



**JOURNÉES
TECHNIQUES**

**SESSIONS MDPH
2010/2011**

Sensibilisation à la loi du 11 février 2005



**pour l'égalité
des droits et
des chances,
la participation
et la citoyenneté
des personnes
handicapées**



Sommaire

➤ **PLAN DE L'INTERVENTION** 3

Première partie

Grands principes et nouveau cadre institutionnel

- Les grands principes de la loi du 11 février 2005
- La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)
- Les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)
- La procédure devant les MDPH

Deuxième partie

L'évaluation et le Guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées (GEVA)

- Les principes de l'évaluation et l'utilisation du GEVA

Troisième partie

L'accès aux droits et prestations, critères et outils d'éligibilité

- Le guide barème
- Les cartes d'invalidité et priorité pour personne handicapée
- L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et ses compléments
- Les auxiliaires de vie scolaire (AVS)
- L'allocation aux adultes handicapés (AAH)
- Le complément de ressources à l'AAH
- Les orientations vers les établissements médico-sociaux
- L'allocation compensatrice pour tierce personne (ATCP) ou pour frais professionnels (ACFP)
- La prestation de compensation (PCH)

➤ **SUPPORT DE L'INTERVENTION** 5

➤ **ANNEXES** 107

Annexe 1 : Tableau récapitulatif des durées d'attribution des droits et prestations 108

Annexe 2 : Guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées
(Annexe 2-4 du Code de l'action sociale et des familles) 109

Annexe 3 : Le guide pour l'attribution des compléments d'AEEH
(Arrêté du 24 avril 2002 relatif aux conditions d'attribution des six catégories de complément d'allocation
d'éducation spéciale) 135

Annexe 4 : Le référentiel pour l'accès à la PCH (Annexe 2-5 du Code de l'action sociale et des familles) 142

Annexe 5 : Articulation entre inscription à la LPPR et prise en charge au titre de la PCH pour les aides techniques 148

Annexe 6 : Détermination des tarifs et plafonds de la PCH « transport » (Schéma) 149

Annexe 7 : Tarifs et montants applicables aux différents éléments
de la prestation de compensation (au 1^{er} janvier 2010) – Direction générale de la cohésion sociale 151





Le cadre légal du handicap depuis la loi du 11 février 2005

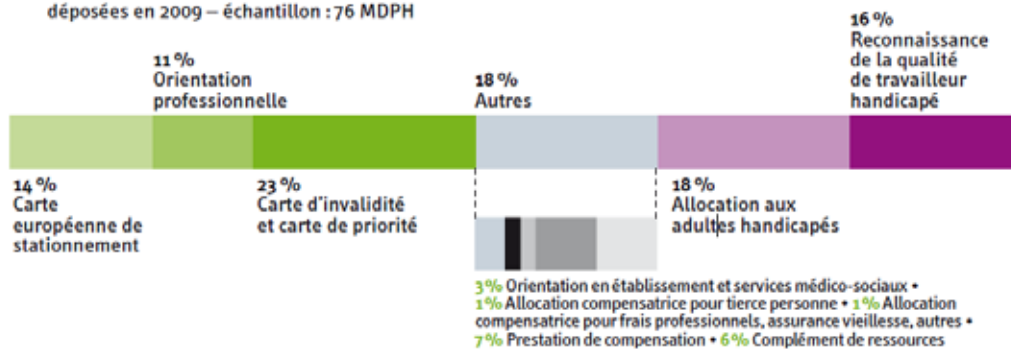
Dans le cadre de sa mission d'animation du réseau des Maisons départementales des personnes handicapées, la CNSA apporte un appui technique, juridique et financier à l'ensemble de ces structures, depuis leur création en 2006.

Ce document présente le cadre de travail de la MDPH en matière de droits des personnes handicapées, à l'exclusion des questions concernant l'insertion professionnelle, qui justifie une présentation spécifique.

Quelques chiffres

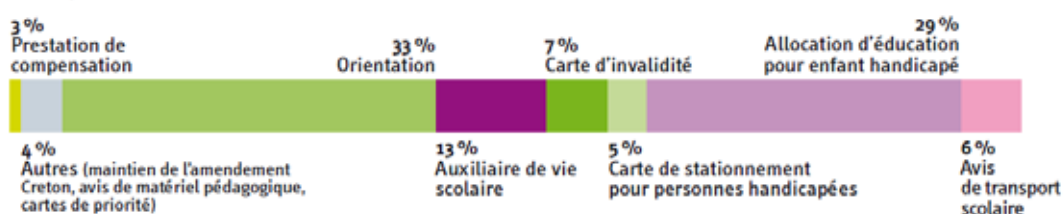
* Répartition des demandes « adultes »

déposées en 2009 – échantillon : 76 MDPH



* Répartition des demandes « enfants »

déposées en 2009 – échantillon : 79 MDPH



3



Grands principes et cadre institutionnel

Les fondements conceptuels posés par la loi du 11 février 2005

5

Une définition du handicap

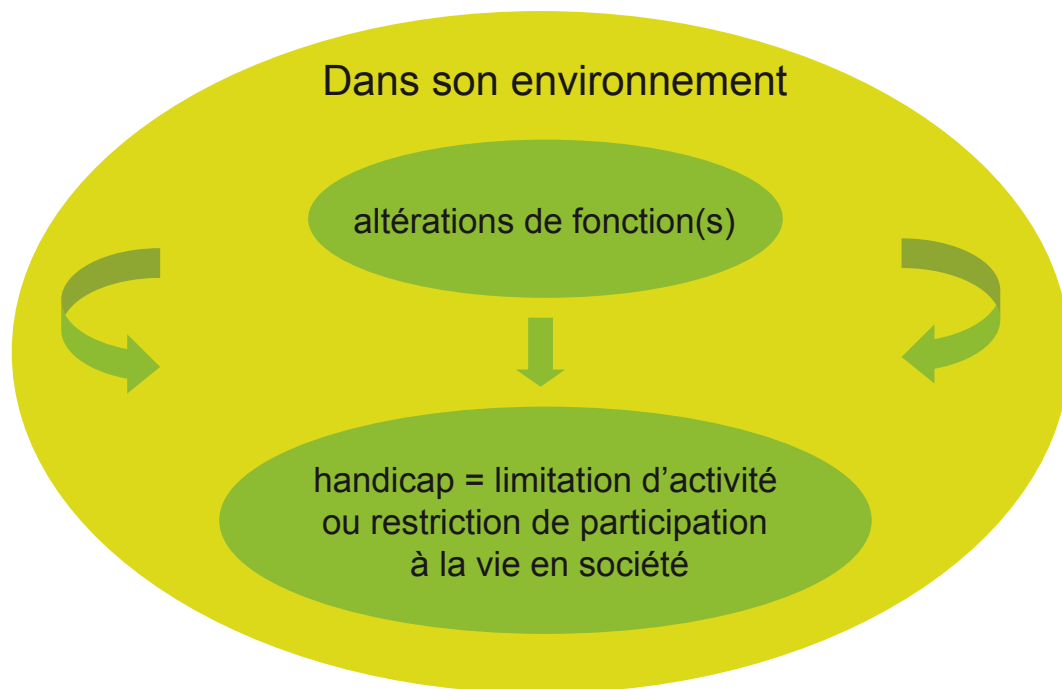
Art. L.114 du CASF :

- *Constitue un handicap (...) 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 n'est donc pas l'altération de fonction (déficience) qui constitue le handicap mais l'interaction entre cette altération et l'environnement de la personne, et le retentissement induit dans la vie de la personne.

6



La définition du handicap



7

La définition de la compensation

- Un conception large du droit à compensation
 - Art. L. 114-1-1 du CASF : « *La personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie. Cette compensation consiste à répondre à ses besoins, qu'il s'agisse de l'accueil de la petite enfance, de la scolarité, de l'enseignement, de l'éducation, de l'insertion professionnelle, des aménagements du domicile ou du cadre de travail [...] des aides de toute nature à la personne ou aux institutions pour vivre en milieu ordinaire ou adapté [...]* »

8

Les conséquences juridiques de ces définitions

- Nécessité d'une évaluation pluridisciplinaire
- Détermination des besoins de la personne en prenant en compte son environnement (*on passe d'un système d'aides forfaitaires à un système d'aides individualisées*)
- Une conception large du droit à compensation (qui inclut toutes les réponses individuelles et collectives aux besoins des personnes handicapées) mais qui ne signifie pas que la totalité de la compensation sera financée par des prestations spécifiques au handicap

9

La place de la personne handicapée

- Au plan institutionnel
 - Place au sein du Conseil de la CNSA
 - Place au sein de la COMEX (commission exécutive) et de la CDAPH dans les MDPH
- Au plan individuel
 - Évaluation à partir des besoins et du projet de vie
 - La personne est présente à toutes les étapes du processus (projet de vie, élaboration du plan, possibilité d'assister à la CDAPH, ...)

10



Le nouveau cadre institutionnel La CNSA

11

Pourquoi la CNSA?

- Deux lois fondatrices : la loi du 30 juin 2004 et la loi du 11 février 2005
 - financer l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées
 - garantir l'égalité de traitement des personnes concernées sur l'ensemble du territoire
 - assurer une mission d'expertise, d'information et d'animation
 - La CNSA agit sur la base d'une convention d'objectifs et de gestion signée avec l'Etat
- **La CNSA est à la fois une caisse et une agence.**

12

La CNSA aujourd'hui

- Un statut d'établissement public administratif
- Plus de 90 personnes venus d'horizons variés (secteur privé, fonction publique d'Etat et territoriale, CNAMTS, MSA, ...)
- Dirigé par un directeur, dispose d'un conseil et d'un conseil scientifique
- Pas de caisses locales

13

Le Conseil de la CNSA

Son rôle: définir les orientations et perspectives d'action de la CNSA

Sa composition: 48 membres et leurs suppléants, représentant tous les acteurs concernés

- Les associations de personnes handicapées (6 sièges, 6 voix)
- Les associations de personnes âgées (6 sièges, 6 voix)
- Les conseils généraux (6 sièges, 6 voix)
- Les organisations syndicales nationales représentatives de salariés et d'employeurs (5 sièges, 10 voix)
- Tous les ministères concernés (10 sièges, 37 voix)
- Le Parlement (3 sièges, 3 voix)
- Des personnalités qualifiées et représentants d'institutions intervenant dans les secteurs concernés (3 sièges, 3 voix)

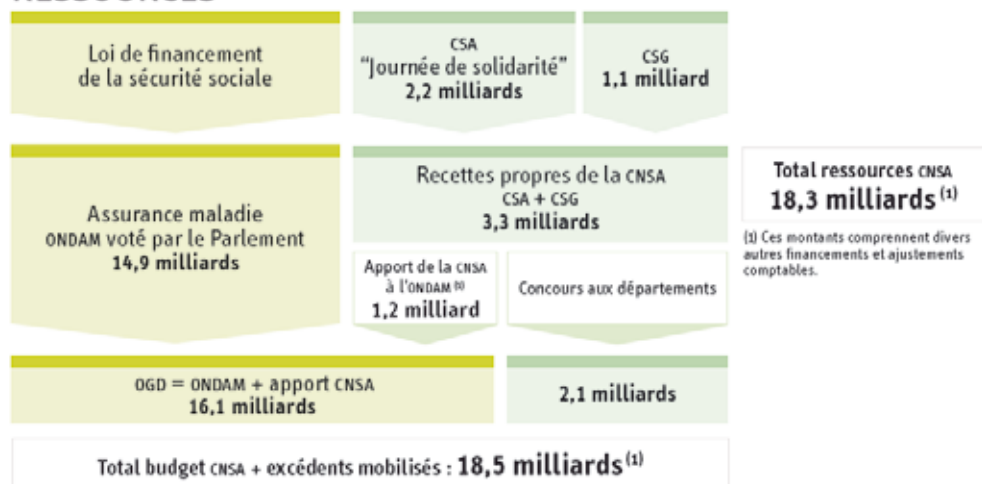
14



Principaux crédits gérés par la CNSA (en €/2010)

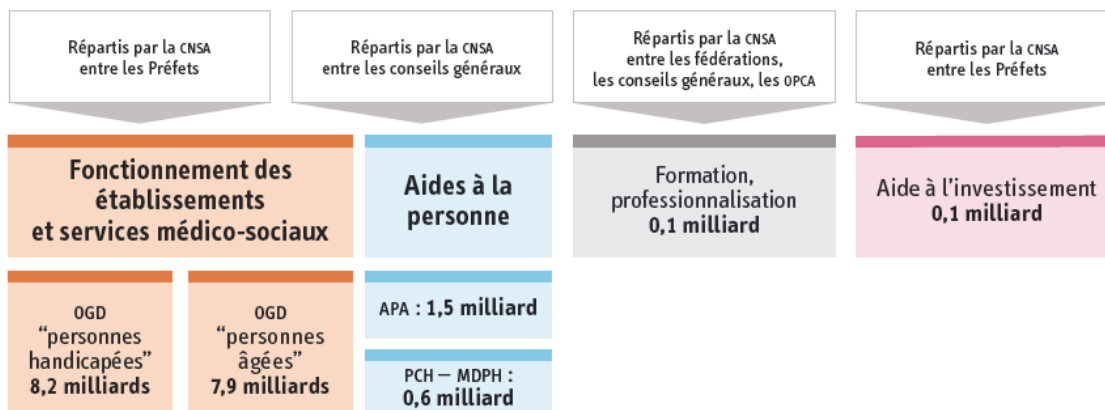
Budget prévisionnel 2010 – Conseil du 17 novembre 2009

RESSOURCES



15

EMPLOIS



APA Allocation personnalisée d'autonomie
CSA Contribution solidarité autonomie
CSG Contribution sociale généralisée
MDPH Maison départementale des personnes handicapées
OGD Objectif global de dépenses
ONDAM Objectif national des dépenses de l'assurance maladie
OPCA Organisme paritaire collecteur agréé
PCH Prestation de compensation du handicap



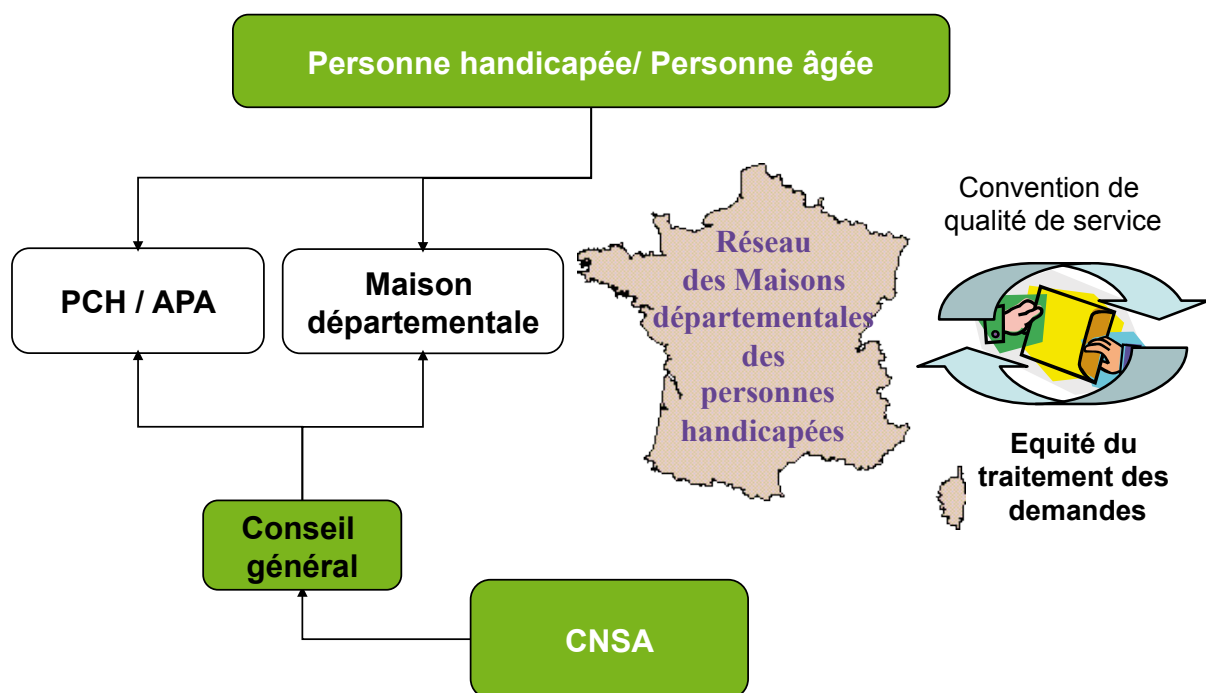
16

Les deux missions principales de la CNSA :

- Financer l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.
- Assurer une mission d'expertise, d'information et d'animation pour garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire pour l'ensemble des dépendances.

