi observées entravent le parent qui assiste ou surveille le jeune dans l'exercice de ses autres fonctions familiales et, éventuellement, mobilisent d'autres personnes, rémunérées ou non, pour pallier cette charge.

Ce genre de situation est peu fréquent, et il ne semble pas souhaitable qu'elle perdure sur des durées très longues. Des solutions adaptées aux besoins du jeune et conformes au projet de la famille doivent être impérativement et activement recherchées par la CDES. L'attention des instances de contrôle devra être appelée sur les besoins non couverts repérés à cette occasion.

Comme indiqué à l'article R. 541-2 du code de la sécurité sociale précisé par l'article 2 du présent arrêté, la condition de permanence est réputée ne pas être remplie lorsque le jeune est accueilli par un établissement médico-éducatif en externat ou semi-internat plus de deux journées par semaine.

Ces deux journées par semaine doivent être comprises comme le cumul hebdomadaire total des heures de prise en charge aboutissant à l'équivalent de deux journées de prise en charge, soit au total 16 heures.

Toutefois, les soins et la surveillance permanents, tels que définis ci-dessus, peuvent exceptionnellement être observés, même dans le cas où des prises en charge spécialisées sont mises en œuvre. Dans ces situations extrêmes où les heures de prise en charge extérieure constituent les seules périodes de plusieurs heures d'affilée où le jeune ne mobilise pas sa famille, il est possible, conformément à l'article R. 541-2 du code de la sécurité sociale précité, d'attribuer un complément de 6e catégorie malgré la prise en charge en externat ou semi-internat médico-éducatif au-delà de la durée de deux journées par semaine dès lors que cette prise en charge n'atteint pas cinq jours par semaine.

La CDES devra motiver explicitement cette exception en se référant à l'article 2 du présent arrêté.

A titre d'exemple, vous trouverez ci-dessous 2 situations illustrant la dérogation posée à l'alinéa précédent, auxquelles s'appliquent bien évidemment les critères d'attribution du complément de 6e catégorie : contraintes de soins ou de surveillance permanentes, associées à la renonciation ou cessation d'activité d'un des parents, ou recours à une tierce personne à temps complet. Il est rappelé que ces exemples ne sont pas exhaustifs en terme de

pathologie ou de situations.

Cas n° 1

Jeune homme de 15 ans. 1,70 m, 70 kg. Présente un syndrome autistique. Autonomie très faible pour les actes de la vie courante : ne mange pas seul, très opposant au cours des repas qui durent parfois plus d'une heure trente. Pas de propreté diurne ou nocturne. Ne s'habille pas seul, se déshabille plusieurs fois par jour. Graves troubles du sommeil : les parents sont parfois obligés au milieu de la nuit de partir en voiture avec le jeune pour le calmer. Fugue fréquemment, se met en danger, épisodes d'automutilations (plusieurs fois par mois) pouvant durer plus d'une semaine.

Est accueilli en IME annexe XXIV en semi-internat, dans la section pour enfants avec handicaps associés 3 matinées et une journée complète par semaine, après une période d'adaptation qui s'est étalée sur 6 mois. Suivi conjoint avec le secteur de pédopsychiatrie (accueil au CATTP au cours de 2 des matinées à l'IME). Ces périodes de prise en charge par l'établissement sont les seules périodes de répit de la mère qui présente elle aussi des troubles du sommeil depuis 3 ans.

La mère, qui a cessé toute activité professionnelle depuis 12 ans, a été traitée récemment pour épisode dépressif grave. Le jeune a dû être hospitalisé en pédopsychiatrie à 100 km de son domicile, puis dans le secteur adulte de rattachement, au risque de faire échouer le démarrage de la prise en charge à l'IME.

Cas n° 2

Jeune fille de 13 ans présentant un syndrome d'Ondine, associé à une déficience intellectuelle moyenne et des troubles du comportement. Trachéotomisée.

Est accueillie en IME en semi-internat depuis la dernière rentrée scolaire, avec intégration en CLIS. Une aspiration endotrachéale est réalisée par l'infirmière en cours de journée, deux autres (matin et soir) le sont au domicile par les parents formés à la technique. Kinésithérapie, une à deux fois par jour, ne doit pas sortir sans son appareillage, taxi individuel car ne doit pas s'endormir. L'enfant est sous ventilation la nuit, la mère devant l'aspirer plusieurs fois par nuit. Compte tenu des épisodes fréquents et potentiellement graves de surinfection, l'absentéisme est important (évalué à 40 à 50 jours par an). Depuis la mise en place du suivi psychologique et de la prise en charge en établissement spécialisé, les acquisitions scolaires progressent et l'intégration scolaire devrait pouvoir s'étendre. Les troubles du comportement se résorbent progressivement.

III – Les frais liés au handicap

A partir du référentiel défini en I et de la même façon que pour la présence de la tierce personne, et en fonction du certificat médical et du questionnaire fournis à l'appui de la demande, la CDES rassemblera les éléments matériels relevant du projet individuel de l'enfant non couverts par l'assurance maladie, l'Etat ou l'aide sociale.

Cet examen nécessite donc un bilan des dépenses prévues ou déjà engagées par les parents et dont la CDES devra apprécier, au cas par cas, si elles sont ou non prises en charge par ailleurs, et si elles entrent bien dans le cadre de l'éducation spéciale. Il conviendra ainsi de vérifier à chaque fois que la dépense n'entre pas dans un fonctionnement ordinaire de la famille, mais est liée au handicap de l'enfant pour lequel est attribuée l'AES. Pour ce faire, la CDES tiendra compte dans son analyse de tous les éléments qu'elle jugera utiles et dont elle pourra demander communication (bilans réalisés par l'établissement d'accueil ou le service, évaluations et préconisations réalisées par les équipes labellisées du dispositif pour la vie autonome, etc.).

Pour l'attribution de chacun des compléments, un seuil de dépenses est fixé par l'arrêté du 29 mars 2002. Il s'agit d'un seuil à apprécier mensuellement. Pour les dépenses qui ne sont pas identiques d'un mois sur l'autre (dépense ponctuelle, ou dépense irrégulière...) il conviendra de faire une appréciation globale sur la période couverte par la décision (un an par exemple) et d'estimer la dépense mensuelle au prorata.

Ainsi, on limitera les effets de seuil et les dépenses réelles exposées par la famille seront prises en compte de manière cumulée sur une période donnée.

Un certain nombre de dispositifs connexes permettant un financement total ou partiel de ces dépenses sont susceptibles d'être également activés par les familles ou les équipes de professionnels : attributions de matériel

pédagogique adapté en milieu scolaire, financements par l'intermédiaire du dispositif pour la vie autonome, prise en charge extra-légale par l'assurance maladie de dépenses habituellement non remboursables mais en rapport avec le handicap...

La CDES sera informée par la famille des démarches en cours par l'intermédiaire du questionnaire. En cas de dépense ponctuelle, nécessitant la mobilisation de plusieurs financeurs, la CDES informera, le cas échéant, les parents de l'existence du dispositif pour la vie autonome. Avec leur accord, elle pourra prendre contact avec ce dispositif. Elle poursuivra alors son instruction en incluant les conclusions de l'équipe labellisée. Il lui sera ainsi possible de déterminer le montant du complément qui peut être attribué en tenant compte, le cas échéant, des financements attribués dans ce cadre. Elle tiendra compte également des éventuelles charges exposées par ailleurs par la famille ainsi que de la durée pendant laquelle ce niveau de complément peut être versé sans obérer les possibilités de prise en compte ultérieures d'autres frais. L'équipe technique fera connaître au coordonnateur du dispositif pour la vie autonome sa proposition d'attribution du complément correspondant à la dépense faisant l'objet du plan de financement. Afin de ne pas générer d'indus au cas où l'opération ne se réaliserait pas, la décision de la CDES relative à ce complément ne devra être effective que lorsque le plan de financement sera bouclé et la dépense engagée. Dans l'attente, une décision concernant l'allocation d'éducation spéciale de base et éventuellement un autre complément (lié à l'aide d'une tierce personne par exemple) peut et doit en général être émise (ne serait-ce qu'en raison de la nécessité de respecter le délai de réponse réglementaire de 4 mois de la CDES). Dans ce cas, cette décision portera la mention suivante « dans l'attente de l'aboutissement des autres recherches de financement effectuées pour couvrir la dépense exposée. »

La prise en compte des frais se fera sur facture, en cas de dépense déjà réalisée ou régulière dans le temps, ou sur devis : dans ce cas, les parents signeront l'engagement de réaliser la dépense et d'en fournir le justificatif. Cette obligation figurera sur la notification de décision de la CDES.

Il est naturellement impossible de dresser une liste exhaustive de l'ensemble des frais supplémentaires liés au handicap tant ils sont nombreux et variables selon les besoins spécifiques de chacun. Ils peuvent toutefois être regroupés dans quelques grandes catégories non limitatives :

- Les aides techniques et les aménagements du logement : aussi bien pour la communication, la socialisation et l'accès aux loisirs (synthèse vocale, ordinateur...), que pour la locomotion (poussette, fauteuil roulant non remboursé, rampe d'accès...), l'accès à l'autonomie (contrôle de l'environnement...) ou pour faciliter la réalisation des actes essentiels (élévateur de bain, aménagement de salle de bains...), etc.
- Les frais de formation de membres de la famille à certaines techniques (stages de langue des signes, travail sur la communication...) dans la mesure où ils entrent bien dans le cadre du projet individuel de l'enfant et des préconisations de la CDES. Peuvent être assimilées à ces frais certaines prises en charge des membres de la famille, directement liées au projet individuel de l'enfant.
- Le droit aux vacances et aux loisirs : couvrir le surcoût que représente une colonie spécialisée dans l'accueil d'enfants handicapés, permettre la rémunération ponctuelle supplémentaire d'une tierce personne pour que les vacances en famille soient aussi réellement des vacances pour les parents, etc.
- Certains frais médicaux ou paramédicaux non remboursés par l'assurance maladie par exemple l'achat de couches en cas d'incontinence, ou des produits (comme certaines vitamines ou préparations à base de crèmes cosmétiques...) non remboursables mais nécessaires absolument au jeune handicapé, et non pris en charge au titre des prestations extra-légales par la caisse d'assurance maladie ou la mutuelle. Entrent également dans cette catégorie certains frais de rééducation non remboursables (psychomotricité, ergothérapie...) dans le cas où ces rééducations sont préconisées par la CDES et sont partie intégrante du projet individuel de l'enfant, mais ne peuvent être réalisées au sein d'une structure de soins ou d'éducation spéciale (réseau, établissement sanitaire ou médico-social, SESSAD, CAMSP, CMP, CMPP...)
- Les surcoûts liés au transport, aussi bien en matière d'aménagement d'une voiture familiale (élévateurs, rampes d'accès, modification de carrosserie...) qu'en ce qui concerne l'achat du véhicule lui-même, lorsqu'il aura été indispensable de choisir un modèle plus coûteux du fait des aménagements nécessaires.
- Une participation aux frais vestimentaires supplémentaires, pour les enfants dont le handicap entraîne une usure prématurée ou un renouvellement accéléré des vêtements et/ou chaussures, accessoires (fréquentes chutes, difficulté à lever les pieds...), ainsi qu'aux frais supplémentaires liés à leur entretien (linge de corps et/ou literie fréquemment souillés par exemple...).

IV – Règles concernant la proratisation du versement de l’AES en rapport avec la prise en charge par un établissement sanitaire ou d’éducation spéciale

Conformément à l’article L. 541-1 du code de la sécurité sociale, lorsque le jeune est accueilli en internat l’AES sera attribuée uniquement durant les périodes de « retour au foyer ». Dans ce cas, les compléments de l’AES, attribués pour l’aide d’une tierce personne ou pour des frais exposés par les familles, en sus de la prise en charge par l’établissement d’accueil, ne sont également versés que pendant ces périodes.

Il convient donc d’apprécier le complément qui doit être attribué en référence à la charge pesant sur les familles pendant ces périodes, de façon à ce que le versement effectué au prorata des périodes passées en famille corresponde bien aux contraintes réellement constatées.

Comme pour tous les autres compléments, il sera possible d’attribuer le complément 6e catégorie pour les périodes de retour au foyer, dès lors que, pendant ces périodes au domicile, les conditions d’attribution en sont respectées. Cette possibilité doit permettre de mieux répondre à des situations très lourdes de jeunes en internat de semaine, mais qui demandent une prise en charge et une surveillance de tous les instants 24 heures sur 24 pendant les fins de semaine et les vacances. Ces situations qui peuvent représenter 150 à 200 jours par an à la charge de la famille, interdisent de fait pendant ces périodes une quelconque activité professionnelle d’un des parents, entravent l’exercice pour ce parent de ses autres fonctions familiales et mobilisent de plus généralement d’autres personnes, rémunérées ou non, pour pallier cette charge.

L’hospitalisation est assimilée à une prise en charge en internat sous condition de durée fixée par l’article R. 541-8 du code de la sécurité sociale.

