

## Circulaire n° 93/36-B du 23 novembre 1993

**d'application du décret n° 93-1216 du 4 novembre 1993, relative au guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées.**

Date d'application : 1er décembre 1993

Résumé : Instructions relatives à la mise en œuvre du nouveau guide-barème à l'usage des CDES et des COTOREP

Mots-clés :

Handicap-déficiences-incapacités-évaluation-barème-CDES-COTOREP

Textes de référence :

- Décret n° 93-1216 du 4 novembre 1993 relatif au guide-barème applicable pour l'attribution de divers avantages et prestations aux personnes handicapées et modifiant le code de la famille et de l'aide sociale, le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) et le décret n° 77-1549 du 31 décembre 1977.

- Décret n° 93-1217 du 4 novembre 1993 modifiant le code de la sécurité sociale (troisième partie : Décrets) et relatif à l'assurance vieillesse des personnes assumant la charge d'un handicapé et à l'allocation aux adultes handicapés.

- Circulaire CDE N° 34/76 du 5 novembre 1976 concernant la constitution des commissions techniques d'orientation.

- Circulaire CDE N° 18 du 8 avril 1977 relative au fonctionnement de la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel.

- Circulaire n° 79-389 et 50 AS du 14 novembre 1979 relative au fonctionnement des CDES.

- Circulaire N° 8409 du 25 mai 1984 relative au fonctionnement des COTOREP.

- Lettre de la D.A.S. aux préfets du 22 octobre 1990 relative à l'accélération de la procédure d'examen par les COTOREP des dossiers concernant les malades développant le SIDA.

- Circulaire DGS N° 44 du 17 juin 1991 relative à l'accélération de la procédure d'examen par les COTOREP des demandes d'A.A.H. des personnes atteintes par le SIDA.

- Lettre du ministre des affaires sociales et de l'intégration et du ministre de la santé et de l'action humanitaire en date du 20 octobre 1992 relative aux problèmes sociaux rencontrés par les familles ayant un enfant traité pour trouble de la croissance et atteint de la maladie Creutzfeld-Jacob.

Textes abrogés :

- Circulaire n° 146 du 16 août 1951
- Circulaire n° 102 du 3 août 1953

Par lettre du 2 octobre 1987, le Ministre des Affaires Sociales et le Secrétaire d'Etat auprès du Ministre des Affaires Sociales et de l'Emploi, chargé de la Sécurité Sociale, ont confié à un groupe de travail l'élaboration d'un barème orienté essentiellement vers les déficiences pour les médecins des Commissions Techniques d'Orientation et de Reclassement Professionnel et des Commissions Départementales de l'Education Spéciale.

En effet, le barème d'invalidité auquel faisaient référence les décrets d'application de la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975 était jusqu'à présent le barème d'invalidité du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre. Rédigé essentiellement pour des personnes adultes handicapées à la suite d'un traumatisme, il est inadapté à certaines catégories de handicaps, notamment les handicaps congénitaux chez l'enfant et l'adulte, ainsi que les affections psychiatriques.

Il était donc inévitable que des différences importantes soient enregistrées d'un département à l'autre et d'une commission à l'autre, faute d'une référence commune.

Le groupe de travail a tenu compte des nombreux travaux déjà réalisés, notamment par le groupe de travail du Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations, présidé par J.M. LEMOINE de FORGES (1985), le groupe de travail présidé par J.C. SOURNIA (1986) et le rapport de la Cour des Comptes au Président de la République (1987), qui concluaient à la nécessité de prendre en compte la déficience pour évaluer le handicap.

**Chacun des barèmes existants obéit à sa propre logique :**

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

2) Les prestations sont fondées sur des systèmes différents :

- pour certaines, on enregistre un « effet seuil » à des niveaux d'ailleurs variables : 50 % et 80 % pour la loi de 1975, perte des deux tiers de la capacité de travail dans le régime d'invalidité de la sécurité sociale ;

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

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

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

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

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

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

- selon la loi de 1975, il s'agit de compenser une perte de capacité et de garantir un minimum financier.

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

La démarche du groupe de travail s'est voulue aussi pragmatique que possible afin que les COTOREP et les CDES puissent l'appliquer sans avoir recours systématiquement à des expertises médicales de haut niveau.