17

Le rôle d'agence de la CNSA



18

L'accompagnement des MDPH par la CNSA

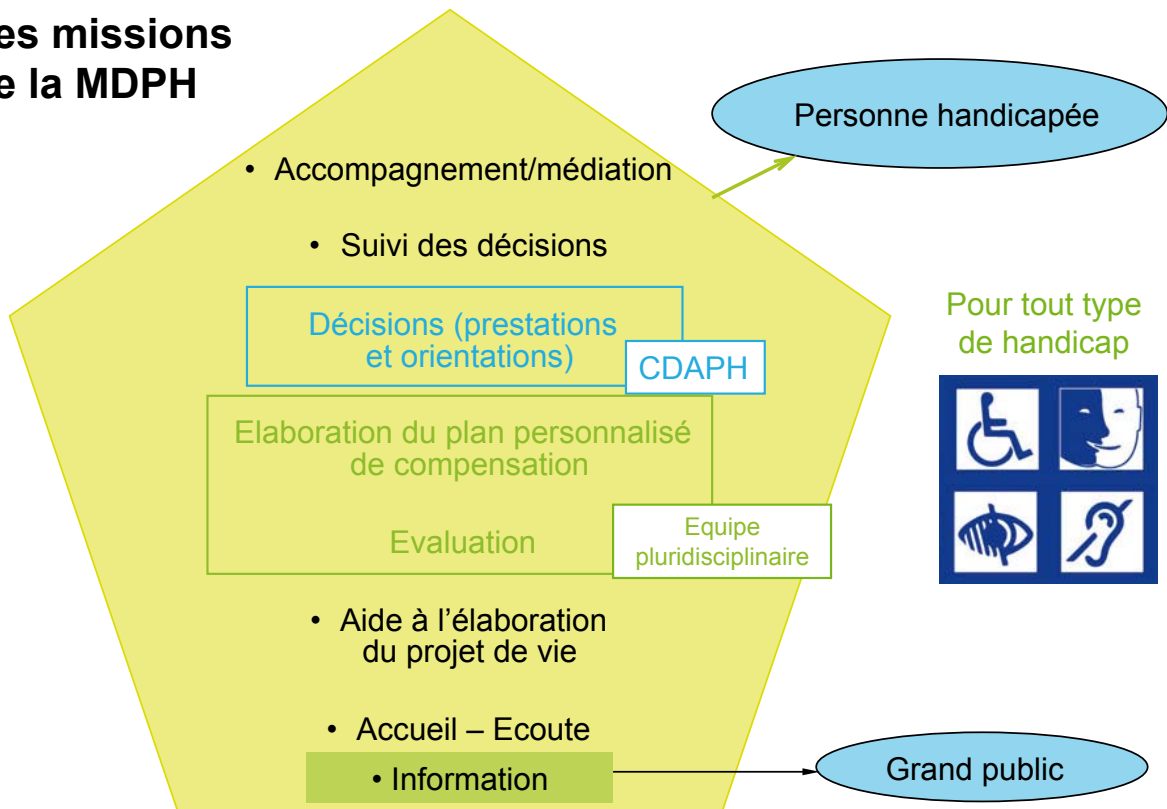
- **Objectif** : l'équité de traitement des demandes de compensation sur l'ensemble du territoire
- **Des leviers** :
 - Un concours financier versé aux conseils généraux pour le fonctionnement des MDPH subordonné à la conclusion d'une convention d'appui à la qualité de service
 - L'échange d'expériences et d'informations entre les MDPH, notamment par la diffusion des bonnes pratiques d'évaluation individuelles des besoins
- **Des outils et des méthodes**

19

Le nouveau cadre institutionnel Les MDPH

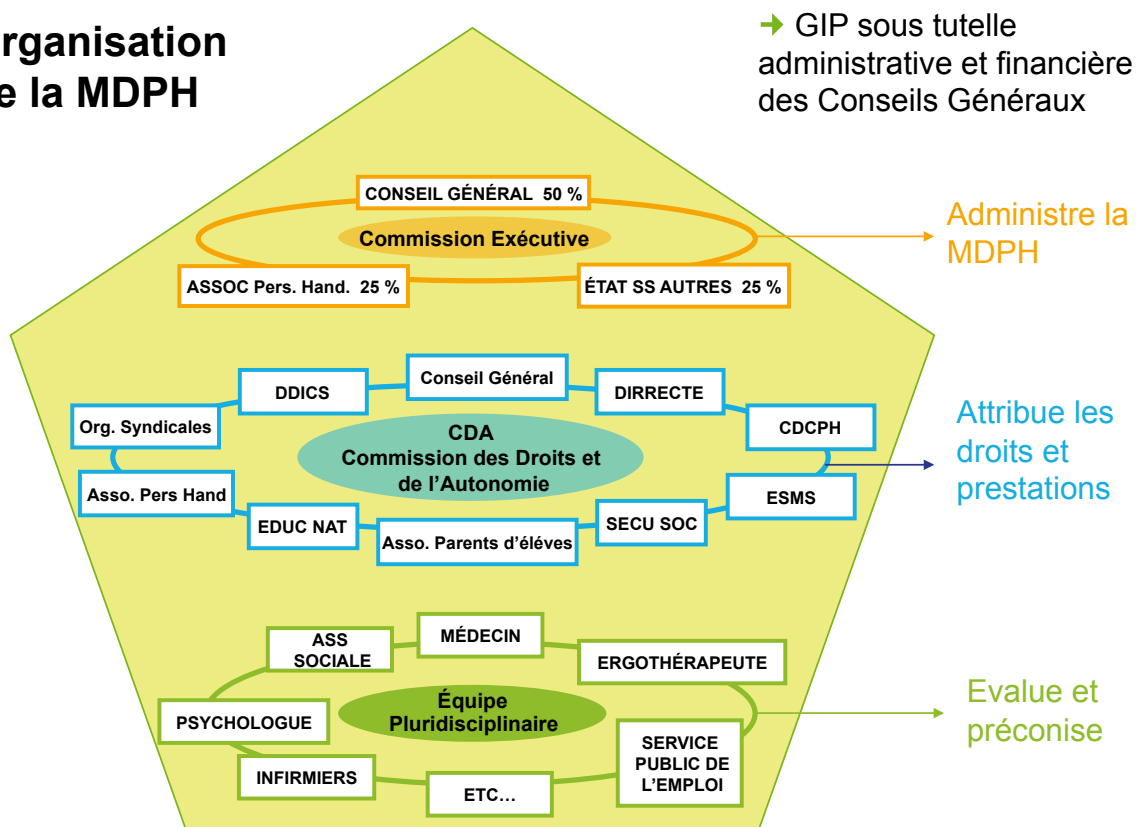
20

Les missions de la MDPH



21

Organisation de la MDPH



22

L'équipe pluridisciplinaire

- Art. L. 146-8 du CASF
 - Évalue les besoins de compensation et l'incapacité permanente sur la base du projet de vie et de références définies par voie réglementaires
 - Propose un plan personnalisé de compensation
- Chaque évaluation est individualisée, il n'y a pas d'obligation de méthode (visite à domicile non systématique par exemple)
- Art. R. 146-27 : la composition de l'équipe pluridisciplinaire est « à géométrie variable » selon les situations.
- Art. R. 146-28 : L'équipe pluridisciplinaire détermine, le cas échéant, un taux d'incapacité permanente en application du guide-barème (...)

23

Les compétences de la CDAPH

- Elles sont fixées à l'article L.241-6 du CASF
- La CDAPH est compétente pour:
 - 1° Se prononcer sur l'orientation de la personne handicapée et les mesures propres à assurer son insertion scolaire ou professionnelle et sociale
 - > *Orientation en milieu ordinaire ou protégé*
 - > *Attribution des auxiliaires de vie scolaire*

24

- 2° Désigner les établissements ou les services correspondant aux besoins de l'enfant ou de l'adolescent ou concourant à la rééducation, à l'éducation, au reclassement et à l'accueil de l'adulte handicapé et en mesure de l'accueillir
 - > *Y compris les établissements scolaires*
 - > *Les établissements sanitaires ne sont pas concernés*

- 3° a) Apprécier si l'état ou le taux d'incapacité de la personne handicapée justifie l'attribution de la carte d'invalidité et de la carte portant la mention : "Priorité pour personne handicapée", pour l'enfant ou l'adolescent de l'AEEH et son complément, et, pour l'adulte, de l'AAH et de son complément de ressources

25

- 3° b) Apprécier si les besoins de compensation de l'enfant ou de l'adulte handicapé justifient l'attribution de la prestation de compensation

- 3° c) Apprécier si la capacité de travail de la personne handicapée justifie l'attribution du complément de ressources mentionné à l'article L. 821-1-1 du code de la sécurité sociale

- 4° Reconnaître, s'il y a lieu, la qualité de travailleur handicapé aux personnes répondant aux conditions définies par l'article L. 5213-1 du code du travail

- 5° Statuer sur l'accompagnement des personnes handicapées âgées de plus de soixante ans hébergées dans les structures pour personnes handicapées adultes.

26



Au-delà des décisions de la CDAPH, des compétences différentes

- L'équipe pluridisciplinaire construit le projet personnalisé de compensation et le projet personnalisé de scolarisation
- La CDAPH désigne un médecin chargé de donner un avis sur les aménagements d'examen
- La CDAPH donne un avis sur :
 - les transports scolaires
 - l'attribution du matériel pédagogique adapté
 - l'affiliation gratuite à l'assurance vieillesse
- Le médecin de l'équipe pluridisciplinaire donne un avis sur l'attribution de la carte de stationnement

27

La procédure devant la MDPH

28

Le dépôt de la demande

- Principe: pas de décision sans demande (*article R. 146-25 du CASF*)
- La demande est déposée à la MDPH du lieu de résidence
- Seule la personne handicapée ou son représentant légal peut déposer une demande
 - Toutefois les textes prévoient parfois qu'un tiers puisse demander la révision d'une décision (par exemple : le Président du Conseil général pour la PCH)
- La demande, établie sur un formulaire CERFA, est accompagnée d'un certificat médical de moins de 3 mois, d'une pièce d'identité (+ titre de séjour, le cas échéant), d'un justificatif de domicile et, le cas échéant, des éléments d'un projet de vie.
 - Le formulaire contient un espace pour exprimer son projet de vie

29

L'évaluation des besoins

- par l'équipe pluridisciplinaire
- Après une première phase d'instruction administrative et un premier « tri » (pour déterminer le degré d'urgence, déterminer qui est le mieux à même d'évaluer les besoins, ...), les besoins de la personne, et son/ses éligibilités, sont évalués par l'équipe pluridisciplinaire.
- L'équipe peut entendre la personne et/ou se rendre à domicile ou sur tout autre lieu de vie (de sa propre initiative ou à la demande de la personne)
- Elle évalue les besoins en tenant compte de son projet de vie
- Le recueil des données d'évaluation est réalisée au moyen du GEVA

30

Le plan personnalisé de compensation (PPC)

- Il est élaboré par l'équipe pluridisciplinaire au terme « *d'un dialogue avec la personne handicapée relatif à son projet de vie* »
- Il comprend des propositions de mesures de toute nature (...) destinées à apporter, à la personne handicapée, au regard de son projet de vie, une compensation aux limitations d'activités ou restrictions de participation à la vie en société qu'elle rencontre du fait de son handicap
 - Il ne se limite pas aux propositions de décisions relevant de la CDA
- Il doit être envoyé à la personne ou, le cas échéant, à son représentant légal qui dispose d'un délai de 15 jours avant le passage en CDAPH pour faire des observations

31

Les décisions

- Elles sont prises par la CDAPH au nom de la MDPH
- Elles tiennent compte de l'évaluation, du plan personnalisé de compensation et du projet de vie de la personne ainsi que des remarques de la personne sur la proposition de PPC
- Elles sont d'une durée comprise entre 1 et 5 ans sauf exceptions prévues par un texte (👉 **Annexe 1**) :
 - > AAH avec un taux d'incapacité supérieur à 80% : 10 ans maximum
 - > Carte d'invalidité: 10 ans ou à titre définitif
 - > PCH : 10 ans pour les aides humaines, les charges spécifiques et les aménagements du logement, 3 ans pour les aides techniques et les charges exceptionnelles
- Elles doivent être motivées

32

L'évaluation de la situation et des besoins - le GEVA

Articles L.146-8, R.146-27 et R.146-28 du
CASF

Arrêté du 6 février 2008 *relatif aux
références et nomenclatures applicables au
guide d'évaluation des besoins de
compensation des personnes handicapées*

Pourquoi commencer par l'évaluation des besoins ?

- Une difficulté : l'entrée dans la MDPH par une demande de droits ou de prestations (= la réponse)
- Faire le point sur les besoins de la personne avant de postuler des réponses possibles ...
 - ... et éclairer les choix de la personne pour définir les réponses à ses besoins
 - ne pas se "fermer" de possibilités
- Prendre en compte le projet de vie
- Maintenir des occasions de discussion avec la personne et entre professionnels



Le GEVA, un outil qui s'appuie sur ces fondements conceptuels

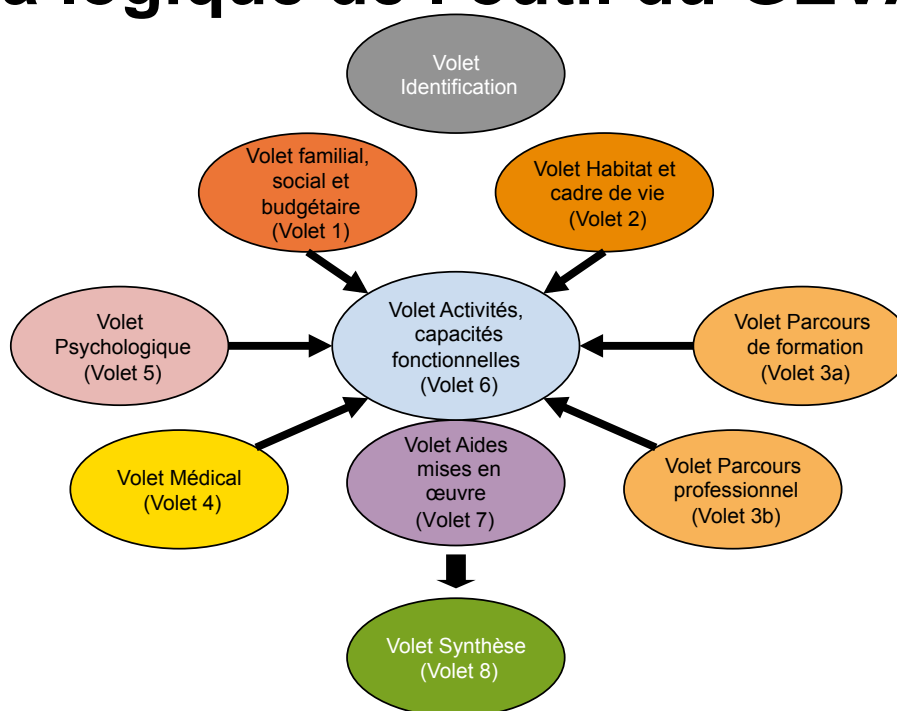
- Le Guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées, publié au Journal Officiel par arrêté en mai 2008 vient outiller les équipes d'évaluation des MDPH

Sur le site de la CNSA, rubrique « Documentation » :

- Version graphique du GEVA: http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/GEVA_graphique-080529-2.pdf
- Manuel d'utilisation du GEVA: http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/manuel_GEVA_mai_2008-2.pdf

35

La logique de l'outil du GEVA



36

Le GEVA, c'est quoi ?

- Un outil pour l'évaluation de la situation d'une personne et non d'une prestation
- Ce qui constitue le référentiel évoqué au L 146-8 du CASF :
 - *"Une équipe pluridisciplinaire évalue les besoins de compensation de la PH et son incapacité permanente sur la base de son projet de vie et de références définies par voie réglementaire et propose un plan personnalisé de compensation du handicap"*
- Un dictionnaire permettant d'harmoniser le recueil des données d'évaluation
 - Pour les situations individuelles et pour le partage d'informations

37

Ce que le GEVA n'est pas !

- Les 8 volets ne sont pas conçus pour être renseignés par un professionnel particulier
- Ils ne sont pas construits non plus pour attribuer une prestation particulière ou répondre à un handicap spécifique.
- Ils ne doivent pas être utilisés comme des questionnaires figés et prédéterminés.
- Ils ne peuvent pas servir d'auto-questionnaire à remplir par les personnes et/ou leur famille.
- Ils ne remplacent pas les outils cliniques des différents professionnels.

38



Conditions d'utilisation

- De façon individualisée, adaptée aux objectifs de chaque évaluation, notamment en fonction de la demande et de la problématique de la personne.
- En fonction du type de demande, certains volets doivent être explorés de façon plus systématique.
- Exigences du secret professionnel
- Accès aux informations contenues dans son dossier par la personne handicapée (s'applique aussi au GEVA).

39

Le volet 6 : cœur du GEVA

- Volet central qui renvoie à la définition même du handicap : les limitations d'activités et les restrictions de participation de la personne. Les autres volets viennent apporter des éléments supplémentaires qui éclairent la situation (expliquent ces limitations ou le contexte de vie) ou donnent des informations utiles à la définition des préconisations (critères réglementaires, modes de soutien existants ou potentiels, etc.)
- S'appuie sur les concepts de la CIF, avec notamment l'identification des facteurs environnementaux, facilitateurs ou obstacles

40

Les domaines d'activité du volet 6

- Issus pour la plupart de la CIF, répartis en domaines
 - Tâches et exigences générales, relation avec autrui
 - Mobilité, manipulation
 - Entretien personnel
 - Communication
 - Vie domestique et vie courante
 - Application des connaissances, Apprentissage
 - Tâches et exigences en relation avec la scolarité et la formation initiale
 - Tâches et exigences relatives au travail

41

Les items des activités du volet 6

- Les différents items, qui figurent dans ce volet du GEVA, ne sont pas à renseigner intégralement dans toutes les situations : appréciation globale par groupe d'items si pas de difficulté.
- Niveau d'évaluation plus fin pour certaines activités.
 - Ex : gérer sa sécurité (1.7.1 - Ne pas mettre sa vie et/ou celle des autres en danger // 1.7.2 - Réagir de façon adaptée face à une situation risquée)
- Distinguer
 - capacité fonctionnelle (pour les 19 activités de l'éligibilité PCH)
 - et la réalisation effective (pour l'évaluation des besoins concrets et l'élaboration du plan personnalisé de compensation)

42



Volet 8 : Synthèse de l'évaluation

- Ce volet propose une synthèse des informations collectées dans les autres volets qui sont pertinentes à prendre en compte pour l'élaboration du projet personnalisé de compensation. Il met en évidence les différents besoins de compensation.
- Il devient un outil de dialogue entre l'équipe pluridisciplinaire et la CDA : certaines MDPH entrent dans le GEVA par ce volet





guide d'évaluation..... VOLET 8

SYNTHÈSE DE L'ÉVALUATION

Nom de la
personne concernée :

Date de l'évaluation :

Points saillants à porter à la connaissance de la CDAPH :

Relatifs au projet de vie exprimé par la personne (aspirations, besoins, souhaits) et à son évolution éventuelle au cours du processus d'évaluation

Relatifs à sa situation familiale

Relatifs à sa situation sociale

Relatifs à son autonomie

Relatifs, le cas échéant, à sa situation scolaire ou de formation initiale

Relatifs, le cas échéant, à sa situation de travail ou à sa formation professionnelle

Nom de la personne concernée :

Date de l'évaluation :

Echanges avec la personne handicapée à propos de l'évaluation

--

Éléments relatifs aux critères d'éligibilité et permettant à la CDAPH de se prononcer

Déficiences et leur retentissement :

Cécité

Surdité (> 70db bilatéral)

Retentissement des altérations de fonctions sur les capacités de travail ou l'accès à l'emploi :

Retentissement des altérations de fonctions sur les activités :

Difficulté(s) absolue(s) sur les activités suivantes :

Difficulté(s) grave(s) sur les activités suivantes :

Retentissement des altérations de fonctions sur la mobilité pédestre et les déplacements à l'extérieur :