Cependant, dans certains cas, contrairement à la prise en charge en internat, la charge pour les parents peut se trouver non pas allégée mais alourdie par l’hospitalisation, du fait de la nécessité, médicalement attestée, de leur présence auprès de l’enfant. L’article précité prévoit que, dans ce cas, et au vu de justificatifs et d’un certificat médical du service hospitalier, la CDES peut attribuer l’allocation d’éducation spéciale et son complément mensuel, en appréciant les contraintes en référence aux chapitres II et III du présent guide. La notification devra explicitement préciser que l’allocation d’éducation spéciale et son complément doivent être versés mensuellement malgré la situation d’hospitalisation.

Fait à Paris, le 24 avril 2002.



Capacité de travail inférieure à 5 %

Il s'agit de la condition fixée à l'article L. 821-1-1 permettant aux titulaires de l'AAH au titre de l'article L. 821-1, résidant dans un logement indépendant et satisfaisant à des conditions de ressources déterminées, de bénéficier d'un complément de ressources lié à une quasi-impossibilité de travailler.

Cette condition est détaillée dans les circulaires des 26 janvier 2006 et 10 avril 2007.



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement
Ministère de la santé et des solidarités

Direction générale de l'action sociale

Sous-direction des politiques d'insertion
et de lutte contre les exclusions
Bureau des minima sociaux et de l'aide sociale (1C)

Dossier suivi par :

Caroline RIEHL
Tél. : 01 40 56 88 47 Fax : 01 40.56 80 44
Courriel : caroline.riehl@sante.gouv.fr

N/réf : C:\Documents and Settings\crieh\Local
Settings\Temporary Internet
Files\OLK7C\circulairecomplément de
ressources.doc

Le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, handicapées et à la famille,

à

(pour attribution)
Mesdames et Messieurs les directeurs des maisons
départementales des personnes handicapées

(pour information)
Mesdames et Messieurs les présidents de Conseils
généraux
Sous couvert de Mesdames et Messieurs les préfets
de département

Mesdames et Messieurs les préfets de département
Directions départementales des affaires sanitaires
et sociales
Directions départementales du travail, de l'emploi
et de la formation professionnelle
Direction de la solidarité et de la santé de la Corse
et de la Corse du Sud
Direction de la santé et du développement social de
la Guadeloupe
Direction de la santé et du développement social de
la Martinique
Direction de la santé et du développement social de
la Guyane
Service des affaires sanitaires et sociales de Saint-
Pierre et Miquelon

Monsieur le directeur de la Caisse nationale de
solidarité pour l'autonomie
Monsieur le directeur de la Caisse nationale des
allocations familiales
Monsieur le directeur général de la Caisse centrale
de la mutualité sociale agricole

CIRCULAIRE N° DGAS/1C/2006/37 du 26 janvier 2006

relative à l'appréciation de la condition d'une capacité de travail inférieure à 5 % pour l'octroi du complément de ressources prévu à l'article L. 821-1-1 du code de la sécurité sociale

Date d'application : immédiate

NOR : SANA0630039C

Classement thématique : Handicapés

Résumé : La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a institué la garantie de ressources pour les personnes handicapées composée de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et d'un complément de ressources. Pour bénéficier de ce complément de ressources, le bénéficiaire de l'AAH doit remplir notamment la condition relative à une capacité de travail, compte tenu du handicap, inférieure à 5 %.

Mots-clés : complément de ressources – capacité de travail inférieure à 5 %

Textes de référence :

- articles L. 821-1-1 et D. 821-4 du code de la sécurité sociale
- circulaire N° DGAS/1C/2005/411 du 7 septembre 2005 relative à l'allocation aux adultes handicapés, à la garantie de ressources pour les personnes handicapées et à la majoration pour la vie autonome ;
- circulaire interministérielle N° DGAS/DGEFP/1C/SD3/MEPH/2005/433 du 23 septembre 2005 relative aux modalités de mise en œuvre de l'article L. 821-2 du code de la sécurité sociale relatif à l'allocation aux adultes handicapés.

Textes abrogés ou modifiés :

Depuis le 1er janvier 2006, les Maisons départementales des personnes handicapées comptent, au nombre des missions qui leur sont dévolues par l'article L. 146-3 du code de l'action sociale et des familles, la mise en place et l'organisation du fonctionnement tant de l'équipe pluridisciplinaire que de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, compétentes en matière d'attribution de l'allocation aux adultes handicapés et du complément de ressources, deux prestations financées par l'Etat.

Le complément de ressources visé à l'article L. 821-1-1 du code de la sécurité sociale est entré en vigueur le 1er juillet 2005. Les premières instructions relatives à ce nouveau complément, contenues dans les circulaires des 7 et 23 septembre 2005 et adressées aux anciennes commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel désormais remplacées par les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées appellent des précisions complémentaires. Tel est l'objet de la présente circulaire qui est consacrée à l'appréciation de la condition relative à une capacité de travail, compte tenu du handicap, inférieure à 5 %.

Ces instructions sont destinées aux équipes pluridisciplinaires des Maisons départementales des personnes handicapées, chargées d'évaluer cette condition, ainsi qu'aux commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, compétentes pour prendre les décisions relatives aux demandes de complément de ressources.

La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a prévu que les personnes handicapées dans l'incapacité de travailler bénéficieraient désormais d'une garantie de ressources pour les personnes handicapées (GRPH) composée de l'allocation aux adultes handicapés et d'un complément de ressources, d'un montant fixé par le décret n° 2005-725 du 29 juin 2005 à 766 euros par mois pour l'année 2005. Il s'ensuit que pour le public concerné, le total des ressources perçues au titre de la GRPH est de fait égal à 80 % du SMIC net. L'objectif recherché par la loi précitée et précisé lors des débats parlementaires, est de favoriser l'autonomie des personnes handicapées qui n'ont aucune perspective d'emploi et se trouvent de ce fait privées de revenu d'origine professionnelle.

1/ Le public visé est celui des personnes dans l'incapacité de travailler

La capacité de travail inférieure à 5 % requise pour le complément de ressources s'apparente à une incapacité de travailler de la personne, compte tenu de son handicap et ce, quel que soit le poste de travail envisagé.

Il convient de bien distinguer cette « incapacité de travailler » de « l'impossibilité de se procurer un emploi compte tenu du handicap » mentionnée à l'article L. 821-2 du code de la sécurité sociale.

Ainsi, comme le souligne la circulaire du 23 septembre 2005 (ci-dessus référencée)^e, la notion « d'impossibilité de se procurer un emploi » revêt une dimension multifactorielle et ne peut être analysée qu'au travers d'aspects médicaux, fonctionnels et environnementaux. De ce fait, elle ne peut être définie à partir d'un critère unique, mais doit donner lieu à une appréciation au cas par cas, sur la base d'un faisceau d'indices.

Outre le fait que la population ciblée est différente – le complément de ressources n'est ouvert qu'aux personnes dont le taux d'incapacité permanente reconnu par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées est au moins égal à 80 %, **l'incapacité de travailler** doit présenter :

- un caractère quasiment absolu,
- et a priori non susceptible d'évolution favorable dans le temps, caractéristiques que ne revêt pas systématiquement l'impossibilité, compte tenu du handicap, de se procurer un emploi et qui justifie que cette dernière condition fasse l'objet d'examen périodiques.

2/ Cette incapacité doit être quasiment « absolue »

A proprement parler, il n'existe sans doute pas d'incapacité absolue de travailler. Des exemples récents ont ainsi rappelé qu'une personne peut, sur son lit d'hôpital, « écrire » un livre par simple clignement d'œil. Un tel cas doit être considéré comme vérifiant la condition d'une capacité inférieure à 5 % car la capacité à réaliser un exploit personnel ne doit pas entrer en ligne de compte dans l'appréciation de l'incapacité de travailler.

Dire qu'une capacité de travail inférieure à 5 % exprime une incapacité quasiment absolue de travailler permet de distinguer cette condition de celle de l'impossibilité de se procurer un emploi, comme rappelé au 1. Elle signifie que la personne, indépendamment de son âge, du contexte socioéconomique, des aménagements du poste de travail, etc., est dans l'incapacité de travailler, compte tenu de son handicap et ce, quel que soit le poste de travail envisagé. En cela, il s'agit d'une condition appréciée de façon stricte et qui, en conséquence, devrait être vérifiée par un public restreint.

Néanmoins, dans l'analyse des situations particulières, il apparaît nécessaire de tenir compte des déficiences et limitations d'activités qui ont un impact direct sur la capacité de travail, mais aussi des symptômes qui peuvent venir les majorer. Par exemple (liste non limitative), une éventuelle altération de l'état général, un retentissement psychologique quand il est substantiel, doivent être pris en compte pour l'appréciation de cette condition. De même, le caractère évolutif de la pathologie peut parfois aussi être pris en compte.

3/ Cette incapacité doit être a priori non susceptible d'évolution favorable dans le temps

Cela signifie que la personne ne pourra probablement jamais travailler, ou pas avant quelques années, sachant que dans tous les cas, elle doit se trouver au moment de la demande depuis au moins un an sans revenu d'activité à caractère professionnel.

Il convient de préciser que cette condition relative à la capacité de travail inférieure à 5 % doit être d'une durée prévisible d'au moins un an, ce qui correspond à la durée minimale d'attribution du complément de ressources (article R. 821-5 du code de la sécurité sociale).

4/ Cette incapacité de travailler absolue et a priori non susceptible d'évolution favorable est résumée dans un taux de capacité inférieur à 5 %

Ce taux appelle une interprétation qualitative : il n'existe pas d'outils d'évaluation quantitative de la capacité de travail à utiliser dans ce contexte.

A titre de comparaison, il faut rappeler que les pensions d'invalidité sont réservées aux personnes dont la capacité de travail est réduite à 33 % de la capacité normale de travail sans que personne n'ait jamais mesuré ce 33 %. On peut d'ailleurs observer que sur la base de ce taux, la réglementation distingue les pensions de 1^{ère} catégorie pour ceux qui peuvent encore travailler et celles de 2^{ème} et 3^{ème} catégorie pour ceux qui ne peuvent pas travailler. De même, l'orientation en établissement ou service d'aide par le travail suppose une capacité réduite à 1/3 au plus, sans que ce 1/3 ait jamais été précisément mesuré. Dans ces deux cas, le taux ne mesure pas une capacité effective de travail mais constitue un repère qui indique que la personne est éloignée du marché de l'emploi.

^e Voir page précédente (Note de l'éditeur).



Il convient de préciser que les travailleurs des établissements ou services d'aide par le travail ne peuvent pas être reconnus dans l'incapacité de travailler. En effet, l'activité à laquelle ils se livrent présuppose une certaine capacité de travail (supérieure à 5 %), même si cette activité ne correspond pas à un emploi au sens du code du travail et permet, du fait de la jurisprudence, l'attribution de l'allocation aux adultes handicapés au titre de l'impossibilité de se procurer un emploi. Dans la même logique, la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé constitue une présomption forte d'une capacité de travail supérieure à 5 %.

Ainsi, le taux de 5 % signifie que la personne est très éloignée d'une orientation en établissement ou service d'aide par le travail et, a fortiori, du milieu ordinaire de travail.

5/ L'objectif visé par le nouveau complément de ressources est de permettre à des personnes vivant à domicile et dans l'incapacité de travailler de disposer de moyens autonomes d'existence

Par conséquent, le public visé est principalement celui des allocataires actuels du complément d'allocation aux adultes handicapés. C'est ainsi que les conditions d'accès à cet ancien complément ont été maintenues, sous réserve :

- que ces allocataires remplissent la condition d'incapacité propre au nouveau complément ;
- qu'ils vérifient la condition d'absence de revenus d'activité à caractère professionnel depuis un an à la date de la demande.

Il convient de noter que d'autres allocataires de l'allocation aux adultes handicapés peuvent aussi y accéder : ainsi, la condition de logement indépendant prévue à l'article L. 821-1-1 et précisée à l'article R. 821-5-2 du code de la sécurité sociale ouvre l'accès du complément de ressources aux propriétaires de leur logement.

*

* *

Vous voudrez bien me tenir informé des difficultés que vous pourriez rencontrer lors de l'application de la présente circulaire.

Le directeur général de l'action sociale

Jean-Jacques TREGOAT



Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement
Ministère de la santé et des solidarités

Direction générale de l'action
sociale
Sous-direction des politiques d'insertion et
de lutte contre les exclusions
Sous-direction des personnes
handicapées

Personnes chargées du dossier :

Caroline RIEHL
tél. : 01 40 56 88 47
fax : 01 40 56 80 44
courriel : caroline.riehl@sante.gouv.fr

Chantal ERAULT
fax : 01 40 56 63 22
tél. : 01 40 56 88 55
courriel : chantal.erault@sante.gouv.fr

Le ministre de la santé et des solidarités

à

(pour attribution)
Mesdames et Messieurs les directeurs des maisons
départementales des personnes handicapées

(pour information)
Mesdames et Messieurs les présidents de Conseils
généraux
Sous couvert de Mesdames et Messieurs les préfets
de département

Mesdames et Messieurs les préfets de département
Directions départementales des affaires sanitaires et sociales
Directions départementales du travail, de l'emploi et de la
formation professionnelle
Direction de la solidarité et de la santé de la Corse et de la
Corse du Sud
Direction de la santé et du développement social de la
Guadeloupe
Direction de la santé et du développement social de la
Martinique
Direction de la santé et du développement social de la
Guyane
Service des affaires sanitaires et sociales de Saint-Pierre et
Miquelon

Monsieur le directeur de la Caisse nationale de solidarité
pour l'autonomie
Monsieur le directeur de la Caisse nationale des allocations
familiales
Monsieur le directeur général de la Caisse centrale de la
mutualité sociale agricole

CIRCULAIRE N° DGAS/1C/SD3/2007/141 du 10 avril 2007

relative à l'appréciation de la condition de capacité de travail inférieure à 5 % pour l'octroi de la garantie de ressources pour les personnes handicapées prévue à l'article L. 821-1-1 du code de la sécurité sociale

Date d'application : immédiate

NOR :

Classement thématique :

Résumé : La loi 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a institué la garantie de ressources pour les personnes handicapées composée de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et d'un complément de ressources. Pour bénéficier de ce complément de ressources, le bénéficiaire de l'AAH doit remplir notamment la condition relative à une capacité de travail, compte tenu de son handicap, inférieure à 5 %.