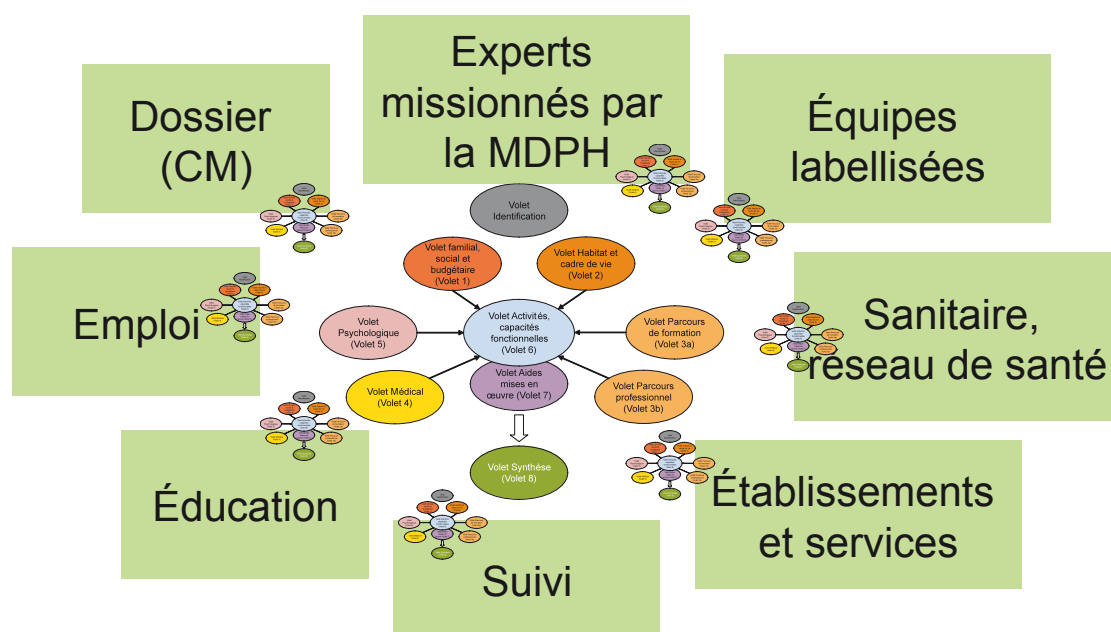
Nom de la personne concernée : _____ Date de l'évaluation : _____

Mise en évidence des besoins de compensation

Besoins identifiés	Détail	Réponses envisagées
1 Besoins en matière de soins		
2 Besoins en matière d'autonomie		
Pour accomplir ses actes essentiels (y compris les déplacements)		
Pour accomplir ses activités domestiques		
Pour vivre dans un logement		
Pour mener sa vie d'élève		
Pour vivre sa vie d'étudiant		
Pour avoir des activités de jour		
Pour s'insérer professionnellement		
Pour accéder à ses droits		
Pour mener une vie sociale		
2.2 Besoins transversaux en matière d'autonomie		
Pour communiquer		
Pour assurer sa sécurité		
Pour un répit des parents et des aidants		
Pour assurer une présence des parents ou des aidants		
3 Besoins en matière de ressources		
4 Autres besoins		

Mise en forme CNSA - Mai 2008

La GEVA compatibilité



48

Un premier bilan

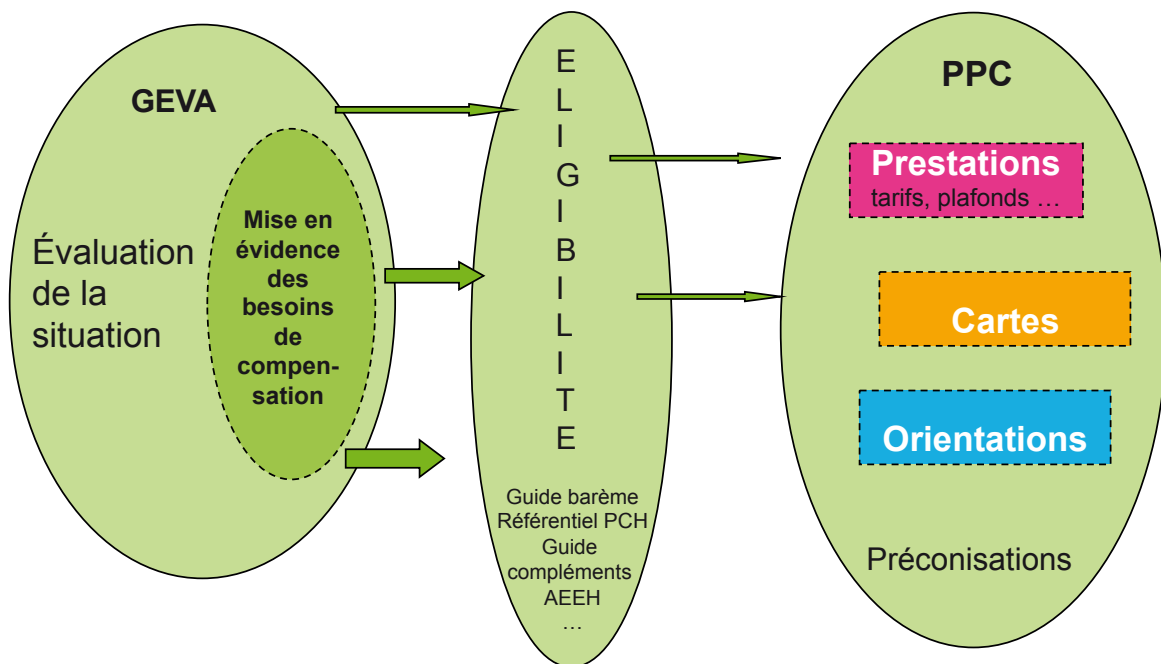
- Un outil qui se généralise
 - Un outil d'évaluation des besoins des personnes reconnu comme tel
 - Utilisation par une large majorité de MDPH, le plus souvent partiellement
- Un outil de soutien au dialogue
 - Entre les membres des équipes pluridisciplinaires : support de mise en commun des expertises et de croisement des regards
 - Avec les partenaires et les membres de la CDAPH : outil de transmission des informations et de synthèse de l'évaluation

Site de la CNSA, rubrique « Publications » : http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/CNSA_GEVA_signets.pdf

49

L'éligibilité – l'accès aux différentes prestations

Distinguer Evaluation /Eligibilité/ Réponses



Les points communs des outils d'éligibilité

- Aucun de ces outils n'est exclusivement médical, y compris le guide barème (cf. introduction réglementaire)
- Ces outils ne permettent pas de dire qui est handicapé, qui ne l'est pas : ils mesurent une éligibilité à une ou des prestations et non pas un taux de handicap
- Ils ne permettent pas de déterminer l'éligibilité à tous les droits des personnes (orientation notamment)
- Ils sont spécifiques à une ou plusieurs prestations
- Il n'y a pas dans le champ du handicap d'outil unique avec un score comme la grille AGGIR des personnes âgées par exemple

52

Le guide barème

Annexe 2-4 du CASF

53

Textes réglementaires

- Avant 1993, utilisation du barème des anciens combattants
- De 1987 à 1993 : la commission Talon élabore un nouvel outil et le fait valider par le CNCPH
- Le guide barème a été institué dans cette version au 1^{er} décembre 1993 (décret n° 93-1216 du 4 novembre 1993)
- Il figure dans le Code de l'action sociale et des familles à l'annexe 2-4 depuis le décret n° 2004-1136 du 21 octobre 2004 (👉 **Annexe 2**)
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?sessionid=6400EF215154BF021488DD24BA5F87A4.tpdjo04v_3?idSectionIA=LEGISCTA000018780362&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20100312#LEGIARTI00019325262
- Il a été modifié par le décret n° 2007-1574 du 6 novembre 2007

54

Utilisation du guide barème

- Le guide barème reste applicable pour l'attribution d'un taux d'incapacité :
 - indispensable pour l'attribution de l'AAH, de l'AEEH, de la carte d'invalidité ou de priorité, ainsi que pour le renouvellement ou la révision des ACTP / ACFP
- Le guide barème n'est pas un outil d'évaluation au même titre que le GEVA mais c'est un outil d'éligibilité s'intégrant dans le cadre général de l'évaluation menée pour déterminer les besoins d'une personne handicapée

55

Utilisation du guide barème

- C'est un guide méthodologique conduisant à définir les 3 fourchettes de taux utiles : moins de 50%, de 50 à moins de 80%, plus de 80%
 - **Ce n'est pas un outil exclusivement médical** : la loi précise explicitement, comme la circulaire de 1993 auparavant, que **c'est l'équipe pluridisciplinaire qui évalue le taux d'incapacité**
 - **Ce n'est pas un barème précis** comme on peut en utiliser dans la réparation du préjudice corporel ou en matière d'accident du travail

56

Les chapitres du guide barème

- **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**

57



Il est différent des barèmes utilisés dans d'autres dispositifs

- Droit commun : indemniser des victimes (réparation)
- Accident du travail - Maladie professionnelle
- Accidents médicaux, affections iatrogènes, maladies nosocomiales
- Anciens combattants
- Invalidité (assurance maladie)

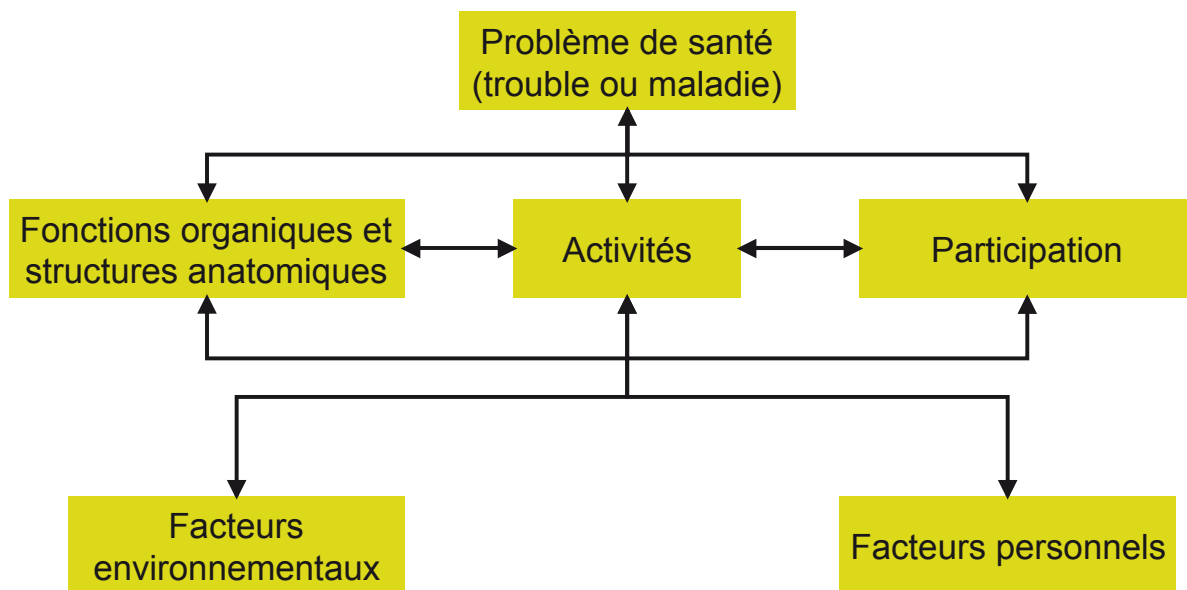
58

Le guide barème de 1993 est basé sur les concepts de la CIH

- **Déficiences** : toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique = aspect lésionnel
- **Incapacités** : toute réduction (résultant d'une déficience), partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité = aspect fonctionnel
- **Désavantages** : limitation ou interdiction de l'accomplissement d'un rôle social normal en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels = aspect situationnel

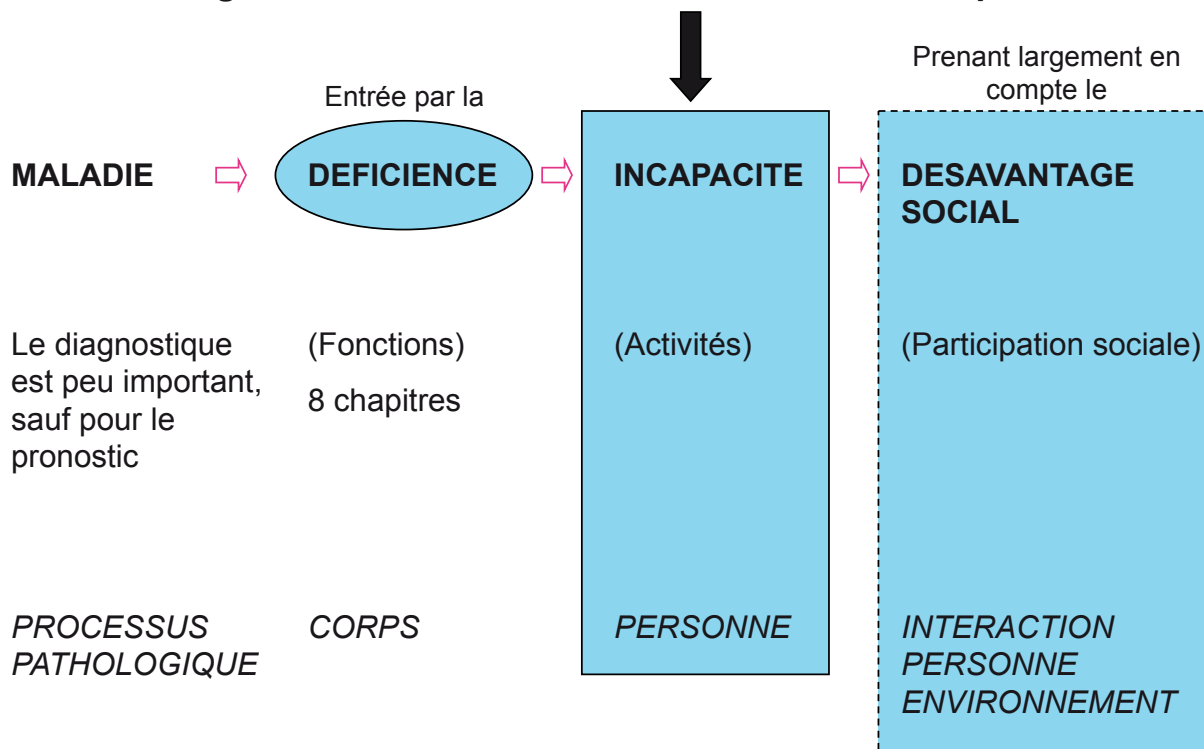
59

Le modèle de la CIF



60

Dans le guide barème **RESULTANTE** : un « taux d'incapacité »



61

Évolution 2007 du guide barème

- Le décret du 6 novembre ajoute une introduction et remplace entièrement le chapitre VI sur les déficiences viscérales et générales.
- Cette évolution est une des mesures du plan "amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes d'une maladie chronique" annoncé au printemps 2007
- L'introduction reprend une partie des principes posés dans la circulaire de 1993 et qui sont communs à l'ensemble du guide barème. Elle permet aussi de faire le lien avec la définition du handicap issue de la CIF et de la loi de 2005.

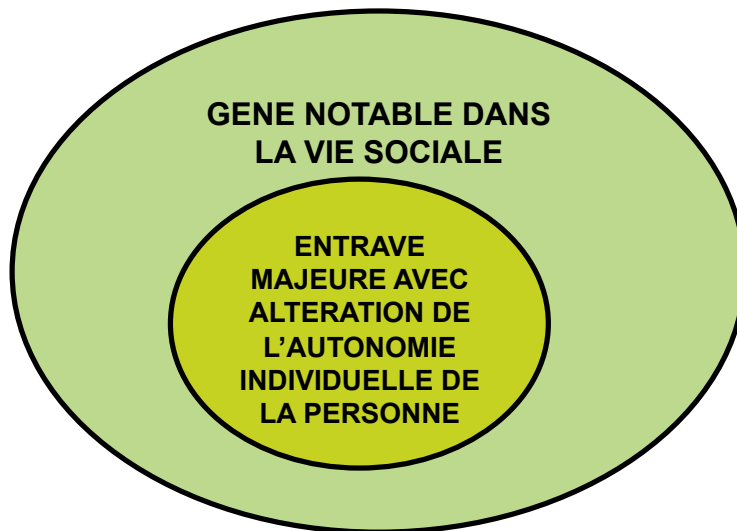
62

Évolution 2007 du guide barème : l'introduction

- Une entrée par déficience
- la prise en compte des difficultés que cette déficience engendre dans la vie quotidienne dans toutes ses dimensions
- Les diagnostics médicaux sont utilisés à titre de repères et ne permettent pas seuls d'attribuer un taux
- Le barème fixe pour chaque catégorie de déficiences des degrés de sévérité, quatre le plus souvent, exceptionnellement trois ou cinq, qui permettent de guider l'expert dans l'appréciation du taux

63

Fixation du taux d'incapacité: les seuils de 50% et de 80%



64

Les taux seuils de 50 et 80%

- **Le taux de 50%** correspond à une entrave de la vie sociale de la personne, entrave constatée en pratique ou compensée au prix d'efforts importants ou d'une compensation spécifique
- **Le taux de 80%** correspond à l'atteinte de l'autonomie individuelle, dès lors que pour les actes de la vie quotidienne qualifiés d'essentiels, la personne doit être aidée totalement ou partiellement, surveillée ou ne les effectuer qu'avec les plus grandes difficultés. Egalement en cas d'abolition d'une fonction, de contraintes thérapeutiques majeures ou si indications explicites du barème.

65

Les actes élémentaires de la vie quotidienne

- Les actes de la vie quotidienne, parfois qualifiés d'élémentaires ou d'essentiels, pour la détermination du taux 80%, sont **notamment** :
 - 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).

66

Autres points divers abordés dans l'introduction

- Approche globale et individualisée :
 - les taux mentionnés dans les différents chapitres ne s'ajoutent pas de façon arithmétique sauf précision contraire indiquée dans le chapitre correspondant.
- Pour les jeunes :
 - l'enfance et l'adolescence sont des phases de développement.
 - Prise en compte des impacts/ contraintes de l'apprentissage précoce ou des compensations diverses sur la vie du jeune et de son entourage proche (en général familial)

67

Autres points divers abordés dans l'introduction

- 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 ou définitive pour déterminer le taux.

68

Nouveau chapitre VI

- Première section :
 - les différents types de déficience
- Deuxième section : les éléments à prendre en compte pour l'évaluation :
 - symptômes majorant les incapacités et désavantages
 - incapacités
 - contraintes dans la vie quotidienne
- Troisième section guide pratique pour la détermination du taux d'incapacité :
 - Gradation des fourchettes de taux d'incapacité : 4 classes
 - Critères permettant de déterminer les seuils de 50 % et 80 %.

69



Points clefs

- Le guide barème n'est pas strictement médical
- Il ne permet pas de déterminer un taux d'incapacité précis
- Sauf pour les personnes dont le taux d'incapacité a été fixé avant 1993 et dont la situation ne s'est pas améliorée il n'y a pas de droit acquis à un taux d'incapacité. En dehors de ces situations, si le taux avait été surévalué il peut être remis en cause.
 - L'exception ne s'applique que pour les personnes qui bénéficiaient à la date du 8 novembre 1993 d'une carte d'invalidité, d'une AEEH ou d'une allocation compensatrice suite à la reconnaissance d'un taux d'incapacité à partir de l'ancien barème.

(article R.241-3 du CASF)

70

Carte d'invalidité Carte « Priorité pour personnes handicapées »

Articles L.241-3 et L.241-3-1 du CASF
Articles R.241-12 à R.241-15 du CASF

71

La carte d'invalidité

- La carte d'invalidité est attribuée :
 - à toute personne ayant un taux d'incapacité de 80 % déterminé à partir du guide barème
 - à toute personne classée en 3ème catégorie de la pension d'invalidité de la sécurité sociale (sans évaluation du taux d'incapacité)
- Elle être peut-être attribuée pour 1 à 10 ans ou à titre définitif

72

Les deux mentions de la carte d'invalidité

- **La mention « besoin d'accompagnement – cécité »** est attribuée aux personnes dont la vision centrale est inférieure ou égale à 1/20ème de la vision normale.
- **La mention « besoin d'accompagnement »** est apposée sur la carte des personnes qui bénéficient d'une prestation au titre d'un besoin d'aide humaine :
 - les enfants qui ouvrent droit au troisième, quatrième, cinquième ou sixième complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ;
 - les adultes qui bénéficient de l'élément « aides humaines » de la prestation de compensation (PCH) ou de l'allocation compensatrice pour l'aide d'une tierce personne (ACTP) ou de la majoration pour tierce personne (MTP) ou de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

73

La carte « Priorité pour personne handicapée »

- Deux conditions cumulatives :
 - avoir un taux d'incapacité inférieur à 80 % déterminé à l'aide du guide barème
 - présenter une pénibilité à la station debout appréciée *«en fonction des effets de son handicap sur la vie sociale du demandeur, en tenant compte, le cas échéant, des aides techniques auxquelles il a recours»*.
- Elle peut être attribuée pour 1 à 10 ans.

74

L'affiliation gratuite à l'assurance vieillesse

74-1

Principe

- Les aidants familiaux qui s'occupent d'un adulte ou d'un enfant handicapé peuvent demander à bénéficier d'une affiliation gratuite à l'assurance vieillesse
- Pour en bénéficier il ne faut pas être déjà affilié à un autre titre
- L'affiliation est soumise à une condition de ressources

74-2

L'affiliation lorsque l'aidant intervient auprès d'un enfant handicapé

- Peut bénéficier de cette affiliation, l'aidant ayant la charge d'un enfant handicapé de moins de 20 ans :
 - Dont le taux d'incapacité est supérieur à 80%
 - Qui n'est pas en internat
- En principe l'affiliation est faite automatiquement par la CAF sur la base de l'attribution de l'AEEH

74-3



L'affiliation lorsque l'aidant intervient auprès d'un adulte handicapé

- Peut bénéficier de l'affiliation :
 - le conjoint, concubin, partenaire de PACS de la personne handicapée, le descendant, l'ascendant ou le collatéral de la personne handicapée ou de l'un des membres du couple
 - qui assume au foyer familial la charge de la personne handicapée dont le taux d'incapacité est supérieur à 80%
 - pour qui la CDAPH a reconnu la nécessité de bénéficier de manière permanente à domicile de l'assistance ou de la présence de l'aidant familial qui demande l'affiliation
- L'affiliation est réalisée par la CAF

74-4

L'AEEH et ses compléments

Articles L.541-1 à L.541-4 du CSS
Articles R.541-1 à R.541-10 du CSS
Articles D.541-1 à D.541-4 du CSS
Arrêté du 24 avril 2002

75

Principes

- La loi pose le principe d'une prestation familiale forfaitaire liée à la charge spécifique que représente le fait d'élever un enfant handicapé
- Les compléments ont toujours préfiguré une compensation, avec deux volets possibles :
 - l'aide humaine
 - les dépenses engagées du fait du handicap
- Les 6 compléments sont forfaitaires, ils permettent de couvrir de façon alternative ou combinée ces deux types de charges.

76

Les règles d'attribution de l'AEEH

- Éligibilité par le taux d'incapacité (guide barème)
- L'ancienne notion « d'éducation spéciale » remplacée dans la loi de 2005 par l'énumération des types d'accompagnement qui permettent d'ouvrir le droit quand le taux est supérieur à 50% mais inférieur à 80% (par exemple : établissement médico-social, CLIS...etc)
- Une réforme en 2002 qui a porté le nombre de compléments de 3 à 6.

77



Le guide d'attribution des compléments

- Un guide méthodologique d'attribution des compléments pris par arrêté du 24 avril 2002 (👉 **Annexe 3**):

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?dateTexte=&cidTexte=JORFTEXT000000591203&fastPos=1&fastReqId=145820629&oldAction=rechExpTexteJorf>

- La notion d'enfant du même âge sans déficience
- L'appréciation de l'aide humaine
- Les frais
- Les particularités du C6
- L'attribution pour les périodes de retour au foyer

78

L'enfant de même âge sans déficience

- C'est cette notion et cette partie du guide qui doit être utilisée aussi pour la PCH enfants
- Un travail conduit à l'époque avec la Société française de pédiatrie
- Les limites des repères : une grande variabilité en fonction de l'environnement physique et humain dans lequel vit et se développe le jeune

79

Les 6 compléments

- Le complément 1 uniquement pour des frais
- Le complément 2 :
 - Soit pour 0,2 ETP (Equivalent temps plein) de tierce personne
 - Soit pour des frais
- Le complément 3 :
 - Soit pour 0,5 ETP de tierce personne
 - Soit pour 0,2 ETP de tierce personne + frais
 - Soit pour des frais

80

Les 6 compléments

- Le C4 :
 - Soit pour 1 ETP de tierce personne
 - Soit pour 0,5 ETP de tierce personne + frais
 - Soit pour 0,2 ETP de tierce personne + frais
- Le C5 :
 - Pour 1ETP de tierce personne + frais

81



Cas particulier du complément 6

- L'état de l'enfant :
 - contraint l'un des parents à n'exercer aucune activité professionnelle ou exige le recours à une tierce personne rémunérée à temps plein
 - **et** impose des contraintes permanentes de surveillance et de soins à la charge de la famille.
- Cette seconde condition liée à la permanence des interventions fonde la distinction avec le C4.
- Il ne peut pas prendre en compte de frais.

82

Cas particulier du C6

- En principe, si l'enfant est accueilli dans un établissement médico-social en externat ou semi-internat plus de 4 demies-journées par semaine le C6 ne peut pas être attribué.
 - Par dérogation : il peut être attribué dans des situations extrêmes lorsque les heures de prise en charge en établissement constituent les seules périodes de plusieurs heures d'affilée pendant lesquelles l'enfant ne mobilise pas sa famille, à condition que cette prise en charge n'atteigne pas 5 jours par semaine.
- Il ne peut jamais être attribué lorsque l'enfant est accueilli en établissement médico-social en externat ou semi-internat 5 jours par semaine ou plus.
- Dès lors que l'enfant est en internat, le C6 n'est attribué que pour les retours au foyer.

83

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

84

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.)

85



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.

86

Le besoin d'une tierce personne

- Elle couvre tous les besoins d'aide humaine liés au handicap de l'enfant, sans distinction du type d'activité concerné, contrairement à la PCH
- Elle peut avoir une visée de prévention du handicap et tient compte des besoins éducatifs particuliers des jeunes, sans référence nécessaire à la lourdeur du handicap
- La notion d'effectivité de l'aide est liée à une embauche de tierce personne ou une restriction de l'activité professionnelle des parents : pas de dédommagement d'aidant familial sans ça.
- Cependant, c'est le besoin de l'enfant qui conditionne l'attribution du niveau de complément et non le niveau de renonciation choisi par le parent.

87

Le besoin de tierce personne

- Les types de besoins identifiés dans le guide :
 - l'aide directe aux actes de la vie quotidienne
 - l'accompagnement lors de soins
 - la mise en œuvre de soins par la famille ou le jeune lui-même
 - les mesures éducatives et/ou pédagogiques spécifiques mises en œuvre par la famille ou à sa charge
 - la surveillance du jeune, en rapport avec le handicap du jeune, y compris les plages horaires de garde non couvertes par les dispositifs habituels de droit commun, ou la nécessité de recours à des modes de garde adaptés.

88

Les frais

- Les critères de frais sont assez comparables à ceux de l'élément 4 de la PCH : liés au handicap et non pris en charge par ailleurs
- Problème des forfaits et de leurs effets de seuil
- Renforcés par la prise en compte de l'AEEH de base dans la compensation dans le cas de frais.
- La possibilité de les regrouper ou de les étaler sur quelques mois ou des durées plus longues.

89

Les frais

- Liste non exhaustive de types de frais qui peuvent être pris en compte :
 - Les aides techniques et les aménagements du logement
 - Les frais de formation de membres de la famille à certaines techniques
 - Le droit aux vacances et aux loisirs
 - Certains frais médicaux ou paramédicaux non remboursés
 - Les surcoûts liés au transport
 - Une participation aux frais vestimentaires supplémentaires
 - Etc...

90

Attribution pendant les périodes de "retour au foyer"

- En cas de prise en charge en internat (financée par l'état, l'assurance maladie ou l'aide sociale) : versement uniquement pendant les périodes de retour au foyer
- Rien n'est versé pendant les périodes de prise en charge par l'établissement

91

Attribution pendant les périodes de "retour au foyer"

- Le complément 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.
- Même un C6 peut être versé dans ces conditions

92

Attribution pendant les périodes de "retour au foyer"

- Cas particulier de l'hospitalisation : au vu de justificatifs et d'un certificat médical du service hospitalier, l'attribution peut rester mensuelle si la présence d'un parent auprès de l'enfant est nécessaire.
- La notification devra explicitement préciser que l'allocation d'éducation spéciale et son complément doivent être versés mensuellement malgré la situation d'hospitalisation.

93



Points clefs

- Seuls les besoins ne correspondant pas aux besoins d'un enfant du même âge sans handicap peuvent être pris en compte
- Le temps passé par les parents à s'occuper de leur enfant en dehors de toute renonciation à une activité professionnelle n'est pas valorisé dans le cadre de l'AEEH
- Les conditions d'accès au complément de 6^{ème} catégorie sont strictes, la notion de permanence d'interventions actives est fondamentale

94

Les auxiliaires de vie scolaire

Article L.351-3 du code de l'éducation

95

Attribution d'AVS

- « Lorsque la commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles constate qu'un enfant peut être scolarisé dans une classe de l'enseignement public ou d'un établissement visé au 3° de l'article L. 351-1 du présent code à condition de bénéficier d'une aide individuelle dont elle détermine la quotité horaire, cette aide peut être apportée par un assistant d'éducation recruté conformément au sixième alinéa de l'article L. 916-1. »

(Article L. 351-3 du code de l'éducation)

96

Dans quel cas attribuer un AVS ?

- N'a d'utilité que lorsque la restriction d'autonomie de l'élève constitue un obstacle à sa participation à toute ou partie des activités d'apprentissage au sein de la classe ou à des activités organisées sur le temps périscolaire (études, cantine, permanence, sorties, voyages).
- Peu nombreux sont les élèves ayant besoin d'un AVS de manière permanente et pour toutes les activités scolaires.
- Doit, dans bien des cas, être transitoire pour faciliter l'inclusion de l'élève au sein de la classe, pour l'aider à prendre ses repères dans un univers non familier ou établir des relations avec ses camarades.
- Le recours non maîtrisé à l'accompagnement par un AVS peut constituer un frein réel à l'acquisition de l'autonomie de l'élève handicapé (risque de créer un lien de dépendance)

97

Points clefs

- Seuls les besoins de l'enfant sont à prendre en compte dans la décision
- Pas de référence au taux d'incapacité ni aux critères du référentiel PCH

98

L'allocation aux adultes handicapés

Articles L.821-1 à L.821-9 du CSS
Articles R.821-1 à R.821-15 du CSS
Articles D.821-1 à D.821-11 du CSS

99

Critères d'accès

- Peut bénéficier de l'AAH, la personne:
 - Soit qui a un taux d'incapacité d'au moins 80% en application du guide barème
 - Soit qui a un taux d'incapacité supérieur à 50% mais inférieur à 80% en application du guide barème et à qui la CDAPH reconnaît une restriction substantielle et durable dans l'accès à l'emploi

100

La restriction substantielle et durable dans l'accès à l'emploi

- Il n'existe aucun décret expliquant cette notion
- Cependant, la DGCS a indiqué que ce critère n'était pas très différent du critère précédemment utilisé de l'impossibilité à se procurer un emploi et indique que la circulaire interministérielle du 23 septembre 2005 expliquant cette notion peut encore être utilisée.

<http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2005/05-10/a0100029.htm>

101

La circulaire interministérielle de 2005

- Les principes :
 - L'impossibilité de se procurer un emploi doit être exclusivement due au handicap de la personne. Pour autant, cette notion revêt une dimension multifactorielle et ne peut être analysée qu'au travers d'aspects médicaux, fonctionnels et environnementaux.
 - Des éléments non liés au handicap peuvent contribuer à l'impossibilité de se procurer un emploi. Il convient de les identifier mais ils ne doivent pas conduire à l'attribution d'une AAH au titre de l'article L. 821-2 du code de la sécurité sociale.

102

Le faisceau d'indices

Peuvent être pris en compte notamment :

- la situation actuelle de la personne au regard de l'emploi et son parcours professionnel : l'absence d'activité professionnelle antérieure, l'existence d'arrêts de travail, la succession de périodes d'activité et de retrait du marché du travail, l'inscription ou non comme demandeur d'emploi, la durée de cette inscription, les actions d'insertion et de réinsertion professionnelle entreprises et le résultat de celles-ci, etc.,
- l'existence ou non d'un projet professionnel, ou la possibilité pour la personne, compte tenu de son handicap, d'établir et de réaliser un tel projet

103

Les autres apports de la circulaire

- Pour mieux évaluer les possibilités d'insertion professionnelle de la personne handicapée, il convient de compléter l'étude des aspects professionnels par des éléments directement liés à l'état de santé et au handicap de la personne, et susceptibles d'avoir une influence sur l'employabilité de la personne.
- Le caractère fluctuant de certaines déficiences ou incapacités est également à prendre en considération (notamment dans le cas de déficiences psychiques).
- La notion de restriction substantielle et durable dans l'accès à l'emploi n'est pas incompatible avec la RQTH

104

Point clef

- La restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi ne peut être liée qu'au handicap, le contexte socio-économique ne peut pas être pris en compte

105



Le complément de ressources

Article L.821-1-1 du CSS

Articles R.821-5 et R.821-7 du CSS

Articles D.821-3 et D.821-4 du CSS

106

Critères d'accès

- Le complément de ressources est accordé aux personnes :
 - dont le taux d'incapacité est au moins égal à 80 % en application du guide barème ;
 - dont la capacité de travail est inférieure à 5 % ;
 - qui touchent l'AAH à taux plein ou en complément d'un avantage de vieillesse ou d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail.;
 - qui occupent un logement indépendant.
 - qui n'ont pas perçu de revenu d'activité à caractère professionnel propre depuis un an à la date du dépôt de la demande.
 - qui ont moins de 60 ans.
- Seule les deux premières conditions sont appréciées par la CDAPH. Les autres conditions relèvent de la CAF/MSA.

107

La capacité de travail inférieure à 5%

- Deux circulaires sont venues préciser cette notion:
 - **Circulaire DGAS/1C no 2006-37 du 26 janvier 2006**
<http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2006/06-02/a0020052.htm>
 - **Circulaire DGAS/1C/SD3/2007/141 du 10 avril 2007**
<http://informations.handicap.fr/pdf-decrets/circulaire-2007-141.pdf>

108

La notion de capacité de travail inférieure à 5%

- 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.
- L'incapacité de travailler doit présenter :
 - un caractère quasiment absolu
 - et a priori non susceptible d'évolution favorable dans le temps ;

109



La notion de capacité de travail inférieure à 5%

- Il s'agit d'une condition appréciée de façon stricte et qui, en conséquence, devrait être vérifiée pour un public restreint.
- 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.

110

Les précisions apportées par la circulaire de 2007

- Elle fixe des « présomptions » de capacité de travail inférieure à 5% pour :
 - les personnes se trouvant dans l'incapacité de travailler pendant au moins 1 an en raison d'arrêts de travail prolongés
 - les personnes qui ont subi des échecs répétés dans leurs tentatives d'insertion professionnelle en milieu protégé
 - les personnes qui auraient besoin pour occuper un emploi de la mise en place de mesures de compensation et d'aménagements très importants (voire irraisonnables ou dont le coût est disproportionné compte tenu des aides mobilisables)

111

Points clefs

- Les compléments à l'AAH ne sont accessibles qu'aux bénéficiaires d'une AAH avec un taux d'incapacité supérieur à 80% ou aux bénéficiaires d'une pension d'invalidité complétée par l'Allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)
- La capacité de travail inférieure à 5% ne prend pas en compte le contexte socio-économique

112

Les orientations vers des établissements et services médico-sociaux

113



Points clefs

- Ces orientations ne sont pas basées sur des critères réglementaires précis :
 - Elles ne sont pas liées au taux d'incapacité
 - Il n'y a pas de texte réglementaire fixant des conditions ou règles d'accès spécifiques, à part pour les ESAT avec la notion de capacité de travail réduite des 2/3
 - Il existe dans le code de l'action sociale et des familles, pour certains types d'établissements uniquement (exemple ESMS pour enfants) des conditions d'autorisation qui donnent des indications sur le type de population qui peut y être accueilli.
- Elles se font donc au vu de l'évaluation en fonction des besoins de la personne et de son souhait exprimé au travers du projet de vie.