Mots-clés : complément de ressources – capacité de travail inférieure à 5 %

Textes de référence :

- articles L. 821-1-1-1 et D. 821-4 du code de la sécurité sociale
- circulaire n° DGAS/1C/2005/411 du 7 septembre 2005 relative à l'allocation aux adultes handicapés, à la garantie de ressources pour les personnes handicapées et à la majoration pour la vie autonome
- circulaire interministérielle N° DGAS/DGEFPC/SD3/MEPH/2005/433 du 23 septembre 2005 relative aux modalités de mise en œuvre de l'article L.821-2 du code de la sécurité sociale relatif à l'allocation aux adultes handicapés
- circulaire N° DGAS/1C/2006/37 du 26 janvier 2006 relative à l'appréciation de la condition de capacité de travail inférieure à 5 % pour l'octroi de la garantie de ressources pour les personnes handicapées prévue à l'article L. 821-1-1 du code de la sécurité sociale.

En instituant la garantie de ressources pour les personnes handicapées (GRPH), la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées prévoit de favoriser l'autonomie des personnes handicapées qui ne peuvent travailler et se trouvent de ce fait privées de revenus d'origine professionnelle.

Ainsi la GRPH, composée de l'allocation aux adultes handicapés attribuée au titre de l'article L. 821-1 du code de la sécurité sociale (CSS) et d'un complément de ressources, est au moins égale à 80 % du SMIC net, soit un montant au 1^{er} janvier 2007 de 800,58 € (décret n° 2006-1821 du 23 décembre 2006).

Aux termes des articles L. 146-8 et L. 241-6 du code de l'action sociale et des familles, il appartient aux équipes pluridisciplinaires des Maisons départementales des personnes handicapées, de porter une évaluation et aux commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées de statuer sur l'attribution de l'allocation aux adultes handicapés et du complément de ressources, deux prestations financées par l'Etat.

Dans le cadre de l'octroi du complément de ressources, elles doivent se prononcer sur la capacité de travail du demandeur.

Afin de préciser cette notion de capacité de travail, la présente circulaire enrichit les instructions déjà contenues dans les circulaires 2005-411 du 7 septembre 2005 et 2006-37 du 26 janvier 2006. Il s'agit d'apporter des éléments complémentaires relatifs à des situations dans lesquelles les personnes peuvent être considérées comme remplissant cette condition.

1/ Rappel de l'approche générale de la notion de capacité de travail inférieure à 5 %

La circulaire 2006-37 du 26 janvier 2006 indique que la capacité de travail inférieure à 5 % est une condition d'accès au complément de ressources. Elle s'apprécie par rapport à la situation de handicap de la personne, quel que soit le poste de travail envisagé, et s'apparente à une incapacité de travailler quasiment absolue et peu susceptible d'évolution favorable dans le temps.

Il convient de rappeler que les travailleurs des établissements ou services d'aide par le travail sont considérés comme ayant une capacité de travail, même si cette activité ne correspond pas à un emploi au sens du code du travail et permet donc l'attribution de l'allocation aux adultes handicapés au titre de l'article L. 821-2 du CSS.

2/ Approches complémentaires, spécifiques à certaines situations

Compte tenu d'une part de la complexité, dans certains cas, à apprécier si la capacité de travail est inférieure à 5 %, d'autre part des spécificités liées à certaines situations, peuvent être considérées comme satisfaisant à la condition de la capacité de travail requise pour la GRPH :

- 1) Les personnes se trouvant dans **l'incapacité de travailler pendant au moins un an**. Il s'agit des personnes qui relèvent, du fait de leur état de santé, de la prescription d'arrêt(s) de travail prolongé(s), notamment dans le cadre d'une affection de longue durée, que cette prescription soit effectivement faite par un médecin ou non (dans le cas où les personnes ne rempliraient pas les conditions administratives pour bénéficier d'indemnités journalières).
- 2) Les personnes **qui ont subi des échecs répétés lors de leurs tentatives d'insertion ou de réinsertion professionnelle en milieu protégé**, lorsque l'examen de la situation établit que ces échecs ont un lien avec le handicap et qu'ils ne résultent pas d'une orientation inadaptée.
- 3) Les personnes qui ont des limitations fonctionnelles très importantes ayant pour conséquence un besoin d'une aide conséquente pour les actes essentiels y compris pendant le temps de travail et **qui, pour occuper un emploi, nécessitent la mise en place de mesures de compensation ou d'aménagements très importantes**. Sont visées par exemple les personnes qui bénéficient d'une orientation vers le marché du travail et pour lesquelles les aménagements nécessaires peuvent être considérés comme n'étant pas des aménagements raisonnables, c'est-à-dire dès lors que les charges consécutives à leur mise en œuvre sont considérées comme disproportionnées, compte tenu des aides qui peuvent compenser en tout ou partie les dépenses supportées à ce titre par l'employeur.
- 4) Les personnes pour lesquelles **une demande de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) ferait l'objet d'un rejet**, compte tenu de l'importance du handicap, dès lors que celui-ci est durable. Cette analyse peut être retenue :
 - soit dans le cas où la personne a effectivement fait une demande de RQTH, sur laquelle la CDAPH peut se prononcer, le cas échéant, concomitamment à la demande de CPR ;
 - soit en l'absence de demande de RQTH, lorsque l'évaluation a mis en évidence des éléments qui conduiraient à prendre une telle décision dans l'hypothèse où la demande aurait été présentée. Bien évidemment, la CDAPH ne se prononcera pas sur une RQTH en l'absence de demande, il s'agit ici uniquement de mobiliser une expertise existante lui permettant de juger de l'attribution de la GRPH.

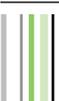
Enfin, cela ne signifie en aucun cas que les personnes doivent déposer une demande de RQTH pour obtenir la GRPH.

*
* *

Vous voudrez bien me tenir informé des difficultés que vous pourriez rencontrer lors de l'application de la présente circulaire.

Pour le ministre et par délégation

Jean-Jacques TREGOAT



Restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi (RSDAE)

Il s'agit de la condition complémentaire au taux d'incapacité pour permettre d'accéder à l'AAH au titre de l'article L. 821-2 du code de la sécurité sociale (taux d'incapacité au moins égal à 50 % mais inférieur à 80 %).

Les conditions à remplir pour vérifier ce critère figurent dans un décret et une circulaire.

Article D821-1-2 Créé par Décret n° 2011-974 du 16 août 2011 - art. 2

Pour l'application des dispositions du 2° de l'article L. 821-2, la restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi subie par une personne handicapée qui demande à bénéficier de l'allocation aux adultes handicapés est appréciée ainsi qu'il suit :

1° La restriction est substantielle lorsque le demandeur rencontre, du fait de son handicap même, des difficultés importantes d'accès à l'emploi. A cet effet, sont à prendre en considération :

- a) Les déficiences à l'origine du handicap ;
- b) Les limitations d'activités résultant directement de ces mêmes déficiences ;
- c) Les contraintes liées aux traitements et prises en charge thérapeutiques induits par le handicap ;
- d) Les troubles qui peuvent aggraver ces déficiences et ces limitations d'activités.

Pour apprécier si les difficultés importantes d'accès à l'emploi sont liées au handicap, elles sont comparées à la situation d'une personne sans handicap qui présente par ailleurs les mêmes caractéristiques en matière d'accès à l'emploi.

2° La restriction pour l'accès à l'emploi est dépourvue d'un caractère substantiel lorsqu'elle peut être surmontée par le demandeur au regard :

- a) Soit des réponses apportées aux besoins de compensation mentionnés à l'article L. 114-1-1 du code de l'action sociale et des familles qui permettent de faciliter l'accès à l'emploi sans constituer des charges disproportionnées pour la personne handicapée ;
- b) Soit des réponses susceptibles d'être apportées aux besoins d'aménagement du poste de travail de la personne handicapée par tout employeur au titre des obligations d'emploi des handicapés sans constituer pour lui des charges disproportionnées ;
- c) Soit des potentialités d'adaptation dans le cadre d'une situation de travail.

3° La restriction est durable dès lors qu'elle est d'une durée prévisible d'au moins un an à compter du dépôt de la demande d'allocation aux adultes handicapés, même si la situation médicale du demandeur n'est pas stabilisée. La restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi est reconnue pour une durée de un an à deux ans.

4° Pour l'application du présent article, l'emploi auquel la personne handicapée pourrait accéder s'entend d'une activité professionnelle lui conférant les avantages reconnus aux travailleurs par la législation du travail et de la sécurité sociale.

5° Sont compatibles avec la reconnaissance d'une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi :

- a) L'activité à caractère professionnel exercée en milieu protégé par un demandeur admis au bénéfice de la rémunération garantie mentionnée à l'article L. 243-4 du code de l'action sociale et des familles ;
- b) L'activité professionnelle en milieu ordinaire de travail pour une durée de travail inférieure à un mi-temps, dès lors que cette limitation du temps de travail résulte exclusivement des effets du handicap du demandeur ;
- c) Le suivi d'une formation professionnelle spécifique ou de droit commun, y compris rémunérée, résultant ou non d'une décision d'orientation prise par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées mentionnée à l'article L. 241-5 du code de l'action sociale et des familles.



Ministère des solidarités et de la cohésion sociale

Direction générale de la cohésion sociale
Service des politiques sociales et médico-sociales
Sous-direction de l'inclusion sociale, de l'insertion et de la lutte contre la pauvreté

Bureau des minima sociaux
Personne chargée du dossier :
Ronan LHERMENIER
tél. : 01 40 56 56 75
mél. : ronan.lhermenier@social.gouv.fr

La Ministre des solidarités et de la cohésion sociale

à

Madame et Messieurs les préfets de région,
Directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
Directions de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale outre-mer
(pour information)

Mesdames et Messieurs les préfets de département
Directions départementales de la cohésion sociale
Directions départementales de la cohésion sociale et de la protection des populations
(pour exécution)

Monsieur le directeur général de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (pour information)

CIRCULAIRE N° DGCS/SD1/2011/413 du 27 octobre 2011

relative à l'application du décret n° 2011-974 du 16 août 2011 relatif à l'attribution de l'allocation aux adultes handicapés aux personnes handicapées subissant une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi et à certaines modalités d'attribution de cette allocation.

Examinée par le COMEX, le 19 octobre 2011

Date d'application : immédiate
NOR : SCSA1129567C
Classement thématique : Handicapés

Catégorie : Interprétation à retenir, sous réserve de l'appréciation souveraine du juge, lorsque l'analyse de la portée juridique des textes législatifs ou réglementaires soulève une difficulté particulière.

<p>Résumé : Au titre de l'article L. 821-2 du code de la sécurité sociale (CSS), l'allocation aux adultes handicapés (AAH) est attribuée à toute personne handicapée dont le taux d'incapacité permanente est au moins égal à 50 % et inférieur à 80 % et pour laquelle la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) reconnaît, compte tenu de son handicap, une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi. Le nouvel article D. 821-1-2 du CSS définit les modalités d'appréciation de cette notion complexe, dont la reconnaissance constitue l'une des conditions cumulatives d'accès à l'allocation aux adultes handicapés (AAH). Le nouvel article R. 821-5 du CSS limite à deux ans l'attribution de l'AAH au titre de l'article L. 821-2 du CSS. La présente circulaire a pour objet d'apporter des précisions et des instructions quant à l'appréciation de cette condition par la CDAPH.</p>
<p>Mots-clés : allocation aux adultes handicapés/restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi/handicap</p>
<p>Textes de référence : Articles L. 821-2, R. 821-5 et D. 821-1-2 du code de la sécurité sociale Décret n° 2011-974 du 16 août 2011</p>
<p>Textes abrogés : aucun</p>
<p>Textes modifiés : article R. 821-5 du CSS + création d'un article D. 821-1-2 du CSS</p>
<p>Annexes : Annexe 1 : Les éléments d'appréciation de la restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi compte tenu du handicap (RSDAE). Annexe 2 : Schéma d'instruction de la notion de RSDAE</p>

La présente circulaire a pour objet de vous apporter des précisions sur les conditions d'appréciation par les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) de la notion de restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi compte tenu du handicap (RSDAE), telle que la définit le décret n° 2011-974 du 16 août 2011 (voir les 2 annexes). La nouvelle réglementation introduite par ce texte, publié au Journal Officiel du 18 août 2011, doit être appliquée à toute décision de la CDAPH prononcée à compter du 1^{er} septembre 2011 (date d'entrée en vigueur du décret) quelle que soit la date du dépôt de la demande d'allocation aux adultes handicapés (AAH).