114

« L'amendement Creton »

- L'article L.242-4 du CASF permet à la CDAPH de permettre le maintien d'une personne handicapée dans un établissement pour enfant au-delà de l'âge d'agrément lorsque l'orientation vers un établissement pour adulte n'est pas effective faute de place
 - Cette décision est nécessairement couplée à une orientation vers un établissement pour adulte
 - Ce maintien n'est pas possible lorsqu'il y a une place disponible dans un établissement désigné par la CDAPH mais que la personne handicapée ou son représentant légal la refuse

114-1

L'allocation compensatrice

Les textes relatifs à l'allocation compensatrice ont été abrogés par la loi du 11 février 2005.

Anciens articles L.245-1 et R.245-1 et suivant du CASF.

115

Un dispositif supprimé

- La loi du 11 février 2005 a supprimé l'allocation compensatrice qui est remplacée par la PCH. Il n'est donc plus possible de faire une première demande d'allocation compensatrice.
- Les personnes qui bénéficient encore de l'allocation compensatrice peuvent toutefois continuer à en bénéficier tant qu'elles n'optent pas pour la PCH.

116



L'allocation compensatrice pour tierce personne

117

Les conditions d'éligibilité

- La personne handicapée:
 - Doit présenter un taux d'incapacité d'au moins 80% évalué à l'aide du guide-barème
 - Son état doit imposer le recours à l'assistance d'une tierce personne pour réaliser les actes essentiels de l'existence
- Un taux d'ACTP (entre 40 et 80% de la majoration pour tierce personne) est ensuite déterminé.

118

L'ACTP au taux maximum

- ACTP à 80% (taux maximum): ce taux est attribué à la personne handicapée dont l'état nécessite l'aide d'une tierce personne pour la plupart des actes essentiels de la vie si la tierce personne est :
 - Rémunérée pour l'aide apportée
 - Une membre de l'entourage qui subit un manque à gagner du fait de l'aide apportée
- **A noter** : les personnes atteintes de cécité bénéficient automatiquement de cette ACTP à 80%.

119

L'ACTP entre 40 et 70%

- L'ACTP est attribuée à un taux entre 40 et 70% aux personnes :
 - Dont l'état nécessite l'aide d'une tierce personne pour un ou plusieurs actes essentiels de l'existence
 - Dont l'état nécessite l'aide d'une tierce personne pour la plupart des actes essentiels de l'existence sans que cela n'entraîne de manque à gagner pour l'aidant

120



L'allocation compensatrice pour frais professionnels

121

Les conditions d'éligibilité

- La personne handicapée:
 - Doit présenter un taux d'incapacité d'au moins 80% évalué à l'aide du guide-barème
 - Son état doit imposer le recours à l'assistance d'une tierce personne pour réaliser les actes essentiels de l'existence
 - Doit supporter des frais supplémentaires, par rapport à ceux d'une personne handicapée, liés à l'exercice d'une activité professionnelle
 - > En milieu ordinaire ou protégé, à temps complet ou à temps partiel

122

La prise en compte des frais

- Peuvent être pris en compte des frais réguliers ou exceptionnels (ex: frais supplémentaire de transport, aménagement d'un véhicule...etc)
 - La personne handicapée doit produire des justificatifs de ces frais
- Le taux de l'ACFP est modulé en fonction du montant des frais.
 - Pour des dépenses ponctuelles, la durée d'amortissement de la dépense peut être prise en compte.

123

La prestation de compensation (PCH)

Articles L.245-1 à L.245-14 du CASF
Articles R.245-1 à D.245-78 du CASF
Annexe 2-5 du CASF

124



Document

- Le référentiel pour l'accès à la PCH, annexe 2-5 du code de l'action sociale et des familles (👉 **Annexe 4**) : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=667A9FC064E1A7AB6DEFD1E3F145DED9.tpdjo05v_1?idSectionTA=LEGISCTA000018780362&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20100308#LEGIARTI000018782324

125

La PCH pour les adultes

126

Conditions administratives

Deux types de conditions sont prévues :

- **Les conditions liées à la résidence**
 - Résider de façon stable et régulière en France métropolitaine, dans les DOM ou à Saint Pierre et Miquelon
- **Les conditions liées à l'âge**
 - pour les adultes : être âgé de plus de 20 ans et de moins de 60 ans

127

Les exceptions à la condition d'âge

- Les personnes de plus de 60 ans :
 - dont le handicap répondait avant 60 ans aux critères d'attribution de la PCH, sous réserve qu'elles la sollicitent avant 75 ans ;

ou

 - qui exercent toujours une activité professionnelle et dont handicap répond aux critères;

ou

 - qui bénéficient de l'ACTP ou de l'ACFP : elles peuvent opter pour la PCH à tout âge dès lors qu'elles répondent aux critères

128



Les conditions liées au handicap

- La PCH pour les adultes n'est pas soumise à une condition de taux d'incapacité. Pour qu'une personne puisse en bénéficier, il faut que son handicap réponde aux critères suivants (*CASF, D. 245-4 et référentiel*) :
 - **soit une difficulté absolue pour la réalisation d'une activité** (*Elle ne peut pas du tout réaliser l'activité*)
 - **soit une difficulté grave pour la réalisation d'au moins deux activités** (*Elle peut réaliser l'activité mais difficilement et de manière altérée*)

129

Les 19 activités

- Les activités sont définies dans le référentiel annexé au décret du 19 décembre 2005. Elles sont réparties en 4 domaines :
 - **Mobilité** : 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.
 - **Entretien personnel** : se laver, assurer l'élimination et utiliser les toilettes, s'habiller, prendre ses repas
 - **Communication** : parler, entendre (percevoir les sons et comprendre), voir (distinguer et identifier), utiliser des appareils et techniques de communication
 - **Tâches et exigences générales, relations avec autrui** : s'orienter dans le temps, s'orienter dans l'espace, gérer sa sécurité, maîtriser son comportement dans ses relations avec autrui

130

L'appréciation du niveau de difficulté

- Elle doit s'appuyer sur les **capacités fonctionnelles** de la personne, en l'absence d'aides quelle qu'en soit la nature (aides humaines, aides techniques...)
 - *Il s'agit donc de la « capacité théorique » de la personne à réaliser l'une des 19 activités listées dans le référentiel*
- Appréciation par rapport à une personne du même âge sans déficience
- Pas de nécessité que l'état de la personne soit stabilisé, mais les difficultés doivent être définitives ou d'une durée minimum d'un an

131

Les besoins pris en charge

- C'est une prestation en nature, elle est donc affectée à la couverture de besoins préalablement identifiés.
- Selon l'art. L. 245-3 du CASF, elle peut être affectée à des charges :
 - liées à un besoin d'aide humaine (élément 1),
 - liées à un besoin d'aides techniques (élément 2),
 - liées à l'aménagement du logement et du véhicule de la personne handicapée ainsi qu'à d'éventuels surcoûts résultant de son transport (élément 3),
 - spécifiques ou exceptionnelles (élément 4),
 - liées à l'attribution et à l'entretien des aides animalières (élément 5).

132



La détermination personnalisée des besoins d'aide

- Elle doit tenir compte :
 - des facteurs qui **limitent** l'activité ou la participation (déficiences, troubles associés, incapacités, environnement) ;
 - des 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 ;

133

Points clefs

- L'évaluation des difficultés pour les 19 activités se fait sans aucune aide d'aucune sorte
- **Mais** le besoin de compensation est évalué en tenant compte des aides de toute nature déjà mises en œuvre, de l'environnement de la personne et donc de sa situation réelle et concrète
- Les aides prises en compte par la PCH sont cadrées par les textes au sein de 5 éléments, la PCH ne permet pas de répondre à elle-seule à l'ensemble des besoins de compensation

134

L'élément 1 de la PCH Les aides humaines

135

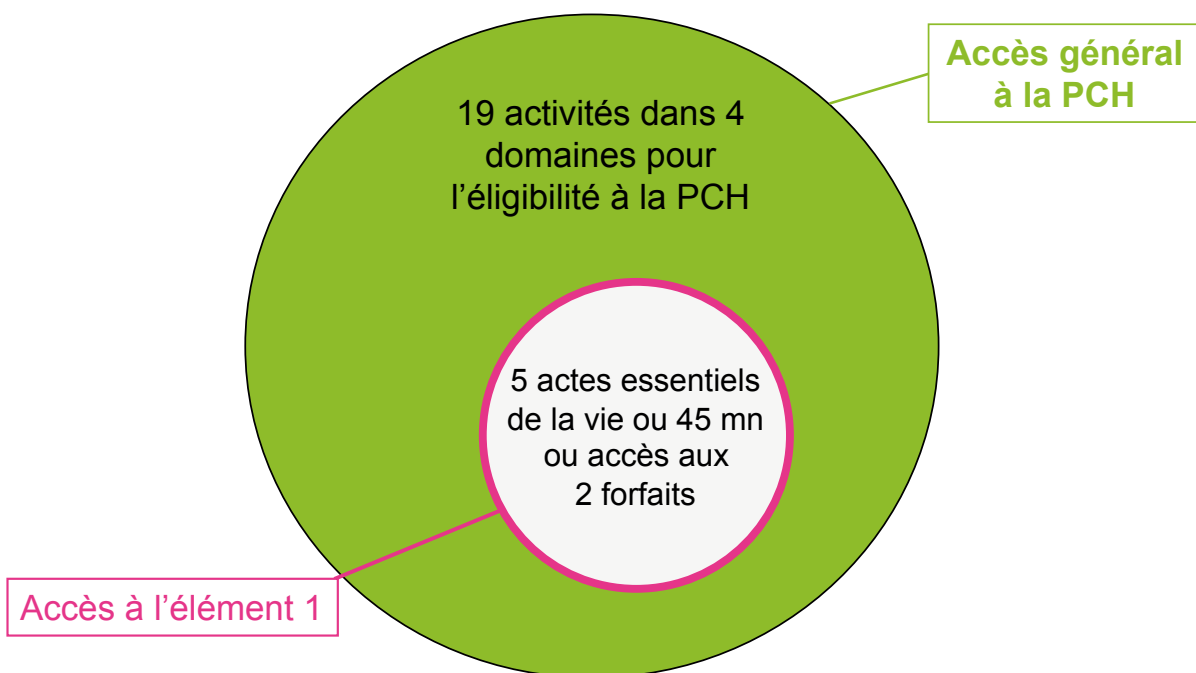
Les conditions d'accès

- L'accès à l'aide humaine est subordonné :
 - À la reconnaissance d'une difficulté absolue ou de 2 difficultés graves parmi une liste de 5 activités : toilette, habillage, alimentation, élimination, déplacement (dans le logement, à l'extérieur)
- OU**
 - À la constatation que l'aide apportée par un aidant familial pour des actes relevant de ces 5 activités, ou au titre d'un besoin de surveillance, est supérieure à 45 minutes/jour

136



Critères d'accès à la PCH



137

Les besoins pris en compte

- Le besoin d'aides humaines pourra être reconnu dans les domaines suivants:
 - Les actes essentiels de l'existence
 - Le besoin de surveillance régulière
 - Les frais supplémentaires liés à l'exercice d'une activité professionnelle ou d'une fonction élective.

138

Les actes essentiels

- **l'entretien personnel** : toilette, habillage, alimentation et élimination
- **Les déplacements** : dans le logement, à l'extérieur exigés par des démarches liées au handicap et nécessitant la présence personnelle de celle-ci
- **La participation à la vie sociale** : le besoin 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.



Sont expressément exclus les besoins d'aide humaine liés aux activités ménagères.

139

La surveillance

- L'état de la personne nécessite fréquemment une surveillance afin d'éviter qu'elle ne s'expose à un danger menaçant son intégrité ou sa sécurité.
- Elle concerne des personnes qui s'exposent à un danger **en raison d'une altération d'une ou plusieurs fonctions mentales, cognitives ou psychiques.**

140

Les frais supplémentaires liés à l'exercice d'une activité professionnelle ou d'une fonction élective

- Il s'agit d'une aide apportée directement à la personne,
- Elle peut porter sur des aides assurant des interfaces de communication lorsque des solutions d'aides techniques et d'aménagements organisationnels n'ont pu être mis en place
- Ce n'est pas :
 - L'aide pour les actes essentiels apportées sur le lieu de travail
 - L'aide en lien direct avec le poste de travail

141

Les temps plafonds

- Toilette : 70 minutes / jour
- Habillage : 40 minutes / jour
- Alimentation : 1h et 45 minutes / jour
- Elimination : 50 minutes / jour
- déplacements dans le logement : 35 minutes / jour
- déplacements extérieurs pour des démarches liées au handicap : 30 heures / an
- participation à la vie sociale : 30 heures / mois
- besoin de surveillance pour les personnes qui s'exposent à un danger du fait de l'altération d'une ou plusieurs fonctions mentales, cognitives ou psychiques : 3 heures / jour
- les frais supplémentaires liés à l'exercice d'une activité professionnelle ou d'une fonction élective : 156 heures / an

142

Le cumul d'aide pour les actes essentiels et de la surveillance

- 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.

143

NB :

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.

144



La possibilité d'aller jusqu'à 24h/24

Ce déplafonnement nécessite deux conditions:

- La personne concernée nécessite 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
 - Cette présence s'exprime par des interventions itératives la journée et actives la nuit. Il ne s'agit pas d'une présence « au cas où ».

145

La possibilité de déplafonner dans des situations exceptionnelles

- Dans des situations exceptionnelles, la CDAPH peut porter le temps d'aide attribué au titre des actes essentiels ou de la surveillance au-delà des temps plafonds.
- Pour des personnes à qui 24h d'aides sont attribuées, la possibilité d'aller au-delà suppose que la personne ait besoin de deux aidants en même temps pour certains actes.



Ce sont donc des situations extrêmement rares

146

Le forfait « cécité »

- **Une seule condition d'accès est fixée par les textes** : vision centrale nulle ou inférieure à 1/20 de la vision normale
- Pas de possibilité de moduler le nombre d'heures attribuées ni le tarif applicable
- Pas de contrôle d'effectivité ([Décret n°2010-16 du 7 janvier 2010 - art. 3](#))

147

Le forfait « surdité »

- Deux conditions cumulatives:
 - **perte auditive moyenne supérieure à 70 dB**
 - **recourir à un dispositif de communication adapté nécessitant une aide humaine**
- Pas de possibilité de moduler le nombre d'heures attribuées ni le tarif applicable
- Pas de contrôle d'effectivité ([Décret n°2010-16 du 7 janvier 2010 - art. 3](#))

148



Points clefs

- L'accès aux aides humaines est subordonné à une deuxième condition d'éligibilité au plus des difficultés graves et absolues parmi les 19 activités
- Les aides humaines prises en compte sont listées très précisément et encadrées dans des temps plafond

149

L'élément 2 de la PCH Les aides techniques


150

La définition de l'aide technique

- Il s'agit de « *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.* » (Référentiel)
- Pour être prise en charge, l'aide technique doit contribuer :
 - Soit à maintenir ou améliorer l'autonomie de la personne pour une ou plusieurs activités ;
 - Soit à assurer la sécurité de la personne handicapée ;
 - Soit à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour faciliter l'intervention des aidants.

151

Lien avec la LPPR

- La prise en compte des aides techniques figurant à la LPPR (liste des produits et prestations remboursables par l'assurance maladie) est subordonnée aux mêmes critères que ceux mentionnés dans cette liste.
 - Nécessité d'une prescription médicale.
- Les produits figurant à la LPPR mais non repris dans l'arrêté des tarifs PCH ne peuvent pas être pris en charge dans le cadre la PCH.
- 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.
-  **Annexe 5**

152



Les produits d'utilisation courante

- **Principe:** seuls les surcoûts des équipements d'utilisation courante (par rapport à un équipement de base) qui apportent une facilité d'usage pour la personne handicapée ou les adaptations spécifiques sont pris en compte.
- **Exception:** 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 CDAPH peut prendre en compte l'ensemble de la combinaison, y compris l'élément d'utilisation courante

153

Tarifs applicables

Aides techniques Inscrites dans l'arrêté des tarifs PCH			Equipements d'utilisation courante	
I-1 Inscrites à la LPPR	I-2 Non inscrites à la LPPR	I-2.7. Autres	Apportant une facilité d'usage	Avec une adaptation spécifique
Tarifs de l'arrêté	Tarifs de l'arrêté	75% du prix (dans la limite du plafond)	Surcoût par rapport à un équipement de base	Coût des adaptations

Rappel : les dispositifs médicaux inscrits à la LPPR qui ne sont pas inscrits dans l'arrêté des tarifs ne peuvent pas bénéficier d'une prise en charge PCH (exemple : les lunettes de vue)

Si 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 CDAPH peut prendre en compte l'ensemble de la combinaison, y compris l'élément d'utilisation courante.

154

Points clefs

- Les aides techniques prises en charge par la sécurité sociale peuvent donner lieu à une prise en charge par la PCH seulement si elles sont reprises dans l'arrêté des tarifs PCH
- La prise en charge par la sécurité sociale doit être déduite du tarif PCH pour déterminer le montant de la PCH

155

L'élément 3 de la PCH
Les aménagements du logement, du
véhicule et les frais de transport

156



Le logement concerné

- Peuvent être pris en charge les frais d'aménagement du logement principal de la personne handicapée ou de celui qui héberge à titre gratuit la personne handicapée, s'il s'agit d'un ascendant, un descendant ou un collatéral jusqu'au quatrième degré (petit-neveu) de la personne handicapée ou de son conjoint
- Ne peuvent être pris en compte au titre de l'élément 3 :
 - l'aménagement du domicile de l'accueillant familial
 - les domiciles secondaires
 - les demandes d'aménagement rendues nécessaires par un manquement aux dispositions législatives et réglementaires relatives à l'accessibilité du logement

157

Les pièces concernées

Les aménagements peuvent concerner :

- Les pièces ordinaires du logement : chambre, séjour, cuisine, toilettes et salle d'eau,
- **une** autre pièce du logement dans laquelle la personne handicapée exerce une activité professionnelle ou de loisir ou dans laquelle elle assure l'éducation et la surveillance de ses enfants,
- l'accès au logement depuis l'entrée du terrain et le cas échéant l'accès du logement au garage et la motorisation extérieure (portail, porte de garage) dans le cas d'une maison individuelle.

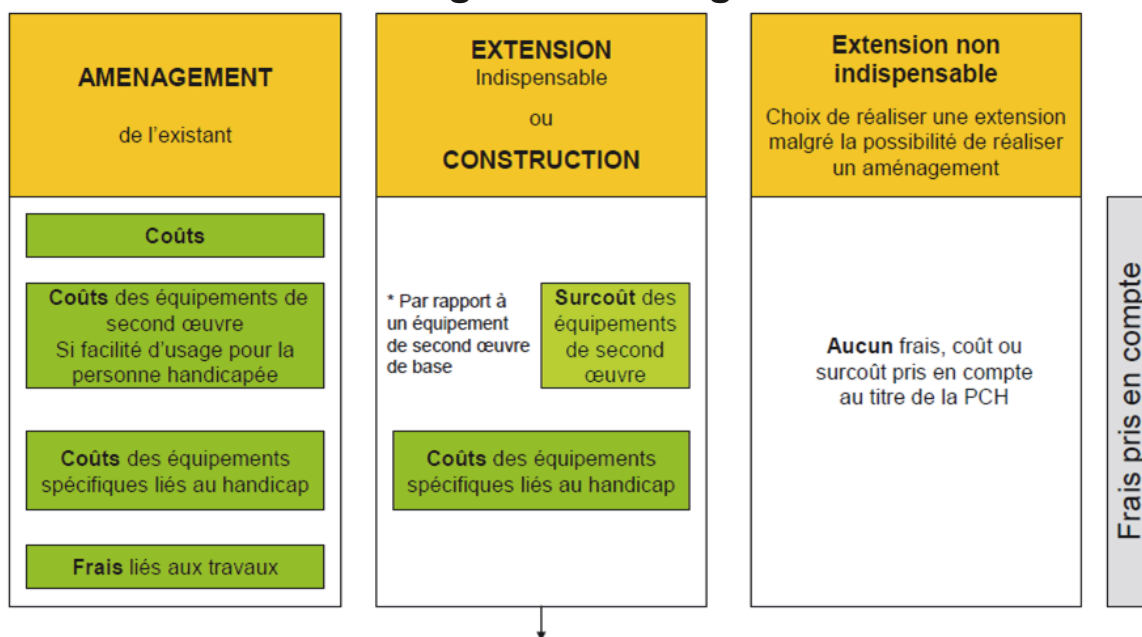
158

Les aménagements concernés

- 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.

159

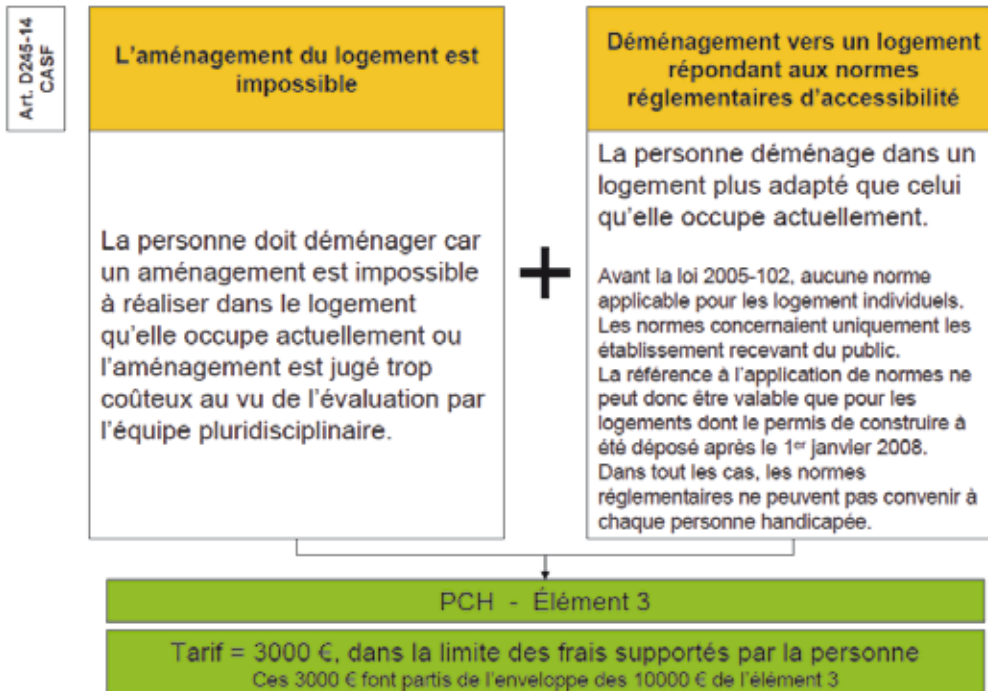
Analyse de la DGCS des frais pris en compte au titre de l'aménagement du logement



Les frais pour l'extension ne sont pris en compte que si celle-ci s'avère indispensable pour procéder à l'accessibilité requise du fait du handicap de la personne et lorsque le logement ne peut être réaménagé de manière adaptée. Annexe 2-5 du CASF

160

A quelles conditions la PCH intervient-elle pour couvrir des frais de déménagement ?



161

Surcoûts liés au transport

- Seuls sont pris en compte les surcoûts liés à des transports réguliers, fréquents ou correspondant à un départ annuel en congés.
- Les tarifs et plafonds varient en fonction du mode de transport et du type de trajet effectué (👉 Annexe 6)

162

La notion de surcoût

Les surcoûts peuvent être constitués sans que cette liste soit limitative :

- **Par le mode de transport imposé par le handicap**
 - La personne handicapée est contrainte d'utiliser un mode de transport précis, plus coûteux, du fait de son handicap.
- **Par la nécessité d'être accompagné du fait du handicap :**
 - Le surcoût se trouve dans les frais supplémentaires auxquels doit faire face la personne handicapée, si du fait du handicap, elle doit être accompagnée par un tiers pour effectuer le déplacement.
 - Attention ! L'aide humaine pour les actes essentiels reste prise en charge au titre de l'élément 1 quelque soit le lieu où cette aide est apportée (annexe 2-5 du CASF, chapitre II, section III).
- **Par la nature du trajet :**
 - Le trajet est nécessaire pour effectuer des démarches liées au handicap, fréquenter un service ou établissement social ou médico-social, même si ce trajet est effectué en transport en commun et par la personne handicapée seule.

163

Les aménagements du véhicule

Peut être pris en compte :

- L'aménagement du véhicule habituellement utilisé par la personne handicapée, que celle-ci soit conducteur ou passager. Peuvent aussi être pris en compte les options ou accessoires pour un besoin directement lié au handicap.



Le plafond de 5 000 € est commun aux aménagements du véhicule et aux surcoûts liés aux transports. Pour les frais de transport seulement, le plafond peut être porté à 12 000€ dans certaines conditions.

1 seul véhicule peut être pris en compte

164

L'aménagement du poste de conduite

- S'agissant de l'aménagement du poste de conduite d'un véhicule exigeant la possession du permis de conduire, seule peut bénéficier de l'affectation de la prestation de compensation à cet effet la personne dont le permis fait mention d'un tel besoin ou la personne qui manifeste son intention d'apprendre à conduire en utilisant la conduite accompagnée et qui produit l'avis établi par le médecin, lors de la visite médicale préalable en application de l'article R. 221-19 du code de la route, ainsi que l'avis du délégué à l'éducation routière.

165

L'élément 4 de la PCH Les charges spécifiques et exceptionnelles

166

Les charges spécifiques et exceptionnelles

- **Charges spécifiques**

- Ce sont les dépenses permanentes et prévisibles liées au handicap et n'ouvrant pas droit à une prise en charge au titre d'un des autres éléments de la prestation de compensation

Par exemple : réparations d'audioprothèses ou de fauteuil roulant, consommables (protections absorbantes, bavoirs jetables)

- **Charges exceptionnelles**

- Dépenses ponctuelles liées au handicap et n'ouvrant pas droit à une prise en charge au titre d'un des autres éléments de la prestation de compensation

167

L'élément 5 de la PCH
Les aides animalières

168

Les aides animalières

- Elles sont destinées à couvrir les charges liées à l'attribution et à l'entretien des aides animalières qui concourent à maintenir ou améliorer l'autonomie de la personne handicapée dans la vie quotidienne
- Le chien doit avoir été éduqué dans un centre labellisé.
- Il peut s'agir d'un chien-guide (pour personne aveugle) ou un chien d'assistance (pour personne avec un handicap moteur)

169

La détermination du montant de la prestation

170

La détermination des montants

- Pour déterminer le montant de la PCH il faut tenir compte:
 - des tarifs de prise en charge et des montants maximums définis pour chaque élément par les textes
 - des sommes versées correspondant à un droit de même nature ouvert au titre d'un régime de sécurité sociale
 - des frais qui seront réellement supportés par la personne handicapée (CASF, R. 245-42)

171

La PCH en établissement

172



Principe

- Des dispositions spécifiques ont été adoptées par décret pour les personnes handicapées hébergées ou accompagnées dans un établissement social ou médico-social ou hospitalisées dans un établissement de santé.
- Le principe : tout ce qui est prévu pour les personnes à domicile s'applique aux personnes en établissement, sauf disposition contraire dans le décret (codifié dans le CASF)



sauf pour l'aménagement du logement, il n'existe pas d'obligation de passer un nombre de jours minimum à domicile pour bénéficier de la PCH

173

L'aide humaine en établissement

- Principe : la personne perçoit les jours où elle hébergée en établissement 10% du montant journalier de PCH à domicile, dans la limite d'un montant journalier minimum et maximum
 - Pour que la réduction s'applique l'entrée en établissement doit donner lieu à une prise en charge par l'aide sociale ou l'assurance maladie
 - Pour les personnes qui entrent en établissement alors qu'elles bénéficient déjà de la PCH, la réduction intervient au bout de 45 jours de prise en charge ou de 60 jours s'il faut licencier des aidants
 - Les jours en établissement s'entendent des jours de prise en charge à temps complet dans l'établissement

174

Les aides techniques en établissement

- Ne peuvent être couvertes par la PCH, lorsque la personne est en établissement, que les aides techniques que l'établissement ne couvre pas habituellement dans le cadre de ses missions.

175

Les frais de transports en établissement

- Lorsque le transport est réalisé par un tiers ou que le trajet aller-retour est supérieur à 50km le plafond applicable est de 12 000€ sur 5 ans
- Si le transport n'est pas assuré par un organisme de transport, l'aller ou le retour effectué seul par le tiers qui réalise le transport peut être couvert



Les frais de transports collectifs en établissement pour enfants, en ESAT et en FAM/MAS en accueil de jour sont couverts par le budget de ces établissements

176

Les aménagements du logement en établissement

- L'aménagement du logement ne peut être pris en compte que si la personne séjourne au moins trente jours par an dans le logement en question

177

La décision de la CDAPH

178

Contenu et date d'effet

- Les décisions de la CDAPH indiquent pour chacun des éléments de la prestation de compensation attribués :
 - La nature des dépenses pour lesquelles chaque élément est affecté, en précisant, pour l'élément lié à un besoin d'aides humaines, la répartition des heures selon le statut de l'aidant ou, le cas échéant, l'attribution d'un forfait
 - La durée d'attribution ;
 - Le montant total attribué, sauf pour l'élément mentionné au 1° de l'article L. 245-3 dans la limite des tarifs et plafonds (👉 **Annexe 7**) ;
 - Le montant mensuel attribué ;
 - Les modalités de versement choisies par le bénéficiaire.
- La date d'effet est le premier jour du mois du dépôt de la demande

179

Révision de la décision en cas de changement de situation

- En cas d'évolution du handicap ou des facteurs ayant déterminé les charges prises en compte, la personne handicapée peut demander la révision de sa décision. La CDAPH réexamine alors les droits à la prestation si elle estime que le PPC est substantiellement modifié.
 - Les facteurs de changement peuvent être variés: déménagement, séparation, accident...
 - Cette révision permet une « remise à zéro » des enveloppes pour les éléments concernés

180

La PCH pour les enfants

A noter : ne sont traitées dans cette parties que les règles qui diffèrent de la PCH adultes.

181

Les limites de cette ouverture de la PCH aux enfants

- L'ouverture de la PCH au 1er avril 2008 se fait à droit quasi constant.
- C'est une 1ère étape qui est destinée à apporter sans attendre, une réponse aux familles pour lesquelles la PCH, telle qu'elle existe actuellement, est plus favorable.
- Une 2ème étape doit s'engager prochainement pour adapter la PCH afin de mieux répondre aux besoins particuliers des enfants.

182

Les conditions d'accès à la PCH

- Pour accéder aux éléments 1,2,4 et 5 de la PCH, le bénéficiaire de l'AEEH de base doit :
 - Ouvrir droit à un complément d'AEEH
 - Remplir les conditions d'éligibilité à la PCH
 - Opter pour la PCH en remplacement des compléments.
- **A noter** : il existe une exception à ces conditions d'accès pour l'élément 3 de la PCH. Le bénéficiaire de l'AEEH de base peut accéder à l'élément 3 dès lors que l'enfant est éligible à la PCH. L'élément 3 peut se cumuler avec un complément de l'AEEH.

183

Les critères d'accès à la PCH

- **1^{ère} condition : bénéficiaire de l'AEEH**

En conséquence :

- Lorsque les conditions d'accès à l'AEEH ne sont pas remplies (y compris les conditions administratives) l'accès à la PCH n'est donc pas ouvert (situation des enfants admis à l'ASE sans aucun retour foyer).
- En revanche, lorsque c'est simplement le versement qui est suspendu (placement en internat par ex), la personne reste bénéficiaire de l'AEEH)
- Pas de PCH en urgence si primo demandeur

184



Les critères d'accès à la PCH

- **2^{ème} condition : ouvrir droit à un complément d'AEEH (quel qu'il soit)**

A noter :

- Si un complément peut être attribué pour les retour au foyer, la condition est remplie
- La condition est également remplie en cas de promesse d'engagement de la dépense ou de cessation d'activité puisque un complément peut en effet être attribué

185

Les critères d'accès à la PCH

- **3^{ème} condition : remplir les critères prévus pour la PCH**

A noter :

- Les critères d'accès à la PCH s'apprécient en référence à un enfant du même âge.
- Les 19 activités sont les mêmes que pour les adultes
- Les références à utiliser pour comparer avec un enfant du même âge sont celles figurant dans l'arrêté du 24 avril 2002 pour les compléments de l'AEEH (ex AES).

186

Quand le droit d'option peut-il avoir lieu?

- Il peut intervenir :
 - Pour les primo demandeurs
 - En fin de droit, à l'occasion du renouvellement de l'AEEH
 - En cas de changement de la situation (évolution du handicap ou autres changements).
- Le choix de la PCH n'est pas définitif, il est possible d'opter de nouveau pour le complément d'AEEH à chaque renouvellement de la PCH ou en cours de droit en cas de changement de situation.

187

Les besoins pris en compte

- Les besoins d'aide humaine pris en compte :
 - Ce sont les besoins prévus pour les adultes (pas de prise en charge de la garde d'enfant)
 - Toutefois les aspects éducatifs sont pris en compte de façon «forfaitaire» pour les enfants relevant de l'obligation scolaire, sans solution après une orientation vers un EMS
 - L'appréciation des besoins pour les actes essentiels se fait en référence avec ce que peut réaliser un enfant du même âge
 - NB : accès possible des enfants au forfait cécité ou au forfait surdité

188



Précisions sur les besoins éducatifs

- Le nombre d'heures est fixé à 30. Ce nombre d'heure est fixe. Vous n'avez donc pas à évaluer le besoin éducatif réel.
- Il est attribué aux enfants soumis à l'obligation scolaire ayant été orienté en établissement médico-social dans l'attente d'une admission.
- Ces heures sont valorisées comme toute heure d'aide humaine, selon le statut de l'aidant.

189

A noter :

- Pas de reprise par la PCH des frais restant encore à financer dans le cadre d'un complément en cas de révision de décision en cours de validité
- Impossibilité de répartir des dépenses d'aménagement du logement, du véhicule ou portant sur les frais de transport entre l'élément 3 et un complément d'AEEH

190

Les tarifs

- Les aides techniques
 - Adjonction de produits inscrits à la LPPR, dont la prise en charge est différente pour les moins de 20 ans
- Les aides humaines
 - Pas de possibilité de salariat des parents pour les enfants mineurs
 - En revanche, majoration du plafond aidant familial s'il y a renoncement ou cessation d'activité pour s'occuper d'un enfant lourdement handicapé

191

Parents séparés

- Un seul des parents est bénéficiaire de la PCH (celui qui perçoit l'AEEH)
- Possibilité de prendre en compte les frais exposés par les deux parents selon le même dispositif que celui existant pour le 3ème élément :
 - Élaboration d'un compromis entre les parents pour organiser la répartition des charges prises en compte au titre de la PCH.
- Elargissement de la notion d'aidant familial
 - aux nouveaux conjoints des parents
 - aux personnes qui résident avec l'enfant et entretiennent des liens étroits et stables avec lui

192



Date d'effet de la prestation

- Lors d'une première demande d'AEEH
 - au 1er jour du mois de la demande
- Lors d'une demande de renouvellement de l'AEEH
 - à la date d'expiration de la précédente prestation
- Lors d'une demande de révision de situation
 - A compter du premier jour du mois de la CDAPH
 - A une autre date fixée par la CDAPH lorsque la famille justifie de charges prises en compte au titre de la PCH entre le 1er jour du mois de la demande et la date de la CDAPH.