L'application du décret précité a pour objectif d'harmoniser les pratiques d'attribution de l'AAH par les CDAPH sur l'ensemble du territoire dans un souci d'égalité de traitement des personnes face aux prestations sociales et autres droits sociaux. C'est dans ce sens qu'a été engagé le projet relatif au pilotage de l'AAH que conduit la DGCS avec vos services. A cet égard, je vous rappelle les termes de l'instruction ministérielle n° DGCS/MASSP/4C/2011/328 du 5 août 2011 relative au déploiement de l'expérimentation pour l'amélioration du pilotage de l'AAH.

A travers le décret précité et la présente circulaire, il s'agit également de permettre aux acteurs locaux concernés de procéder à la distinction nécessaire et importante qui doit être opérée entre les publics relevant de l'AAH et ceux devant relever plutôt du revenu de solidarité active (RSA). C'est essentiellement l'appréciation de la restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi, faite par la CDAPH, qui permet d'orienter une personne handicapée vers l'AAH ou, dans la négative, mais par voie de conséquence logique, vers le RSA.

L'allocation aux adultes handicapés (AAH) est un minimum social destiné à certaines personnes handicapées sous condition :

- soit, au titre de l'article L. 821-1 du code de la sécurité sociale (CSS), d'un taux d'incapacité permanente reconnu au moins égal à 80 % (instruction effectuée au sein de la maison départementale des personnes handicapées : l'équipe pluridisciplinaire instruit le dossier et propose une décision à la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées) ;
- soit, au titre de l'article L. 821-2 du même code, d'un taux 50 % mais inférieur à 80 %, cumulé à une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi, compte tenu du handicap (instruction effectuée au sein de la maison départementale des personnes handicapées : l'équipe pluridisciplinaire instruit le dossier et propose une décision à la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées) ;
- et sous condition d'âge, de résidence, d'impossibilité de prétendre à d'autres prestations à demander prioritairement au titre d'un régime d'assurance vieillesse, d'invalidité ou d'accident du travail ou encore de ressources (instruction effectuée par l'organisme de sécurité sociale compétent : CAF ou caisse MSA).

En application de l'article L. 821-2 du code de la sécurité sociale (CSS), l'AAH est attribuée à toute personne handicapée dont le taux d'incapacité permanente est au moins égal à 50 % et inférieur à 80 % et à qui la CDAPH reconnaît, compte tenu de son handicap, une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi (RSDAE).



Le décret n° 2011-974 du 16 août 2011 introduit un nouvel article D. 821-1-2 du CSS qui définit les modalités d'appréciation de cette notion complexe, dont la reconnaissance constitue l'une des conditions cumulatives d'accès à l'AAH pour les personnes ayant un taux d'incapacité permanente égal ou supérieur à 50 % mais inférieur à 80 %. Par ailleurs, ce décret modifie également l'article R. 821-5 du CSS pour limiter à deux ans au lieu de cinq la durée d'attribution de l'AAH accordée à ces personnes (première demande et renouvellement).

Pour prendre sa décision, la CDAPH s'appuie sur l'évaluation réalisée par l'équipe pluridisciplinaire de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Cette évaluation globale de la situation de la personne mobilise les compétences nécessaires au sein de l'équipe pluridisciplinaire. Elle est conduite sur la base des références définies à l'article R. 146-28 du code de l'action sociale et des familles (CASF) et du guide d'évaluation prévu par l'arrêté du 6 février 2008 relatif aux références et nomenclatures applicables au guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées prévu à l'article R. 146-28 du CASF.

En outre, il importe que vos services contribuent à apporter les informations nécessaires afin de promouvoir une connaissance et une compréhension partagées du droit de l'AAH auprès des autres membres de la CDAPH, dont notamment les autres représentants de l'État, et des acteurs locaux chargés de la politique de l'emploi et de la formation professionnelle ainsi qu'auprès des équipes pluridisciplinaires des MDPH.

Cette évaluation comporte notamment une analyse des conséquences des déficiences, des limitations d'activités et autres effets du handicap ainsi que des possibilités d'insertion professionnelle (trajectoire professionnelle, formations reçues, projet professionnel...).

Pour l'application de l'article D. 821-1-2 du CSS, la proposition de l'équipe pluridisciplinaire et la décision de la CDAPH s'appuieront sur un ensemble d'éléments permettant de mettre en évidence l'importance des effets du handicap dans les difficultés d'accès à l'emploi rencontrées par le demandeur, y compris lorsque ces difficultés sont liées aux interactions entre plusieurs facteurs.

Eu égard au contexte particulier de l'instruction des demandes d'AAH au titre de l'article L. 821-2 du CSS, il importe d'explicitier chacun des éléments concourant à une bonne compréhension de la notion de restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi, compte tenu du handicap.

Les articles R. 821-5 modifié et D. 821-1-2 du CSS prévoient que l'AAH accordée au titre de l'article L. 821-2 du même code l'est désormais pour une durée pouvant varier d'un à deux ans. Il est recommandé qu'une attention toute particulière soit accordée aux premières attributions, aux premières demandes de renouvellement d'AAH, aux demandes émanant d'adultes jeunes, de personnes dont le handicap se caractérise par une variabilité des troubles et de personnes dont le handicap est d'apparition récente ou est évolutif.

Cette évolution réglementaire signifie que les effets du handicap doivent être d'une durée prévisible d'au moins un an à compter de la demande d'AAH. Il n'est toutefois pas nécessaire d'attendre que la situation médicale soit stabilisée pour attribuer l'AAH.

En effet, les facteurs concourant à la reconnaissance de la restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi, compte tenu du handicap, peuvent varier dans le temps. S'agissant du caractère évolutif des troubles, les perspectives d'amélioration ou d'aggravation doivent être prises en compte pour déterminer la RSDAE. Enfin le caractère fluctuant de certaines déficiences ou incapacités est également à prendre en considération.

Afin de faciliter l'appropriation et la mise en œuvre de la présente circulaire, vous trouverez en annexe des précisions quant à l'appréciation de la restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi compte tenu du handicap (annexe 1) et un outil méthodologique synthétique (annexe 2) qui est destiné à apporter une aide et à servir de support au dialogue avec l'équipe pluridisciplinaire et entre les participants à la CDAPH pour l'appréciation du critère de la restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi, compte tenu du handicap. Cet outil identifie quelques questions clés qui permettent de guider le raisonnement à suivre. Son utilisation sera explicitée lors de la formation qui sera dispensée sur ce thème à partir de cet automne, jusqu'au printemps 2012, déjà évoquée par l'instruction ministérielle n° DGCS/MASSP/4C/2011/328 du 5 août 2011 relative au déploiement de l'expérimentation pour l'amélioration du pilotage de l'AAH.

Pour la ministre et par délégation

Sabine FOURCADE
Directrice générale de la cohésion sociale

ANNEXE 1 : Les éléments d'appréciation de la restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi compte tenu du handicap (RSDAE)

I. Les effets du handicap

Les effets du handicap sur l'accès à l'emploi qui doivent être appréciés recouvrent à la fois des facteurs personnels et des facteurs d'origine extérieure à la personne.

I.1. Les facteurs personnels

Il convient d'apprécier l'impact des déficiences et des limitations d'activité sur les possibilités d'accès à l'emploi. Il doit aussi être tenu compte des contraintes liées aux traitements et aux prises en charges thérapeutiques, ainsi que des troubles qui peuvent aggraver les déficiences et limitations d'activités, par exemple la douleur, la fatigabilité, la tolérance limitée à l'effort ou encore la difficulté à gérer le stress, dès lors que ces éléments ont un impact notable et qu'ils s'inscrivent sur une durée prévisible d'au moins un an.

Les potentialités et les savoir-faire adaptatifs de la personne sont aussi à prendre en compte pour évaluer la perspective d'atteinte ou de récupération des aptitudes nécessaires pour pouvoir accéder à l'emploi.

a) Les limitations d'activité :

Il s'agit d'apprécier le retentissement sur les possibilités d'accéder à un emploi ou de s'y maintenir, des déficiences et des limitations d'activité qui en résultent. Il n'y a pas toujours une corrélation exacte entre l'importance des déficiences, les limitations d'activités qu'elles entraînent et l'employabilité. Ainsi, par exemple, des personnes atteintes de déficiences importantes peuvent travailler, même si le plus souvent des aménagements de poste s'avèrent nécessaires. En revanche des limitations d'activités d'un niveau moindre peuvent s'avérer plus difficilement conciliables avec une activité professionnelle.

Outre les limitations en lien direct avec la pathologie à l'origine du handicap, il convient de prêter une attention particulière à certaines limitations d'activités qui peuvent avoir un impact particulier sur les possibilités d'accès à l'emploi. Il s'agit des activités suivantes qui figurent dans le volet « activités, capacités fonctionnelles » (volet 6) du guide d'évaluation (GEVA) défini par l'arrêté du 6 février 2008 :

- activités du domaine « mobilité, manipulation » : se déplacer ;
- activités du domaine « tâches et exigences générales, relation avec autrui » : s'orienter dans le temps, s'orienter dans l'espace, avoir des relations avec autrui conformes aux règles sociales ;
- activités du domaine « communication » : mener une conversation, utiliser des appareils et techniques de communication ;
- activités du domaine « application des connaissances, apprentissage » : acquérir un savoir-faire, application d'un savoir faire.

b) Les contraintes liées aux traitements et les troubles pouvant aggraver les déficiences et limitations d'activités :

Il convient d'identifier les contraintes pouvant être dues à l'importance et à la lourdeur des traitements, à leurs effets secondaires, aux modalités d'administration, à la nécessité d'un suivi régulier ou de prises en charge pouvant conduire à des consultations ou des hospitalisations répétées, ainsi que l'impact de troubles qui peuvent aggraver les déficiences et les limitations d'activités par exemple la douleur, une fatigabilité ou une tolérance limitée à l'effort (liste non limitative). Pour être pris en compte au titre de l'article D. 821-1-2 du CSS, leur impact doit être important et s'inscrire sur une durée d'au moins un an.

c) Les potentialités et les savoir-faire adaptatifs de la personne

L'analyse de la situation, notamment celle des possibilités d'insertion professionnelle, ne se réduit pas à la seule appréciation des limitations d'activités mais doit aussi identifier les potentialités et les savoir-faire adaptatifs de la personne. En effet, à déficience comparable, l'importance du retentissement fonctionnel et des possibilités d'accès à un emploi peut varier en fonction des compensations individuelles qui ont pu ou peuvent être mises en œuvre par la personne.

Il importe de s'assurer qu'a été ou que peut être valorisée l'utilisation appropriée et effective de la réadaptation fonctionnelle, de la rééducation, de la réhabilitation et de l'éducation de la personne handicapée et/ou de son entourage à la compensation sous toutes ses formes, y compris cognitive, gestuelle et stratégique (développement de stratégies pour compenser le handicap de manière à contourner les difficultés). Ceci pourra, le cas échéant, faire l'objet par l'équipe pluridisciplinaire de préconisations figurant dans le plan personnalisé de compensation.

A l'inverse, les tentatives demeurées infructueuses en la matière, malgré la mise en œuvre de ce type de mesures, seront prises en compte dans les éléments d'appréciation de la restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi.

d) La prise en compte de l'évolutivité des troubles

Si les troubles ont un caractère évolutif, les perspectives d'amélioration ou d'aggravation sont à identifier autant que possible. En cas de perspective d'amélioration durable, il convient de prévoir des mesures destinées à préparer l'accès à l'emploi, tout en veillant à respecter le délai réglementaire d'instruction de la demande d'AAH fixé à quatre mois (R. 821-2 du CSS). Dans ce cas, la restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi pourrait être reconnue pour une courte durée (1 an). En cas de perspective d'aggravation des troubles, en particulier lorsque cette évolution est rapide, il doit en être tenu compte pour fixer une durée d'attribution de l'allocation plus longue (2 ans par exemple).

Le caractère fluctuant de certaines déficiences ou incapacités est également à prendre en compte. A cet égard, la fréquence, la durée, l'importance et le retentissement des différents épisodes des troubles liés au handicap sont autant d'éléments à intégrer parmi les éléments d'appréciation de la restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi. D'où l'intérêt de prévoir un réexamen attentif du dossier à brève échéance, c'est-à-dire après deux ans au maximum.

I.2. Les facteurs d'origine extérieure à la personne

L'évaluation de la situation de la personne peut mettre en évidence la nécessité de mettre en œuvre des mesures pour favoriser l'accès à l'emploi. Ces mesures concernent directement la personne handicapée ou un futur employeur. Elles résultent en particulier du plan personnalisé de compensation.

Le plan personnalisé de compensation, notamment dans le volet consacré à l'emploi et à la formation professionnelle, a vocation à proposer de telles mesures, qu'elles relèvent ou non du champ de compétence de la CDAPH :

- a) Vis-à-vis de la personne handicapée, ces mesures peuvent porter, par exemple, sur la mobilisation d'accompagnements ou encore le suivi de formations ;
- b) Vis-à-vis de l'employeur potentiel, il peut s'agir d'un besoin d'aménagement ou d'adaptation du poste de travail (même si ces besoins ne pourront être précisés que lorsque la personne aura trouvé un emploi ou, à tout le moins, aura effectué une ou plusieurs mises en situation professionnelle).