193

Merci de votre attention

Vos questions :

contact@cnsa.fr

194

ANNEXES

Annexe 1 : Tableau récapitulatif des durées d'attribution des droits et prestations.....	108
Annexe 2 : Guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées (Annexe 2-4 du Code de l'action sociale et des familles)	109
Annexe 3 : Le guide pour l'attribution des compléments d'AEEH (Arrêté du 24 avril 2002 relatif aux conditions d'attribution des six catégories de complément d'allocation d'éducation spéciale)	135
Annexe 4 : Le référentiel pour l'accès à la PCH (Annexe 2-5 du Code de l'action sociale et des familles).....	142
Annexe 5 : Articulation entre inscription à la LPPR et prise en charge au titre de la PCH pour les aides techniques.....	148
Annexe 6 : Détermination des tarifs et plafonds de la PCH « transport » (Schéma).....	149
Annexe 7 : Tarifs et montants applicables aux différents éléments de la prestation de compensation (au 1 ^{er} janvier 2010) – Direction générale de la cohésion sociale.....	151



Annexe 1

Tableau récapitulatif des durées d'attribution des droits et prestations

Droit ou prestation	Durée d'attribution	Références
AAH avec un taux d'incapacité supérieur à 80%	1 à 10 ans	Article R.821-5 du code de la sécurité sociale
AAH avec un taux d'incapacité compris entre 50 et 80%	1 à 5 ans	Article R.821-5 du code de la sécurité sociale
Complément de ressources	1 à 5 ans	Article R.821-5 du code de la sécurité sociale
AEEH	1 à 5 ans	Article R.541-4 du code de la sécurité sociale
Complément d'AEEH	1 à 5 ans	Article R.541-4 du code de la sécurité sociale
Carte d'invalidité	1 à 10 ans ou à titre définitif	Articles L.241-3 et R.241-14 du Code de l'action sociale et des familles
Carte « Priorité pour personnes handicapées »	1 à 10 ans	Article R.241-14 du Code de l'action sociale et des familles
PCH	Elle varie en fonction des éléments : <ul style="list-style-type: none"> - Aides humaines : 1 à 10 ans - Aides techniques : 1 à 3 ans - Frais de transports et aménagements du véhicule : 1 à 5 ans - Aménagements du logement : 1 à 10 ans - Charges spécifiques : 1 à 10 ans - Charges exceptionnelles : 1 à 3 ans 	Article D.245-33 du Code de l'action sociale des familles
ACTP ou ACFP	1 à 5 ans	Article R.241-31 du Code de l'action sociale et des familles
Orientation vers un établissement ou service pour adultes ou enfants handicapés	1 à 5 ans	Article R.241-31 du Code de l'action sociale et des familles
Auxiliaire de vie scolaire	1 à 5 ans Toutefois, les circulaires de l'éducation nationale préconisent une attribution limitée à un 1 an, durée de l'année scolaire.	Article R.241-31 du Code de l'action sociale et des familles

Annexe 2

Guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées (Annexe 2-4 du Code de l'action sociale et des familles)

GUIDE-BAREME POUR L'ÉVALUATION DES DÉFICIENCES ET INCAPACITÉS DES PERSONNES HANDICAPÉES

Le chapitre I^{er} comprend :

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

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

- les épilepsies qui sont traitées dans la troisième section.

Le chapitre II concerne les troubles psychiques.

Il est organisé également en deux sections, l'une concernant les enfants et adolescents, l'autre les adultes.

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

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

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

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 handicap 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.



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.

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 attribuera un taux inférieur à 50 p. 100 lorsque la personne présente des difficultés de conceptualisation et d'abstraction mais avec une adaptation possible à la vie courante sans soutien particulier.

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

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

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

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

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

II-CRITÈRES SECONDAIRES

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

On prendra en compte :

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

SECTION 3 - ÉPILEPSIE (DÉFICIENCES LIÉES À L'ÉPILEPSIE)

Toutes les épilepsies ne sont pas des handicaps. Les épilepsies dont les crises sont bien contrôlées par le traitement et sans trouble associé ne constituent pas un handicap. 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 psychopathologiques, les éléments dynamiques interactifs familiaux et sociaux, les facteurs étiologiques éventuels. L'ensemble de ce travail évaluatif conduit chaque praticien à une synthèse lui permettant de proposer un diagnostic, qui éclaire l'évolutivité, le pronostic, les possibilités thérapeutiques et éducatives et également la fréquence souhaitable pour le réexamen des dossiers. Dans une approche globale, visant à décrire au mieux la situation de chaque enfant, les conséquences et limitations qu'imposent certains processus morbides doivent également être étudiées, en référence à l'apport méthodologique de la classification internationale des handicaps, notamment l'identification de plans d'expérience de santé et leurs interactions qui seront précisés par circulaire.

En l'espèce, il s'agit d'apprécier l'importance des 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'EVALUATION

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 capacité intellectuelles

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

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

Capacité de discerner les dangers.

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

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

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

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

2- Capacité relationnelle et comportement

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

On appréciera notamment :

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

3- La communication

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

On examinera les points suivants :

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

4- Conduites et actes élémentaires dans la vie quotidienne

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

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

5- Capacité générale d'autonomie et de socialisation

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

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

B- AUTRES ÉLÉMENTS D'APPRÉCIATION

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

Le diagnostic : il sera indiqué en référence à une classification des maladies reconnue, nationale ou internationale.

L'âge de survenue des troubles, leur ancienneté, leur évolutivité.

Les possibilités thérapeutiques, les soins entrepris, leur lourdeur, la fréquence des éventuelles hospitalisations.

La présence d'autres atteintes fonctionnelles.

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

SECTION 2 - DÉFICIENCES PSYCHIQUES DE L'ADULTE

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

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

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

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

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

De la même façon, plusieurs troubles relativement modérés peuvent, par un effet cumulatif, retentir de façon importante dans la vie sociofamiliale et professionnelle et justifier de l'attribution d'un taux important : la multiplicité des troubles présentés par le sujet constitue un indice d'incapacité supplémentaire. Pour chaque critère, les exemples permettent de retrouver l'expression de telle ou telle affection psychiatrique.

Le médecin expert appréciera globalement l'incapacité en fonction de l'ensemble des troubles psychiques présentés par le sujet.

Il tiendra compte également des déficiences éventuellement associées : visuelles, auditives, motrices, viscérales et métaboliques... qui, lorsqu'elles existent, augmentent le taux d'incapacité. Enfin, il importera de tenir compte des aménagements parfois importants que doivent prendre les familles, l'environnement immédiat, ou le milieu de travail pour garder à la personne un équilibre précaire, ou une autonomie fragile ; ainsi une personne dont la vie en milieu ordinaire n'est possible que grâce à un étayage important des proches justifie d'un taux au moins égal à 50 p. 100.

Les experts ont également souhaité que les fourchettes ne commencent qu'à 20 p. 100 afin de tenir compte des variations de la normale. De fait, soit la personne présente des troubles psychiatriques repérés par un médecin, alors elle peut justifier d'un taux d'au moins 20 p. 100, soit elle présente des troubles mineurs qui ne peuvent s'intégrer dans un ensemble psychiatrique, troubles considérés comme des variations de la normale, ils ne justifient pas alors de l'attribution d'un taux.

Ainsi, l'expert déterminera si la personne présente des troubles psychiques justifiant d'un taux d'incapacité compris entre 20 et 45 p. 100 : la personne présente des troubles psychiatriques mais qui restent compensés avec ou sans traitement chimiothérapique ou psychothérapique, qui permettent une vie familiale et professionnelle assumée seule.

Lorsque l'affection psychiatrique nécessite un aménagement de la vie familiale ou/et de la vie professionnelle avec des sollicitations plus ou moins importantes de l'entourage, le taux attribué sera compris entre 50 p. 100 et 75 p. 100.

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

I. PRINCIPAUX CRITÈRES DE DÉFICIENCE PRIS EN COMPTE

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



10. Expression somatique des troubles psychiatriques.

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

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

II. CRITÈRES SECONDAIRES

Ils permettent de moduler les taux :

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

I-CRITÈRES PRINCIPAUX DE DÉFICIENCE

1- Troubles de la volition

Comprend :

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

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

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

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

2- Troubles de la pensée (cours et contenu)

Comprend :

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

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

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

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

3- Troubles de la perception

Comprend :

- illusions;
- hallucinations;
- déréalisation.

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

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

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

4- Troubles de communication (langage)

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

Comprend :

- troubles de la forme, du contenu du langage et de l'expression gestuelle :
- logorrhée;
- préciosité;
- coq-à-l'âne;
- néologismes;

- écholalie ;
- discordance, parasitisme, mimique, stéréotypies gestuelles ou déficitaires ;
- troubles fonctionnels :
- bégaiement ;
- mutisme ;
- repli autistique.

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

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

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

5- Troubles du comportement

Comprend :

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

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

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

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

6- Troubles de l'humeur

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

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

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

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

7- Trouble de la conscience et de la vigilance

a) Légère diminution permanente de la conscience et 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) Insertions socioprofessionnelle possible en milieu ordinaire (emploi protégé ou aménagé) ; retard mental léger : il s'appréciera autant en fonctions 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, insertions 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 inadaptés, éreutophobie 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'incapacité à tout travail;
- les hospitalisations, quand elles sont prolongées, fréquentes, répétées, peuvent constituer un indice de gravité. A apprécier selon les possibilités locales de prise en charge;
- l'âge du patient et l'ancienneté de la maladie :
 - adulte jeune : moins de 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 confondus dans un barème unique mais qui s'additionnent arithmétiquement.

La mesure de la déficience auditive est faite sans appareillage.

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

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

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

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.

CHAPITRE IV DÉFICIENCES DU LANGAGE ET DE LA PAROLE

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

I-DÉFICIENCES ACQUISES DU LANGAGE ET DE LA PAROLE (EN TANT QU'OUTIL DE COMMUNICATION) CHEZ L'ENFANT, CHEZ L'ADULTE APRÈS L'ACQUISITION DE L'ÉCRITURE ET DE LA LECTURE

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

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

Les symptômes sont peu gênants, l'examen est normal ou subnormal. Exemples : dysorthographe et/ou dyslexie résiduelle et/ou dyscalculie, dysarthrie mineure, retard simple du langage.

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

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

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

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

Exemples :

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

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

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

Exemples :

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

II-TROUBLES DU LANGAGE ET DE LA PAROLE CONGÉNITAUX OU ACQUIS AVANT OU PENDANT L'ACQUISITION DE L'ÉCRITURE ET DE LA LECTURE

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

1- Déficience légère

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

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

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

Exemples :

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

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

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

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

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

III-DÉFICIENCES VOCALES

Elles comprennent les laryngectomies.

Nota.- Pour les troubles du comportement ou de la personnalité à expression vocale voir le chapitre 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 ainsi que suit et on ajoutera arithmétiquement ce taux à celui résultant de l'application du barème du niveau acoustique d'audition (cf. chapitre II).

0 p. 100. Elocution normale : niveau de langage normal.

5 p. 100. Niveau de langage normal :

- difficultés d'élocution relevant des aspects suivants :
- perturbation du débit et du rythme, difficultés mélodiques et d'intonation ;
- troubles d'articulation liés à la surdité ;
- troubles de la voix : anomalie de la hauteur, du timbre, de l'intensité, voix nasonnée.

10 p. 100. Difficultés d'élocution, comme le groupe précédent.

Retard de parole et/ou langage avec notamment :

- chute de la fin des mots et difficultés de prononciation des groupes consonantiques, mots déformés ;
- emploi peu fréquent des mots grammaticaux (articles, adverbes, conjonctions...), temps des verbes incorrects.

15 p. 100. Difficultés majeures d'élocution, troubles importants du langage ou absence d'expression acoustique de la parole, au mieux parole intelligible seulement pour la famille ou les professionnels de la rééducation.

CHAPITRE V : DÉFICIENCES DE LA VISION

I-DÉFICIENCES DE L'ACUITÉ VISUELLE

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

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

Plusieurs définitions de la cécité sont actuellement employées :

- cécité complète : sont atteints de cécité complète ceux dont la vision est abolie ($v = 0$) au sens absolu du terme avec abolition de la perception de la lumière ;
- sont considérés comme atteints de quasi-cécité ceux dont la vision centrale est égale ou inférieure à 1/20 d'un 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.

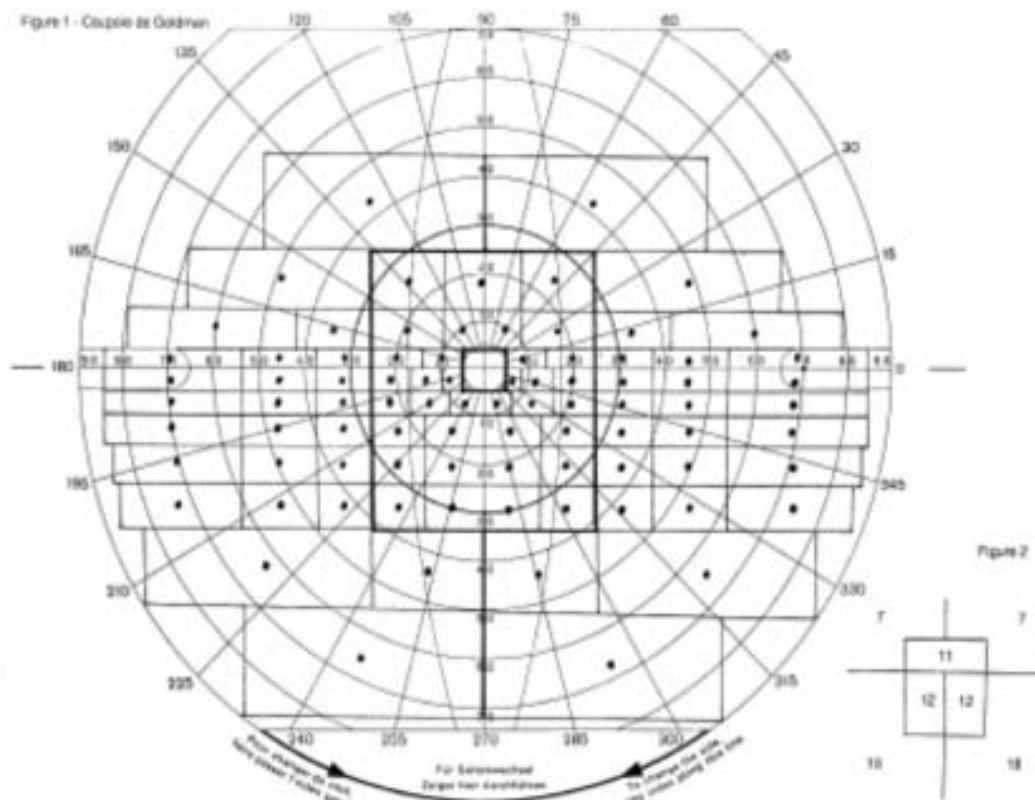
II-AUTRES DÉFICIENCES DE LA FONCTION ET DE L'APPAREIL OCULAIRE

1- Déficience du champ visuel

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

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

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



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

c) Déficit non systématisé :

Suivant le taux affecté par le schéma.

d) Rétrécissement concentrique :

D'évaluation toujours très difficile en raison de l'intervention de facteurs extrinsèques. A n'évaluer qu'après de multiples épreuves de contrôle avec, si nécessaire, mise en oeuvre de nouvelles techniques électrophysiologiques.

En cas de certitude absolue :

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

e) Scotomes centraux et paracentraux :

En cas de perte de la vision centrale : utiliser le barème d'acuité visuelle (3 a et 3 b).

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

2- Déficience de l'oculomotricité

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

b) Séquelles de paralysie oculo-motrices :

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

- c) Paralysies de fonction du regard :
 - paralysie vers le haut (taux : 3 à 5 p. 100) ;
 - paralysie vers le bas (taux : 15 à 25 p. 100) ;
 - paralysie latérale (taux : 10 à 12 p. 100) ;
 - paralysie de la convergence (taux : 10 à 15 p. 100).
- d) Déficiences de la motricité intrinsèque avant apparition de la presbytie :
 - paralysie de l'accommodation uni ou bilatérale (taux : 10 p. 100) ;
 - mydriase aréactive (taux : 5 p. 100).

3- Autres troubles neuro-ophtalmologiques

- a) Troubles de la reconnaissance visuelle :

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

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

4- Aphakies

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

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

En cas d'aphakie unilatérale :

- si l'acuité de l'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 : DEFICIENCES VISCERALES ET GENERALES

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'examens 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'oeuvre, 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-Déficience 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 déficience 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 déficience de la fonction myocardique peut :

- n'avoir aucune conséquence quand elle est bien contrôlée par un traitement peu contraignant (cf. infra section 2) ;
- 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 déficience (évolution spontanée ou liée à un traitement).

I-2-Déficience de la fonction coronaire

La déficience 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-Déficiences 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-Déficiences 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 déficiences motrices, les incapacités en résultant étant de même nature.

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

I-5-Déficiences respiratoires

Quelle qu'en soit l'étiologie, le niveau de retentissement est en général bien corrélé au niveau de la déficience 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 déficiences.

Les incapacités concernant la locomotion sont également souvent présentes.

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

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.

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), 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, comme 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.

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 en termes de 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, alimentaire, toxique, 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 la même façon que pour les autres déficiences de ce chapitre, il est nécessaire d'apprécier globalement leur retentissement ainsi que celui des déficiences qui leurs 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 - ELÉMENTS 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 oedèmes ;
- 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 plutôt 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'habillement, 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 douleur 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 les délais et à un âge donné.
- Il conviendra donc d'être particulièrement attentif pour eux aux éléments suivants :
 1. contraintes supplémentaires liées aux déficiences, incapacités et traitements pour la famille ;
 2. 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 ;
 3. 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

On donne ci-après un certain nombre de repères qui, pour chacun d'entre eux, constitue 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 dé-

finies 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- Evaluer les déficiences motrices

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

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

2- Déficiences associées

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

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

- génito-sexuelles et sphinctériennes (chapitre VI, sections 3 et 4) ;
- respiratoires (chapitre VI, section 2) ;
- du langage et de la parole (chapitre IV) ;
- de la fonction d'alimentation (déglutition..., chapitre VI, section 3) ;
- sensorielles (appareil oculaire, chapitre V ; ou auditif, chapitre III) ;
- comitiales (chapitre 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, excoirations 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 appréciée séparément, sauf si les déficiences de la tête sont isolées et perturbent la déambulation (déficience importante).

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

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

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

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

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

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

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 pronosupination ; 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 périphériques : paralysie, troubles de la commande, incoordination (dont cérébelleuse), dyskinésie volontionnelle d'attitude, tremblements, mouvements anormaux (chorée-athétose), troubles du tonus, spasticité/contractures, déficit musculaire...).

Les troubles sensitifs associés superficiels ou profonds (hypoesthésies, anesthésies, dysesthésies...) et assimilés (astéréognosies) feront majorer les taux en fonction de leur importance et de leur localisation (mais 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 poplité 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 (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.

Annexe 3 : Le guide pour l'attribution des compléments d'AEH

Guide d'évaluation pour l'attribution d'un complément à l'allocation d'éducation spéciale (Annexe de l'arrêté du 24 avril 2002 relatif aux conditions d'attribution des six catégories de complément d'allocation d'éducation spéciale)

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'examen, 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 6^e 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 appréciables 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 oeuvre 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 oeuvre 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 oeuvre 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 équivalant 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 » équivalant 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 6^e complément, réservé - en raison de son niveau - à des situations excédant largement les conditions d'attribution du 4^e ou du 5^e complément. Les contraintes majeures ainsi observées entravent de plus 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 oeuvre. 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 6^e 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 bien évidemment s'appliquent les critères d'attribution du complément de 6^e 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.