A titre d'exemple, trois facteurs d'origine extérieure à la personne peuvent être mentionnés :

- les possibilités de déplacement :
L'accès à l'emploi nécessite le plus souvent de pouvoir effectuer un trajet entre le domicile et le lieu de travail. Cette dimension de mobilité spatiale peut être affectée si la personne, du fait de son handicap, rencontre des difficultés pour utiliser les transports en commun ou conduire un véhicule. Il convient alors de tenir compte des possibilités de compensation qui peuvent effectivement être mises en œuvre dans chaque cas d'espèce, notamment au titre de la prestation de compensation et, le cas échéant, faire figurer des propositions en ce sens dans le plan personnalisé de compensation. Si une possibilité de compensation est effectivement ouverte au demandeur, même s'il n'en bénéficie pas au moment de la demande d'AAH, alors ce facteur extérieur ne pourra être pris en considération pour la reconnaissance de la restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi.
- la prise en compte d'un besoin de formation :
L'accès effectif de la personne handicapée à une formation, qui s'inscrit dans un processus destiné à améliorer les possibilités d'accès à l'emploi (qu'elle soit initiale, continue ou prévue dans le cadre d'un reclassement ou d'une reconversion professionnelle), ne suffit pas, à lui seul, à écarter la reconnaissance de la restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi car les autres critères doivent être appréciés. De fait, il peut être nécessaire d'apprécier les aptitudes de la personne à acquérir de nouvelles compétences. Ainsi, si la personne ne peut acquérir de nouvelles connaissances ou compétences du fait de limitations dans ses facultés d'apprentissage, il doit en être tenu compte pour apprécier le caractère substantiel de la restriction à l'occasion de l'instruction de la demande d'AAH. Si ces limitations sont en lien avec la déficience principale ou avec des déficiences associées, elles peuvent constituer un facteur de reconnaissance de la restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi.

- la nécessité de procéder à des aménagements du poste de travail :
Il convient d'apprécier si les charges qui incomberaient à l'employeur présenteraient ou non un caractère disproportionné. Celui-ci pourra être apprécié au regard, en particulier, des plafonds des montants des diverses aides financières pouvant être versées à l'employeur pour aménager un poste de travail (notamment par l'AGEFIPH ou le FIPHP) et des difficultés de mise en œuvre de ces mesures.
Dans la mesure où les possibilités d'aménagement peuvent être considérées comme raisonnables, elles ne constituent pas un élément de reconnaissance d'une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi.

II. L'emploi

La notion d'emploi est liée à une situation d'activité professionnelle pouvant conférer à la personne les avantages reconnus aux travailleurs par la législation du travail et de la sécurité sociale.

L'emploi fait ici référence à l'exercice d'une activité professionnelle en milieu ordinaire de travail. Plus largement, l'emploi doit être entendu au sens du bureau international du travail (BIT) qui définit les critères permettant de considérer une personne comme étant au chômage ou pourvue d'un emploi. L'emploi comprend ainsi toutes les personnes se trouvant, durant une brève période de référence spécifiée telle qu'une semaine ou un jour, dans les catégories suivantes : emploi salarié ; employeurs ou travailleurs à leur propre compte ; travailleur familial non rémunéré.

II.1. Les situations d'activité compatibles avec la reconnaissance de la restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi compte tenu du handicap

a) L'activité à caractère professionnel exercée en milieu protégé (établissement et service d'aide par le travail, ESAT) ne répondant pas à la notion d'emploi ainsi définie, elle est compatible avec une reconnaissance de la restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi. En effet, un travailleur en ESAT s'est déjà vu reconnaître par la CDAPH une capacité de travail inférieure à un tiers (article R. 243-1 du CASF), par rapport à une personne valide, ce qui plaide fortement en ce sens.

b) Les travailleurs exerçant une activité professionnelle en milieu ordinaire de travail pour une durée inférieure à un mi-temps, pour des raisons exclusivement liées aux effets de leur handicap (tel que défini à l'article D 821-1-2 du CSS : déficiences, limitations d'activités qui en découlent, contraintes liées aux traitements et prises en charge thérapeutiques, troubles divers pouvant aggraver les déficiences et les limitations d'activité, notamment la douleur, la fatigabilité et la tolérance limitée à l'effort) peuvent se voir reconnaître une restriction substantielle pour l'accès à l'emploi sous réserve de l'examen des autres critères composant cette notion (approche globale).

c) Les personnes handicapées en formation professionnelle (qu'elles soient demandeur d'emploi ou en activité professionnelle) peuvent également se voir reconnaître une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi, quelle que soit la durée de cette formation, sous réserve de l'examen des autres critères composant cette notion (approche globale).

En effet, l'un des objectifs étant d'inciter les personnes handicapées à accéder ou se maintenir dans l'emploi, il convient de ne pas les décourager à suivre des actions de formation professionnelle. Ainsi, le fait de suivre une formation professionnelle (quelle qu'en soit la durée) ne devrait donc pas aboutir à un refus de reconnaissance de la restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi.

II.2. Les facteurs constitutifs de difficultés d'accès et de maintien dans l'emploi

L'article D. 821-1-2 du CSS vise non seulement l'accès mais aussi le maintien dans l'emploi pendant une durée minimale (nécessaire à une certaine consolidation de l'activité), à apprécier au cas par cas. En tout état de cause, il apparaît raisonnable de considérer que cette durée ne saurait être inférieure à deux mois, ce laps de temps correspondant généralement à la durée de la période d'essai d'un contrat de travail à durée indéterminée (L. 1221-19 du code du travail).

En effet, une difficulté de maintien dans l'emploi (pendant au moins deux mois par exemple) peut caractériser une difficulté plus générale à accéder à l'emploi. Sont à ce titre plus particulièrement concernées les personnes qui ont subi des échecs répétés lors de leurs tentatives d'insertion ou de réinsertion professionnelle, si l'examen de leur situation établit que ces échecs ont un lien direct avec les effets du handicap et qu'ils ne résultent pas, par exemple, d'une orientation inadaptée.

a) Les facteurs constitutifs de difficultés d'accès à l'emploi directement et exclusivement liés au handicap de la personne

Dans certains cas, la situation médicale de la personne peut suffire à éclairer la CDAPH pour reconnaître ou non une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi, compte tenu du handicap. C'est ainsi le cas lorsqu'il est possible de considérer que la personne pourrait en relever pour une durée prévisible d'au moins un an (par exemple : arrêt maladie prolongé lors de la phase de traitement lourd d'une pathologie chronique ou encore pour une affection de longue durée).

b) Les autres facteurs

Il est fréquent que la réduction des possibilités d'accès à l'emploi ne résulte pas d'un facteur unique directement lié au handicap de la personne, mais qu'il se conjugue avec d'autres facteurs ; lesquels peuvent d'ailleurs constituer des freins à l'emploi que rencontrent également les personnes valides.

Ces facteurs identifiables peuvent être d'ordre personnel, notamment ceux liés à la situation sociale et familiale (l'âge, les conditions de logement de la personne...) et ceux relatifs aux parcours scolaire et professionnel de la personne (formation initiale et continue, compétences acquises, durée d'inactivité, projet professionnel, motivation...). D'autres facteurs, extérieurs à la personne, liés à l'environnement local, par exemple l'état du réseau de transport ou encore le contexte lié au marché local du travail, peuvent également être identifiés.

Ces facteurs limitatifs ne peuvent être pris en compte pour l'appréciation de la restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi qu'à titre secondaire et seulement si les effets du handicap ont un impact direct sur eux. En effet, seuls les facteurs sur lesquels le handicap du demandeur engendre ou aggrave notablement une restriction à l'emploi supplémentaire par rapport à une personne valide peuvent peser dans l'appréciation de la RSDAE. Le handicap peut avoir des répercussions notables sur ces facteurs, parce que ses effets majorent les difficultés générées ou parce que les difficultés sont en partie liées au handicap.

Il appartient à la CDAPH, après identification des facteurs qui constituent une difficulté pour accéder à un emploi, de dégager ceux sur lesquels le handicap a des répercussions pour les retenir au titre de la restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi. Les autres facteurs doivent être écartés.

Ces situations peuvent s'illustrer de la manière suivante :

- la prise en compte de la durée d'interruption de l'activité professionnelle :
L'existence d'une interruption prolongée de l'activité professionnelle est un facteur réducteur pour l'employabilité. Cette dimension ne doit donc être prise en compte dans l'appréciation de la RSDAE que si la durée d'interruption est en lien direct et exclusif avec le handicap.
- la prise en compte de l'âge :
L'âge en tant que tel n'a pas à être pris en compte directement au titre des éléments d'appréciation de la restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi. Cependant, lors de l'évaluation, il convient d'apprécier si les problèmes de santé dus au vieillissement contribuent à majorer les effets du handicap.
- la comparaison avec la situation d'une personne sans handicap :
Les perspectives d'accès à l'emploi, que l'on considère une personne handicapée ou non, sont conditionnées en partie par le contexte local du marché du travail. Le marché local du travail peut être ici entendu au niveau régional ou en terme de bassin d'emploi par exemple. Néanmoins, dans la perspective de l'attribution de l'AAH, il faut pouvoir justifier de l'impact particulier du handicap sur l'accès à l'emploi dans un contexte de marché du travail donné. La comparaison entre une personne handicapée et une personne valide présentant des caractéristiques similaires au regard de l'emploi fait référence en particulier aux acquis et compétences liés aux parcours scolaire et professionnel de la personne (niveau d'étude, diplômes, formation, expérience professionnelle...). En effet, seule une telle comparaison permet de déterminer si la restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi résulte du handicap reconnu par la CDAPH ou non.

A titre d'exemple, peut être cité le cas d'une personne qui ne pourrait postuler que dans des secteurs d'activité sinistrés localement parce que son handicap exclurait toute possibilité de mise à niveau ou de reconversion professionnelle au moyen de formations, lui permettant dans ce cas, la reconnaissance d'une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi.

Aucun des éléments à apprécier au titre de la restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi ne suffit à lui seul à emporter la décision. Il convient donc de les confronter de manière globale. Dans ce cadre, il apparaît nécessaire d'apprécier les difficultés particulières d'une personne handicapée par rapport à une personne valide, en raison des conséquences que produirait une mobilité géographique possible vers un bassin d'emploi plus favorable, mais qui la ferait par exemple sortir du périmètre de



la MDPH à laquelle elle est rattachée initialement, sachant que cette mobilité nécessiterait par ailleurs, pour la personne handicapée, des efforts d'adaptation de fait plus importants que pour une personne valide, toutes choses égales par ailleurs. Peuvent être cités à cet égard par exemple les contraintes liées aux traitements que la personne doit suivre, ou encore les professionnels de santé qui la suivent parfois depuis plusieurs années.

III. Durée d'attribution de l'allocation aux adultes handicapés accordée au titre de l'article L. 821-2 du code de la sécurité sociale

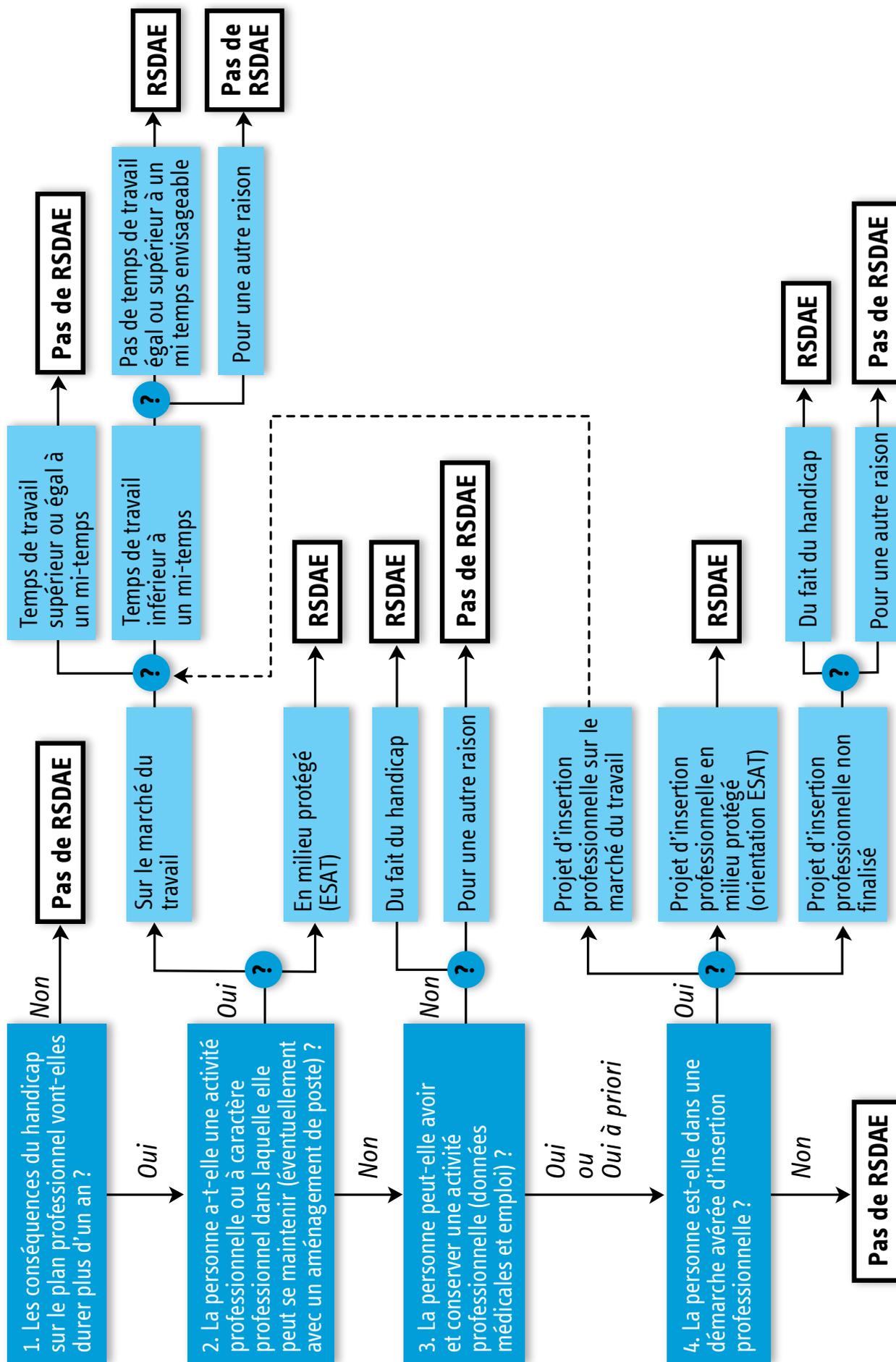
En vertu de l'article R. 821-5 modifié du CSS, la durée d'attribution de l'AAH accordée au titre de l'article L. 821-2 du CSS peut varier de un an à deux ans, contre un à cinq ans auparavant. En effet, au regard du caractère évolutif de la reconnaissance d'une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi, compte tenu du handicap, il apparaissait cohérent de limiter la durée d'accord d'une AAH au titre de l'article L. 821-2 du CSS à deux ans maximum.

Cette durée ne préjuge aucunement des suites ultérieurement réservées à l'occasion du réexamen suivant du dossier quant au maintien ou non de cette reconnaissance (le renouvellement d'une première attribution de l'AAH nécessite toujours un examen attentif de la condition d'une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi).

Pour l'ensemble des cas, la durée d'attribution peut être modulée principalement en fonction des facteurs suivants :

- perspectives d'amélioration ou, à l'inverse, d'aggravation des troubles du handicap ;
- possibilités ou difficultés de mise en œuvre des mesures de compensation du handicap destinées à faciliter l'accès à l'emploi (ou le maintien dans l'emploi) de la personne ;
- délais de mise en œuvre de ces mesures de compensation.

ANNEXE 2 : Schéma d'instruction de la notion de RSDAE



Référentiel pour l'accès à la prestation de compensation

Annexe 2-5 du code de l'action sociale et des familles.

Chapitre 1^{er} : Conditions générales d'accès à la prestation de compensation

1. Les critères de handicap pour l'accès à la prestation de compensation

Les critères à prendre en compte sont les suivants :

a) Présenter une difficulté absolue pour la réalisation d'une activité ou une difficulté grave pour la réalisation d'au moins deux des activités dont la liste figure en note de bas de page¹.

La difficulté est qualifiée de :

- difficulté absolue lorsque l'activité ne peut pas du tout être réalisée par la personne elle-même ;
- difficulté grave lorsque l'activité est réalisée difficilement et de façon altérée par rapport à l'activité habituellement réalisée ;

b) Les difficultés doivent être définitives ou d'une durée prévisible d'au moins un an. Il n'est cependant pas nécessaire que l'état de la personne soit stabilisé.

2. Détermination du niveau des difficultés

La détermination du niveau de difficulté se fait en référence à la réalisation de l'activité par une personne du même âge qui n'a pas de problème de santé. Elle résulte de l'analyse de la capacité fonctionnelle de la personne, capacité déterminée sans tenir compte des aides apportées, quelle que soit la nature de ces aides. Elle prend en compte les symptômes (douleur, inconfort, fatigabilité, lenteur, etc.), qui peuvent aggraver les difficultés dès lors qu'ils évoluent au long cours.

Concernant les enfants, il est nécessaire de faire référence aux étapes du développement habituel d'un enfant, définies par arrêté du ministre chargé des personnes handicapées. Lorsqu'une activité ne peut être réalisée compte tenu des étapes du développement habituel d'un enfant du même âge, celle-ci est sans objet.

3. Détermination personnalisée du besoin de compensation

Pour déterminer de manière personnalisée les besoins de compensation, quel que soit l'élément de la prestation, il convient de prendre en compte :

- a) Les facteurs qui limitent l'activité ou la participation (déficiences, troubles associés, incapacités, environnement) ;
- b) Les facteurs qui facilitent l'activité ou la participation : capacités de la personne (potentialités et aptitudes), compétences (expériences antérieures et connaissances acquises), environnement (y compris familial, social et culturel), aides de toute nature (humaines, techniques, aménagement du logement, etc.) déjà mises en œuvre ;
- c) Le projet de vie exprimé par la personne.

¹ Liste des activités à prendre en compte pour l'ouverture du droit à la prestation de compensation : (Concernant des informations complémentaires sur les activités, se reporter à la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé.)

Domaine 1 : mobilité. Activités : se mettre debout ; faire ses transferts ; marcher ; se déplacer (dans le logement, à l'extérieur) ; avoir la préhension de la main dominante ; avoir la préhension de la main non dominante ; avoir des activités de motricité fine.

Domaine 2 : entretien personnel. Activités : se laver ; assurer l'élimination et utiliser les toilettes ; s'habiller ; prendre ses repas.

Domaine 3 : communication. Activités : parler ; entendre (percevoir les sons et comprendre) ; voir (distinguer et identifier) ; utiliser des appareils et techniques de communication.

Domaine 4 : tâches et exigences générales, relations avec autrui. Activités : s'orienter dans le temps ; s'orienter dans l'espace ; gérer sa sécurité ; maîtriser son comportement dans ses relations avec autrui.

Chapitre 2 : Aides humaines

Les besoins d'aides humaines peuvent être reconnus dans les trois domaines suivants :

- 1) Les actes essentiels de l'existence ;
- 2) La surveillance régulière ;
- 3) Les frais supplémentaires liés à l'exercice d'une activité professionnelle ou d'une fonction élective.

Section 1 : Les actes essentiels

L'équipe pluridisciplinaire identifie les besoins d'aide humaine pour l'entretien personnel, les déplacements et la participation à la vie sociale. Elle procède à une quantification du temps d'aide humaine nécessaire pour compenser le handicap.

Pour les enfants, ces besoins sont appréciés en tenant compte des activités habituellement réalisées par une personne du même âge, selon les indications mentionnées au second alinéa du 2 du chapitre 1er de la présente annexe.

1. Les actes essentiels à prendre en compte

a) L'entretien personnel

L'entretien personnel porte sur les actes suivants :

- Toilette² : le temps quotidien d'aide pour la toilette, y compris le temps nécessaire pour l'installation dans la douche ou la baignoire, peut atteindre 70 minutes.
- Habillage³ : le temps quotidien d'aide pour l'habillage et le déshabillage peut atteindre 40 minutes.
- Alimentation⁴ : le temps quotidien d'aide pour les repas et assurer une prise régulière de boisson peut atteindre 1 heure et 45 minutes. Ce temps d'aide prend aussi en compte l'installation de la personne. Il ne comprend pas le portage des repas ni le temps pour la préparation du repas lorsque ce temps est déjà pris en charge ou peut l'être à un autre titre que la compensation du handicap.
- Elimination⁵ : le temps d'aide quotidien pour aller aux toilettes comprend le temps nécessaire pour l'installation, y compris les transferts entre les toilettes et le fauteuil. Il peut atteindre 50 minutes. Les actes concernant l'élimination qui relèvent d'actes infirmiers ne sont pas pris en compte.

b) Les déplacements

Le temps quotidien d'aide humaine pour les déplacements dans le logement peut atteindre 35 minutes. Il s'agit notamment d'une aide aux transferts, à la marche, pour monter ou descendre les escaliers ou d'une aide pour manipuler un fauteuil roulant.

Les déplacements à l'extérieur exigés par des démarches liées au handicap de la personne et nécessitant la présence personnelle de celle-ci peuvent majorer le temps d'aide attribué au titre des déplacements à concurrence de 30 heures par an.

Le temps de déplacement à l'extérieur pour d'autres motifs que ceux énoncés à l'alinéa précédent est contenu dans le temps de participation à la vie sociale.

2 Toilette : comprend les activités « se laver », « prendre soin de son corps ». Le temps d'aide humaine pour la réalisation d'une toilette au lit, au lavabo, par douche ou bain, comprend le temps nécessaire pour l'installation dans la douche ou la baignoire (y compris les transferts entre la douche ou la baignoire et le fauteuil roulant). Il prend aussi en compte d'autres éléments contribuant à prendre soin de son corps, notamment l'hygiène buccale (le cas échéant l'entretien de prothèses dentaires), le rasage, le coiffage... Il convient, concernant la nature de l'aide, de tenir compte du fait qu'il peut s'agir d'une aide pour la toilette complète ou d'une aide pour la toilette pour une partie du corps.

3 Habillage : comprend les activités « s'habiller » et « s'habiller selon les circonstances ». « S'habiller » comprend l'habillage et le déshabillage et, le cas échéant, le temps pour installer ou retirer une prothèse. Il convient, concernant la nature de l'aide, de tenir compte du fait que l'aide peut porter sur la totalité de l'habillage ou seulement sur une partie (aide pour l'habillage du haut du corps ou au contraire du bas du corps).

4 Alimentation : comprend les activités « manger » et « boire ». Le temps d'aide prend aussi en compte l'installation de la personne pour prendre le repas, y compris couper les aliments et/ou les servir et assurer une prise régulière de boisson hors des repas. Des facteurs tels que l'existence de troubles de la déglutition, notamment s'ils nécessitent le recours à une alimentation spéciale, hachée ou mixée, peuvent être de nature à justifier un temps d'aide quotidien important.

5 Elimination : comprend les activités suivantes : « assurer la continence » et « aller aux toilettes ». « Aller aux toilettes » comprend notamment le fait de se rendre dans un endroit approprié, de s'asseoir et de se relever des toilettes, le cas échéant de réaliser les transferts entre les toilettes et le fauteuil. Les actes concernant l'élimination qui relèvent d'actes infirmiers ne sont pas pris en compte.

c) La participation à la vie sociale

La notion de participation à la vie sociale repose, fondamentalement, sur les besoins d'aide humaine pour se déplacer à l'extérieur et pour communiquer afin d'accéder notamment aux loisirs, à la culture, à la vie associative, etc.

Le temps d'aide humaine pour la participation à la vie sociale peut atteindre 30 heures par mois. Il est attribué sous forme de crédit temps et peut être capitalisé sur une durée de 12 mois. Ce temps exclut les besoins d'aide humaine qui peuvent être pris en charge à un autre titre, notamment ceux liés à l'activité professionnelle, à des fonctions électives, à des activités ménagères, etc.

d) Les besoins éducatifs :

La prise en compte des besoins éducatifs des enfants et des adolescents soumis à l'obligation scolaire pendant la période nécessaire à la mise en œuvre d'une décision de la commission des droits et de l'autonomie d'orientation à temps plein ou à temps partiel vers un établissement mentionné au 2° du I de l'article L. 312-1 du présent code donne lieu à l'attribution d'un temps d'aide humaine de 30 heures par mois.

2. Les modalités de l'aide humaine

L'aide humaine peut revêtir des modalités différentes :

- 1) Suppléance partielle, lorsque la personne peut réaliser une partie de l'activité mais a besoin d'une aide pour l'effectuer complètement ;
- 2) Suppléance complète, lorsque la personne ne peut pas réaliser l'activité, laquelle doit être entièrement réalisée par l'aidant ;
- 3) Aide à l'accomplissement des gestes nécessaires à la réalisation de l'activité ;
- 4) Accompagnement, lorsque la personne a les capacités physiques de réaliser l'activité mais qu'elle ne peut la réaliser seule du fait de difficultés mentales, psychiques ou cognitives.

L'aidant intervient alors pour la guider, la stimuler, l'inciter verbalement ou l'accompagner dans l'apprentissage des gestes pour réaliser cette activité.

3. Les facteurs pouvant avoir un impact sur le temps requis

Les temps indiqués au 1 de la présente section sont des temps plafonds dans la limite desquels peuvent être envisagées des majorations des temps ordinaires dès lors que les interventions de l'aidant sont rendues plus difficiles ou sont largement entravées par la présence au long cours de facteurs aggravants. Certains facteurs sont mentionnés ci-dessous, à titre d'exemple.

D'autres peuvent être identifiés.

Facteurs en rapport avec le handicap de la personne

Des symptômes tels que douleurs, spasticité, ankylose de grosses articulations, mouvements anormaux, obésité importante, etc., tout autant que certains troubles du comportement, peuvent avoir un impact et rendre plus difficiles les interventions des aidants pour la réalisation de tout ou partie des actes essentiels.