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 endotra-chéale est réalisée par l'infirmière en cours de journée, 2 autres (matin et soir) le sont au domicile par les parents formés à la technique. Kinésithérapie 1 à 2 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 à chaque fois de vérifier 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 remboursés, 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 assimilés 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 comme 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.



Annexe 4

Le référentiel pour l'accès à la PCH (Annexe 2-5 du Code de l'action sociale et des familles)

RÉFÉRENTIEL POUR L'ACCÈS À LA PRESTATION DE COMPENSATION

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.

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.

¹Liste 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.

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.

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.

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.

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'exemples. 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 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 mis en place. Toutefois, elle exclue :

- 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 3^e et 4^e 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^o, 3^o, 4^o et 5^o 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.

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

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.

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.

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.

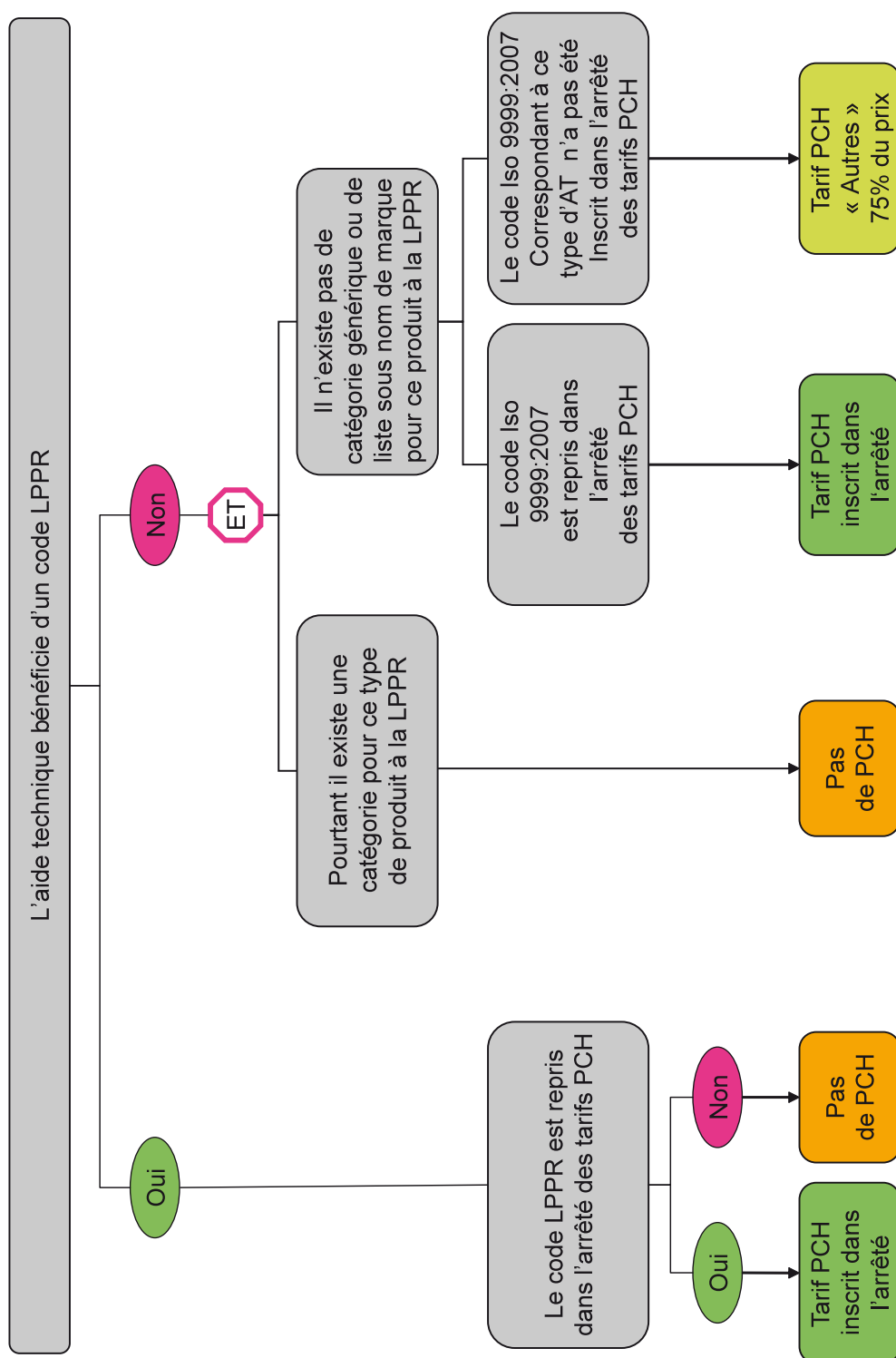
⁷ Leur durabilité prévisible doit être d'au moins un an.



Annexe 5 :

Articulation entre inscription à la LPPR⁸ et prise en charge au titre de la PCH pour les aides techniques.

Aide technique au sens de l'annexe 2-5 du CASF : « 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. »



La norme NF EN ISO 9999:2007 est la référence sur laquelle s'appuie l'arrêté des tarifs PCH pour les aides techniques non inscrites à la LPPR. Elle a vocation à catégoriser par code l'ensemble des aides techniques. Disponible sur le site de l'AFNOR.

⁸ Liste des produits et prestations remboursables par la sécurité sociale

Annexe 6

Détermination des tarifs et plafonds de la PCH « transport » (Schéma)

Schéma A : Tarif et plafonds de la PCH « transport » avec un véhicule particulier

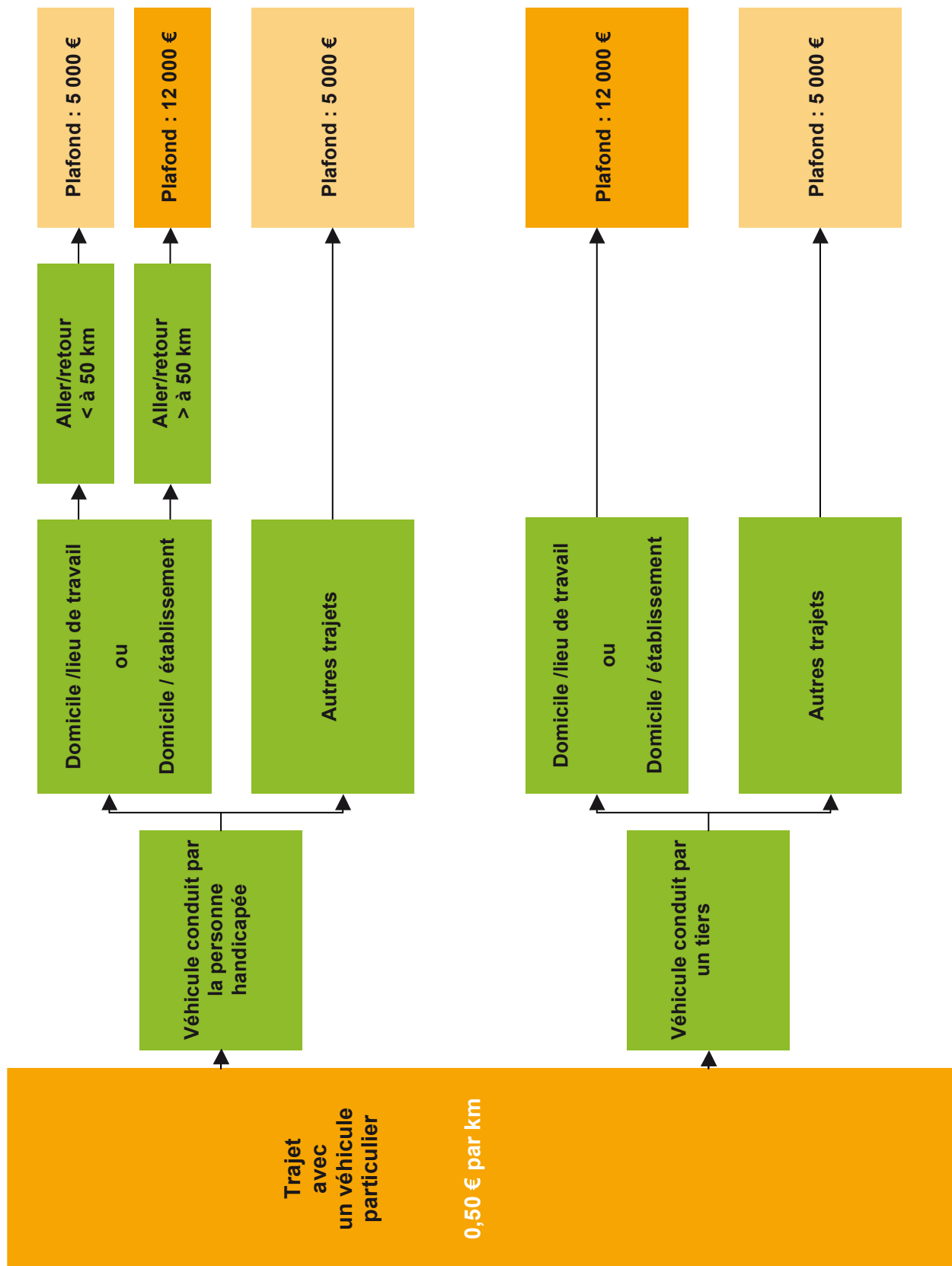
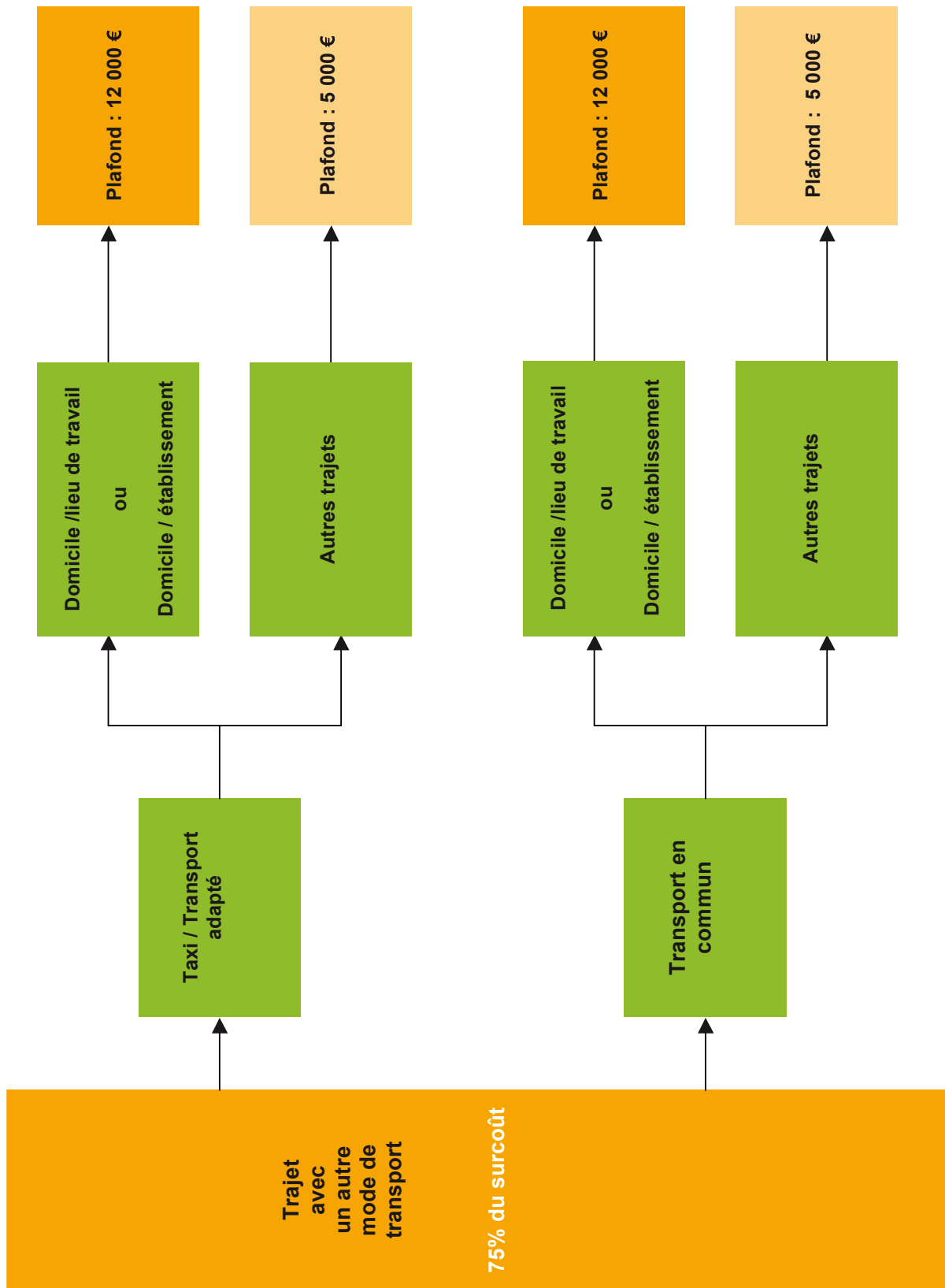


Schéma B : Tarif et plafonds de la PCH « transport » avec un autre véhicule



Tarifs et montants applicables aux différents éléments de la prestation de compensation (au 1^{er} janvier 2010) – Direction générale de la cohésion sociale

Document consultable sur le site de la CNSA : http://www.cnsa.fr/article.php3?id_article=34

Tarifs et montants applicables aux différents éléments de la prestation de compensation

Document d'information actualisé au 1 janvier 2010

I - Tarifs et montants applicables au 1^{er} élément de la prestation de compensation

Tableau 1 : Tarifs horaires applicables au 1^{er} élément de la prestation de compensation

Modalités de l'aide humaine	Tarif horaire PCH	Modalité de calcul
Emploi direct	11,96 €/h	130% du salaire horaire brut sans ancienneté d'une assistante de vie pour personne dépendante de niveau 3, au sens de la convention collective nationale des salariés du particulier employeur du 24 novembre 1999
Service mandataire	13,16 €/h	Majoration de 10% du tarif emploi direct
Service prestataire	Tarif du service ou 17,59 €/h	En cas de service autorisé : Tarif fixé par le PCG en application de l'article L. 314-1 du CASF En cas de service à la personne agréé au sens du L. 7231-1 du code du travail : - soit le prix prévu dans la convention entre le PCG et le service - soit 170 % du salaire horaire brut d'une auxiliaire de vie ayant moins d'un an d'ancienneté, au sens de l'accord de la branche aide à domicile du 29 mars 2002 relatif aux emplois et rémunérations
Aidant familial dédommagé	3,43 €/h	50 % du SMIC horaire net applicable aux emplois familiaux
Aidant familial dédommagé - si celui-ci cesse ou renonce totalement ou partiellement à une activité professionnelle	5,15 €/h	75 % du SMIC horaire net applicable aux emplois familiaux

Tableau 2 : Montant mensuel maximum du dédommagement de chaque aidant familial

Dispositions	Montant	Modalité de calcul
Montant mensuel maximum	884,39 €/ mois	85% du SMIC mensuel net, calculé sur la base de 35 h/ semaine applicable aux emplois familiaux (1)
Montant mensuel maximum majoré (arrêté du 25/05/2008)	1061,27 €/ mois	Majoration de 20% du montant (1)

Tableau 3 : Montant du 1^{er} élément de la PCH pour les personnes hébergées à temps complet dans un établissement

Dispositions	Montant	Modalité de calcul
Minimum	42,09 €/ mois	4,75 fois le SMIC horaire brut applicable pendant le mois de droit
Maximum	84,17 €/ mois	9,5 fois le SMIC horaire brut applicable pendant le mois de droit
Minimum	1,42 €/ jour	0,16 fois le SMIC horaire brut applicable pendant le mois de droit
Maximum	2,84 €/ jour	0,32 fois le SMIC horaire brut applicable pendant le mois de droit

Tableau 4 : Montant des forfaits (art D.245-9 du CASF)

Dispositions	Montant	Modalité de calcul
Forfait cécité	598 €/ mois	50 heures sur la base du tarif emploi direct
Forfait surdité	358,8€/ mois	30 heures sur la base du tarif emploi direct

II - Tarifs et montants applicables aux autres éléments de la prestation de compensation (janvier 2010)

Tableau 5 : Montants maximums, durées d'attribution et tarifs des éléments 2, 3, 4 et 5 de la prestation de compensation

Élément de la prestation de compensation	Montant maximal attribuable	Durée maximale*	Montant mensuel maximum	Tarif
2^{ème} élément aides techniques	Règle générale	3960 €	110 €	Selon les aides techniques : tarif détaillé ou 75% du prix dans la limite du montant maximal attribuable
	si une aide technique (AT), et le cas échéant, ses accessoires, ont un tarif PCH à au moins 3000€			
3^{ème} élément aménagement du logement, du véhicule et surcoûts liés aux transports	Aménagement du logement	10 000 €	83,33 €	Tranche de 0 à 1500 € : 100% du coût Tranche au delà de 1500 € : 50%** du coût
	Aménagement du véhicule, Surcoût lié aux transports	5 000 € ou 12 000 € sous conditions***	83,33 € ou 200 €	Déménagement : 3000 €
				Véhicule : tranche de 0 à 1500 € : 100 % du coût Véhicule : tranche au delà de 1500 € : 75%** du coût Transport : 75 %*** ou 0,5€/km
4^{ème} élément charges spécifiques et exceptionnelles	Charges spécifiques	100 €/mois	100 €	Selon les produits : tarif détaillé ou 75% du coût dans la limite du montant maximal attribuable
	Charges exceptionnelles	1 800 €	50 €	75% du prix dans la limite du montant maximal attribuable
5^{ème} élément aide animalière	Règle générale	3 000 €	50 €	Si versement mensuel 50 €/mois

* Durée maximale d'attribution de l'élément (article D.245-33 du CASF)

** Dans la limite du montant maximal attribuable

*** Pour les trajets entre domicile et lieu de travail ou domicile et établissement médico-social : soit en cas de transport par un tiers, soit déplacement aller et retour supérieur à 5

JOURNÉES TECHNIQUES



www.cnsa.fr

CNSA
66, avenue du Maine
75682 Paris CEDEX 14