Facteurs en rapport avec l'environnement

Un logement adapté ou, au contraire, un logement inadapté, de même que le recours à certaines aides techniques, notamment lorsqu'elles ont été préconisées pour faciliter l'intervention des aidants, peuvent avoir un impact sur le temps de réalisation des activités.

4. Compensation et autres modes de prise en charge financière

L'ensemble des réponses aux différents besoins d'aide humaine identifiés qui doivent être mentionnées dans le plan personnalisé de compensation, y compris celles qui ne relèvent pas de la prestation de compensation.

Section 2 : La surveillance régulière

La notion de surveillance s'entend au sens de veiller sur une personne handicapée afin d'éviter qu'elle ne s'expose à un danger menaçant son intégrité ou sa sécurité. Pour être pris en compte au titre de l'élément aide humaine, ce besoin de surveillance doit être durable ou survenir fréquemment et concerne :

- soit les personnes qui s'exposent à un danger du fait d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions mentales, cognitives ou psychiques ;
- soit les personnes qui nécessitent à la fois une aide totale pour la plupart des actes essentiels et une présence constante ou quasi constante due à un besoin de soins ou d'aide pour les gestes de la vie quotidienne. Il n'est pas nécessaire que l'aide mentionnée dans cette définition concerne la totalité des actes essentiels.

1. Les personnes qui s'exposent à un danger du fait d'une altération d'une ou plusieurs fonctions mentales, cognitives ou psychiques

Le besoin de surveillance s'apprécie au regard des conséquences que des troubles sévères du comportement peuvent avoir dans différentes situations :

- s'orienter dans le temps ;
- s'orienter dans l'espace ;
- gérer sa sécurité ;
- utiliser des appareils et techniques de communication ;
- maîtriser son comportement dans ses relations avec autrui.

Il s'apprécie aussi, de façon complémentaire, au regard de la capacité à faire face à un stress, à une crise, à des imprévus, ou d'autres troubles comportementaux particuliers comme ceux résultant de troubles neuropsychologiques.

Le besoin de surveillance peut aller de la nécessité d'une présence sans intervention active jusqu'à une présence active en raison de troubles importants du comportement.

L'appréciation de ce besoin au titre de la prestation de compensation nécessite de prendre en considération les accompagnements apportés par différents dispositifs qui contribuent à répondre pour partie à ce besoin. Ainsi, certaines des difficultés présentées par la personne handicapée relèvent d'une prise en charge thérapeutique, d'autres difficultés peuvent appeler un accompagnement par un service ou un établissement médico-social ou un groupe d'entraide mutuelle pour personnes présentant des troubles psychiques.

Les réponses de tout ordre au besoin de surveillance doivent être mentionnées dans le plan personnalisé de compensation y compris lorsqu'elles ne relèvent pas d'une décision de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.

Le temps de surveillance attribué au titre de la prestation de compensation peut atteindre 3 heures par jour.

Lorsque le handicap d'une personne requiert une surveillance régulière, il est possible de cumuler le temps d'aide qui lui est attribué au titre de la surveillance avec celui qui peut éventuellement lui être attribué au titre des actes essentiels. Toutefois, il faut considérer dans ce cas que le temps de présence d'un aidant pour la réalisation des actes essentiels répond pour partie au besoin de surveillance. Ainsi, le cumul des temps est autorisé à concurrence du temps maximum attribué au titre des actes essentiels.

2. Les personnes qui nécessitent à la fois une aide totale pour la plupart des actes essentiels et une présence constante ou quasi constante due à un besoin de soins ou d'aide pour les gestes de la vie quotidienne

La condition relative à l'aide totale pour la plupart des actes essentiels est remplie dès lors que la personne a besoin d'une aide totale pour les activités liées à l'entretien personnel définies au a du 1 de la section 1.

La condition relative à la présence constante ou quasi constante due à un besoin de soins ou d'aide pour les gestes de la vie quotidienne est remplie dès lors que des interventions itératives sont nécessaires dans la journée et que des interventions actives sont généralement nécessaires la nuit.

Les éléments relatifs aux soins dans la journée comme dans la nuit comprennent notamment des soins liés à la prévention d'escarres ou des aspirations endotrachéales, dès lors que ces aspirations sont réalisées en conformité avec les dispositions prévues dans le décret n° 99-426 du 27 mai 1999 habilitant certaines catégories de personnes à effectuer des aspirations endotrachéales.

Dans ce cas, le cumul des temps d'aide humaine pour les actes essentiels et la surveillance peut atteindre 24 heures par jour.

Section 3 : Frais supplémentaires liés à l'exercice d'une activité professionnelle ou d'une fonction élective

L'aide liée spécifiquement à l'exercice d'une activité professionnelle ou d'une fonction élective est apportée directement à la personne. Elle peut porter notamment sur des aides humaines assurant des interfaces de communication lorsque des solutions d'aides techniques ou d'aménagements organisationnels n'ont pas pu être mises en place. Toutefois, elle exclue [sic] :

- d'une part, les besoins d'aide humaine pour l'accomplissement des actes essentiels sur le lieu de travail, ces besoins étant pris en charge au titre de l'aide pour les actes essentiels quel que soit le lieu où cette aide est apportée ;
- d'autre part, les frais liés aux aides en lien direct avec le poste de travail.

Le nombre maximum d'heures est fixé à 156 heures pour 12 mois. Les heures peuvent être réparties dans l'année, en fonction des besoins. Dans ce cas, le programme prévisionnel doit figurer dans le plan de compensation.

Section 4 : Dispositions communes aux aides humaines

1. Accès aux aides humaines

Cet accès est subordonné :

- à la reconnaissance d'une difficulté absolue pour la réalisation d'un des actes ou d'une difficulté grave pour la réalisation de deux des actes figurant aux a et b du 1 de la section 1 ou, à défaut
- à la constatation que le temps d'aide nécessaire apporté par un aidant familial pour des actes relatifs aux a et b du 1 de la section 1 ou au titre d'un besoin de surveillance atteint 45 minutes par jour.

Dans des situations exceptionnelles, la commission des droits et de l'autonomie ou le président du conseil général statuant en urgence dans les conditions fixées par l'article R. 245-36 peut porter le temps d'aide attribué au titre des actes essentiels ou de la surveillance au-delà des temps plafonds.

2. Quantification des temps d'aide

Pour déterminer de façon personnalisée le temps d'aide à attribuer, il convient de prendre en compte la fréquence quotidienne des interventions ainsi que la nature de l'aide, sans préjudice des facteurs communs mentionnés au 3 de la section 1.

Le temps d'aide est quantifié sur une base quotidienne. Toutefois, lorsque la fréquence de réalisation de l'activité n'est pas quotidienne ou lorsque des facteurs liés au handicap ou au projet de vie de la personne sont susceptibles d'entraîner, dans le temps, des variations de l'intensité du besoin d'aide, il convient de procéder à un calcul permettant de ramener ce temps à une moyenne quotidienne. La durée et la fréquence de réalisation des activités concernées sont appréciées en tenant compte des facteurs qui peuvent faciliter ou au contraire rendre plus difficile la réalisation, par un aidant, des activités pour lesquelles une aide humaine est nécessaire.

L'équipe pluridisciplinaire est tenue d'élaborer le plan personnalisé de compensation en apportant toutes les précisions nécessaires qui justifient la durée retenue, notamment en détaillant les facteurs qui facilitent ou au contraire compliquent la réalisation de l'activité concernée.

Chapitre 3 : Aides techniques

1. Définition

Les aides techniques qui peuvent être prises en compte au titre de la prestation de compensation sont tout instrument, équipement ou système technique adapté ou spécialement conçu pour compenser une limitation d'activité rencontrée par une personne du fait de son handicap, acquis ou loué par la personne handicapée pour son usage personnel.

Les équipements qui concourent à l'aménagement du logement ou du véhicule ainsi que les produits consommables liés au handicap sont pris en compte respectivement dans les 3e et 4e éléments de la prestation de compensation.

Les dispositifs médicaux à caractère thérapeutique figurant dans la liste des produits et prestations remboursables⁶ (LPPR) autres que ceux mentionnés dans l'arrêté fixant les tarifs des éléments de la prestation de compensation mentionnés aux 2°, 3°, 4° et 5° de l'article L. 245-3 ne sont pas des aides techniques prises en compte au titre de la prestation de compensation.

2. Préconisations

a) Conditions d'attribution des aides

Les aides techniques inscrites dans le plan personnalisé de compensation doivent contribuer soit :

- à maintenir ou améliorer l'autonomie de la personne pour une ou plusieurs activités ;
- à assurer la sécurité de la personne handicapée ;
- à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour faciliter l'intervention des aidants qui accompagnent la personne handicapée.

L'aide attribuée doit être suffisante et appropriée aux besoins de la personne compte tenu de ses habitudes de vie et de son environnement ou, le cas échéant, de l'aidant lorsque l'aide est destinée à favoriser son intervention. Son usage doit être régulier ou fréquent. La personne doit être capable d'utiliser effectivement la plupart des fonctionnalités de cette aide technique.

Dans le cas de pathologies évoluant par poussées, après avis d'un médecin spécialiste ou du centre de référence lorsqu'il s'agit d'une maladie rare, la préconisation des aides techniques requises pour maintenir l'autonomie dans l'accomplissement des actes essentiels de l'existence peut être envisagée, même si la durée prévisible des limitations d'activité est difficile à apprécier.

b) Dispositions communes aux aides techniques (qu'elles figurent ou non dans la liste des produits et prestations remboursables)

La possibilité et les conditions de périodes d'essai (essais comparatifs, essais en situation, etc.) sont prévues dans le plan de compensation lorsqu'elles sont jugées nécessaires par l'équipe pluridisciplinaire. Si tel est le cas, la prise en compte de l'aide technique considérée est subordonnée à une évaluation favorable de cette période d'essai, constatée par l'équipe pluridisciplinaire, par tout moyen qu'elle aura précisé.

De même, l'équipe pluridisciplinaire peut proposer le recours à une structure spécialisée de réadaptation fonctionnelle afin que la personne handicapée puisse développer toutes ses potentialités et appréhender, si besoin, des techniques spécifiques de compensation, avant la préconisation d'une aide technique.

Les accessoires ou options ne sont pris en charge que lorsqu'ils répondent à des besoins directement liés à la compensation de l'activité ou des activités concernées.

⁶ Prévues à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

3. Catégories d'aides techniques

a) Aides techniques figurant sur la liste des produits et prestations remboursables

La prise en compte, au titre de la prestation de compensation, d'aides techniques appartenant à une catégorie de produits figurant sur la liste des produits et prestations remboursables, est subordonnée aux mêmes critères que ceux mentionnés dans cette liste. Cette aide technique devra faire l'objet d'une prescription médicale dans les conditions prévues au code de la sécurité sociale.

Lorsqu'il existe une liste nominative de produits dans la liste des produits et prestations remboursables, seuls les produits figurant dans cette liste sont pris en charge. Les produits écartés de la liste des produits et prestations remboursables ne peuvent faire l'objet d'une prise en charge au titre de la prestation de compensation.

Le cas échéant, la possibilité et les conditions de périodes d'essai sont identiques à celles prévues dans la liste des produits et prestations remboursables pour les aides techniques concernées.

b) Aides techniques hors liste des produits et prestations remboursables

A efficacité égale, lorsqu'un choix est possible entre plusieurs solutions équivalentes pour compenser l'activité concernée, c'est la solution la moins onéreuse qui est inscrite dans le plan personnalisé de compensation.

Toutefois, la personne conserve la possibilité de choisir l'aide technique qu'elle préfère dès lors que les caractéristiques de celle-ci correspondent aux préconisations figurant dans le plan personnalisé de compensation et notamment que l'aide technique considérée apporte une réponse à ses besoins et ne met pas en danger sa sécurité.

c) Dispositions concernant les équipements d'utilisation courante ou comportent des éléments d'utilisation courante

Les surcoûts des équipements d'utilisation courante sont pris en compte dès lors qu'ils apportent une facilité d'usage pour la personne handicapée. Ce surcoût s'apprécie par rapport au coût d'un équipement de base.

Lorsque les équipements d'utilisation courante comportent des adaptations spécifiques, seules sont prises en compte les adaptations spécifiques. Toutefois, dans le cas où la combinaison d'un produit d'utilisation courante et d'une adaptation spécifique serait, à efficacité égale, moins onéreuse qu'un dispositif entièrement spécifique rendant le même service, la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées peut prendre en compte l'ensemble de la combinaison, y compris l'élément d'utilisation courante.

Chapitre 4 : Aménagement du logement

L'attribution du troisième élément de la prestation de compensation peut porter sur des charges de nature différente : aménagement du logement, du véhicule et surcoût résultant du transport. Ce chapitre porte exclusivement sur l'aménagement du logement.

Les aménagements pris en compte sont destinés à maintenir ou améliorer l'autonomie de la personne handicapée. Ils doivent lui permettre de circuler, d'utiliser les équipements indispensables à la vie courante, de se repérer et de communiquer, sans difficulté et en toute sécurité. Ils visent également à faciliter l'intervention des aidants qui accompagnent une personne handicapée à domicile pour la réalisation des actes essentiels de l'existence.

1. Facteurs en rapport avec le handicap de la personne

Les aménagements doivent répondre à des besoins directement liés aux limitations d'activités de la personne. Celles-ci peuvent être définitives ou provisoires. Dans le second cas, elles doivent être suffisamment durables⁷ pour donner droit à la prise en charge des aménagements du logement.

En cas d'évolution prévisible du handicap, le projet d'adaptation et d'accessibilité du logement peut comprendre des travaux destinés à faciliter des aménagements ultérieurs. Dans le cas d'un handicap lié à une pathologie évolutive, des aménagements du logement peuvent être anticipés dès lors qu'un médecin spécialiste ou un centre de référence lorsqu'il s'agit de cas de maladie rare atteste, en les précisant, que des limitations d'activité vont nécessiter, dans un délai inférieur à un an, de tels aménagements pour améliorer l'autonomie de la personne.

2. Facteurs en rapport avec les aménagements du logement

a) Les adaptations et aménagements concernés

Les aménagements concourant à l'adaptation et à l'accessibilité du logement peuvent concerner les pièces ordinaires du logement : la chambre, le séjour, la cuisine, les toilettes et la salle d'eau. Toutefois, la prestation de compensation peut aussi prendre en compte des aménagements concourant à l'adaptation et à l'accessibilité d'une autre pièce du logement permettant à la personne handicapée d'exercer une activité professionnelle ou de loisir et des pièces nécessaires pour que la personne handicapée assure l'éducation et la surveillance de ses enfants.

Les aménagements des pièces définies ci-dessus peuvent porter sur :

- l'adaptation de la ou des pièces concernées ;
- la circulation à l'intérieur de cet ensemble ;
- les changements de niveaux pour l'accès à l'ensemble des pièces constituant cet ensemble lorsque celui-ci s'organise sur deux niveaux et qu'il n'est pas possible de l'organiser sur un seul niveau faute d'espace nécessaire ;
- la domotique ;
- la création d'une extension si cela s'avère indispensable pour procéder à l'accessibilité requise du fait du handicap de la personne.

Lorsque le logement est une maison individuelle, les aménagements du logement et de l'environnement privatif peuvent également concerner : l'accès au logement depuis l'entrée du terrain et le cas échéant l'accès du logement au garage ; la motorisation extérieure (portail, porte de garage).

L'évaluation des caractéristiques du logement peut conduire à identifier d'autres types d'aménagements ou de travaux à envisager qui ne relèvent pas d'une prise en charge au titre de la prestation de compensation : travaux du fait de l'insalubrité ; mises aux normes du fait d'installations vétustes, défectueuses ou hors normes ; aménagements des parties communes d'une copropriété ; demandes d'aménagements résultant d'un manquement aux dispositions législatives et réglementaires relatives à l'accessibilité du logement.

Lorsque l'équipe pluridisciplinaire a connaissance de tels besoins, elle les mentionne dans le plan personnalisé de compensation.

⁷ Leur durabilité prévisible doit être d'au moins un an.

b) Les frais pris en compte

Les frais pris en compte diffèrent selon qu'il s'agit de l'aménagement d'un logement existant ou d'une extension ou d'une construction neuve pour ce qui concerne des aménagements spécifiques ne relevant pas des réglementations en vigueur sur l'accessibilité.

Les frais relatifs à une extension sont pris en compte lorsque le logement ne peut être réaménagé de manière adaptée.

Lorsqu'il s'agit de l'aménagement d'un logement existant, sont pris en compte le coût des équipements de second œuvre, dès lors qu'ils apportent une facilité d'usage pour la personne handicapée ou celui des équipements spécifiques liés au handicap, ainsi que les frais liés à leur installation.

Lorsqu'il s'agit d'une extension ou d'une construction neuve, sont pris en compte le coût des équipements spécifiques liés au handicap ou le surcoût des équipements de second œuvre, dès lors qu'ils apportent une facilité d'usage pour la personne handicapée. Ce surcoût s'apprécie par rapport au coût d'un équipement de second œuvre de base.

L'équipe pluridisciplinaire fournit, en s'appuyant sur les compétences nécessaires, une description détaillée des adaptations qu'elle préconise, afin de permettre à la personne handicapée ou son représentant de faire établir des devis.

Lorsque la personne juge que l'adaptation du logement n'est pas techniquement ou financièrement possible et qu'elle fait le choix d'un déménagement vers un logement répondant aux normes réglementaires d'accessibilité, elle peut bénéficier d'une aide à la prise en charge des frais de déménagement et des frais liés à l'installation des équipements nécessaires.



Carte de stationnement pour personne handicapée

Annexe à l'arrêté du 13 mars 2006 modifié par l'arrêté du 5 février 2007 relatif aux critères d'appréciation d'une mobilité pédestre réduite et de la perte d'autonomie dans le déplacement.

Modalités d'appréciation d'une mobilité pédestre réduite et de la perte d'autonomie dans le déplacement

1. Critère relatif à la réduction importante de la capacité et de l'autonomie de déplacement à pied

La capacité et l'autonomie de déplacement à pied s'apprécient à partir de l'activité relative aux déplacements à l'extérieur.

Une réduction importante de la capacité et de l'autonomie de déplacement à pied correspond à une difficulté grave dans la réalisation de cette activité et peut se retrouver chez des personnes présentant notamment un handicap lié à des déficiences motrices ou viscérales (exemple : insuffisance cardiaque ou respiratoire).

Ce critère est rempli dans les situations suivantes :

- la personne a un périmètre de marche limité et inférieur à 200 mètres ;
- ou la personne a systématiquement recours à l'une des aides suivantes pour ses déplacements extérieurs :
 - une aide humaine ;
 - une prothèse de membre inférieur ;
 - une canne ou tous autres appareillages manipulés à l'aide d'un ou des deux membres supérieurs (exemple : déambulateur) ;
 - un véhicule pour personnes handicapées : une personne qui doit utiliser systématiquement un fauteuil roulant pour ses déplacements extérieurs remplit les conditions d'attribution de la carte de stationnement pour personnes handicapées, y compris lorsqu'elle manœuvre seule et sans difficulté le fauteuil ;
- ou la personne a recours, lors de tous ses déplacements extérieurs, à une oxygénothérapie.

2. Critère relatif à l'accompagnement par une tierce personne pour les déplacements

Ce critère concerne les personnes atteintes d'une altération d'une fonction mentale, cognitive, psychique ou sensorielle imposant qu'elles soient accompagnées par une tierce personne dans leurs déplacements.

Ce critère est rempli si elles ne peuvent effectuer aucun déplacement seules, y compris après apprentissage.

La nécessité d'un accompagnement s'impose dès lors que la personne risque d'être en danger ou a besoin d'une surveillance régulière.

Concernant les enfants, il convient de faire référence à un enfant du même âge sans déficience.

S'agissant des personnes présentant une déficience sensorielle, l'accompagnement doit être nécessaire pour effectuer le déplacement lui-même et s'imposer par le risque d'une mise en danger. Cette condition n'est habituellement pas remplie pour une personne qui présente une déficience auditive isolée.



3. Dispositions communes

La réduction de la capacité et de l'autonomie de déplacement à pied ou le besoin d'accompagnement doit être définitif ou d'une durée prévisible d'au moins un an pour attribuer la carte de stationnement pour personnes handicapées. Il n'est cependant pas nécessaire que l'état de la personne soit stabilisé.

Lorsque les troubles à l'origine des difficultés de déplacement ont un caractère évolutif, la durée d'attribution de cette carte tient compte de l'évolutivité potentielle de ceux-ci.

Décret n° 2012-903 du 23 juillet 2012 relatif à l'aide individuelle et à l'aide mutualisée apportées aux élèves handicapés

NOR : MENE1209765D

Publics concernés : élèves handicapés et leurs parents, personnels chargés de missions d'aide aux élèves handicapés, maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), services et établissements relevant du ministère de l'éducation nationale.

Objet : modalités d'octroi de l'aide humaine aux élèves handicapés scolarisés en milieu ordinaire.

Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.

Notice : le décret précise les conditions dans lesquelles une aide humaine est apportée aux élèves handicapés scolarisés dans une classe de l'enseignement public ou d'un établissement sous contrat. Il distingue et définit deux types d'aide humaine en fonction des besoins de l'élève : l'aide individuelle et l'aide mutualisée.

L'aide mutualisée est destinée à répondre aux besoins d'accompagnement d'élèves qui ne requièrent pas une attention soutenue et continue. Ces aides sont attribuées par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées au sein des MDPH qui se prononce au regard d'une évaluation de la situation scolaire de l'élève handicapé, en prenant en compte notamment son environnement scolaire, la durée du temps de scolarisation, la nature des activités à accomplir par l'accompagnant, la nécessité que l'accompagnement soit effectué par une même personne identifiée, les besoins de modulation et d'adaptation de l'aide et sa durée.

Références : le présent décret est pris pour l'application de l'article 128 de la loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012. Le code de l'éducation, dans sa rédaction issue du présent décret, peut être consulté sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de l'éducation nationale,

Vu le code de l'éducation, notamment son article L. 351-3 ;

Vu le code de l'action sociale et des familles ;

Vu l'avis du Conseil national consultatif des personnes handicapées en date du 21 mars 2012 ;

Vu l'avis du Conseil supérieur de l'éducation en date du 22 mars 2012 ;

Vu l'avis du comité des finances locales (commission consultative de l'évaluation des normes) en date du 7 juin 2012,

Décrète :

Article 1

I. – La sous-section 3 de la section 2 du chapitre 1er du titre V du livre III de la partie réglementaire du code de l'éducation devient la sous-section 4.

II. – La sous-section 4 de la même section devient la sous-section 5 et son intitulé est remplacé par l'intitulé suivant : « Sous-section 5 : La continuité de l'accompagnement ».

Article 2

La sous-section 3 de la section 2 du chapitre 1er du titre V du livre III de la partie réglementaire du code de l'éducation est ainsi rédigée :

« Sous-section 3

« L'aide humaine aux élèves handicapés

« Paragraphe 1

« Champ d'application

« Art. D. 351-16-1. – L'aide individuelle et l'aide mutualisée mentionnées à l'article L. 351-3 constituent deux modalités de l'aide humaine susceptible d'être accordée aux élèves handicapés. Un même élève ne peut se voir attribuer simultanément une aide mutualisée et une aide individuelle. Ces aides sont attribuées par la commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles et intégrées dans le plan personnalisé de compensation du handicap mentionné à l'article L. 146-8 du même code. La commission se prononce sur la base

d'une évaluation de la situation scolaire de l'élève handicapé, en prenant en compte notamment son environnement scolaire, la durée du temps de scolarisation, la nature des activités à accomplir par l'accompagnant, la nécessité que l'accompagnement soit effectué par une même personne identifiée, les besoins de modulation et d'adaptation de l'aide et sa durée.

« Paragraphe 2

« L'aide mutualisée

« Art. D. 351-16-2.-L'aide mutualisée est destinée à répondre aux besoins d'accompagnement d'élèves qui ne requièrent pas une attention soutenue et continue.

« Lorsqu'elle accorde une aide mutualisée, la commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles définit les activités principales de l'accompagnant.

« Art. D. 351-16-3.-L'aide mutualisée accordée à un élève lui est apportée par un assistant d'éducation recruté dans les conditions fixées au premier alinéa de l'article L. 916-1. Cet assistant d'éducation peut être chargé d'apporter une aide mutualisée à plusieurs élèves handicapés simultanément.

« L'employeur de la personne chargée d'apporter une aide mutualisée organise son service pour répondre aux besoins des différents élèves qui bénéficient de l'aide, après concertation, le cas échéant, avec les directeurs des écoles et les chefs des établissements où cette personne exerce son activité.

« Paragraphe 3

« L'aide individuelle

« Art. D. 351-16-4.-L'aide individuelle a pour objet de répondre aux besoins d'élèves qui requièrent une attention soutenue et continue, sans que la personne qui apporte l'aide puisse concomitamment apporter son aide à un autre élève handicapé. Elle est accordée lorsque l'aide mutualisée ne permet pas de répondre aux besoins d'accompagnement de l'élève handicapé. Lorsqu'elle accorde une aide individuelle, dont elle détermine la quotité horaire, la commission susmentionnée définit les activités principales de l'accompagnant. »

Article 3

Le ministre de l'éducation nationale, la ministre des affaires sociales et de la santé, la ministre déléguée auprès du ministre de l'éducation nationale, chargée de la réussite éducative, et la ministre déléguée auprès de la ministre des affaires sociales et de la santé, chargée des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait le 23 juillet 2012.

Jean-Marc Ayrault

Par le premier ministre :

Le ministre de l'éducation nationale,
Vincent Peillon
La ministre des affaires sociales
et de la santé,
Marisol touraine
La ministre déléguée
auprès du ministre de l'éducation nationale,
chargée de la réussite éducative,
George Pau-Langevin
La ministre déléguée
auprès de la ministre des affaires sociales
et de la santé,
chargée des personnes handicapées
et de la lutte contre l'exclusion,
Marie-Arlette Carlotti



Imprimeur : Imprimerie La Centrale 62302 Lens cedex
Date d'achèvement du tirage : juin 2013
Dépôt légal : juin 2013
ISSN 2266-3908





www.cnsa.fr