## **1 - Le guide-barème est un guide méthodologique.**

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

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

La méthodologie de P.H.N. WOOD (\*), reprise par l'O.M.S., définit le handicap comme un processus qui met en jeu quatre plans d'expérience ;

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

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

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

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

Il n'a pas été recherché une stricte application de cette classification qui conduirait à appliquer un taux à chaque lésion, mais la prise en compte des difficultés que cette déficience engendre dans la vie quotidienne ou professionnelle. Ceci conduit directement à la notion d'incapacité développée dans la Classification Internationale des Handicaps, qui correspond à « **toute réduction partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain** ».

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

(\*) cf. « *Classification Internationale des Handicaps : déficiences, incapacités et désavantages, un manuel de classification des conséquences des maladies* ».

O.M.S. - INSERM - CTNERHI.

Edition 1993. 203 pages, 130 F. CTNERHI : 236 bis, rue de Tolbiac 75013 Paris.

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

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

## **b) Fixation du taux**

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

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

- seuil de 80 % qui ouvre de plein droit à la carte d'invalidité, à l'allocation adulte handicapé, à l'allocation d'éducation spéciale, à l'assurance vieillesse des personnes assumant la charge d'une personne handicapée, et conditionne le droit à l'ouverture de l'allocation compensatrice ;

- seuil de 50 % qui peut ouvrir droit à l'attribution, sous conditions, de l'allocation d'éducation spéciale.

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

Le taux d'incapacité n'a toutefois pas à être systématiquement reporté sur la carte d'invalidité.

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. Le groupe de travail a également recherché l'harmonisation des différents chapitres entre eux malgré le caractère conventionnel que cela peut revêtir pour des handicaps de types très variés.

### **c) Taux attribué aux personnes infectées par le virus VIH**

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

Si l'appréciation des déficiences légères et sévères (1 et 4) ne pose pas de problèmes, l'appréciation des déficiences modérées et importantes (2 et 3) ne peut être que médicale ; elle doit tenir compte - même en l'absence de signe clinique - de la baisse de l'immunité qui entraîne une fatigabilité très importante limitant ou empêchant parfois de se déplacer ou de travailler qui peut, à elle seule, justifier d'un taux de 50 %.

Rappelons que les médecins doivent aussi tenir compte, dans l'appréciation du taux d'incapacité global, des troubles du comportement, de l'humeur, de la vie émotionnelle et affective décrits au chapitre II section 2 avec la possibilité d'utiliser la règle de Balthazar (cf. le paragraphe 1-f de la présente circulaire). En présence de ces handicaps associés, le taux sera automatiquement supérieur à 50 %.

Les médecins de CDES et de COTOREP pourront utilement se référer au Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire n° 51 - année 1987 - sur la définition du SIDA avéré (révision 1987) et au n° 11/1993 sur la révision de la définition du SIDA en France qui comporte aussi en annexe II, la révision 1993 des systèmes de classification de l'infection VIH pour les adultes et les adolescents (BEH à se procurer dans les Directions départementales des Affaires Sanitaires et Sociales ou à la Direction Générale de la Santé, bureau VS2' tél. 46.62.45.54).

Pour toute information complémentaire, s'adresser à la division SIDA à la DGS, tél. : 46.62.45.64.

Par ailleurs, l'attention des commissions est rappelée sur la nécessité de se conformer aux dispositions de la lettre ministérielle du 22 octobre 1990 ainsi que de la circulaire DGS n° 44 du 17 juin 1991, relatives à l'accélération de la procédure d'examen par les COTOREP des demandes d'allocation aux adultes handicapés et des dossiers des personnes atteintes par le virus VIH.

#### **d) Taux attribué aux personnes atteintes de cécité.**

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

**e) Le taux de 100 %** est très exceptionnellement attribué et a été considéré comme devant être réservé aux incapacités totales par exemple un état végétatif ou coma. Inversement 0 % ne signifie pas l'absence de toute déficience, mais sa non reconnaissance dans le système établi par la loi de 1975.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Exemples:

- une déficience A entraîne une incapacité de 40 %, la capacité restante est de 60 %,
- une déficience B entraîne une incapacité chiffrable, selon le barème, à 20 %. L'incapacité résultant de cette deuxième déficience sera de 20 % de 60 % de capacité restante soit 12 %.

L'incapacité globale sera donc :

$40 \% + 12 \% = 52\%$  et ainsi de suite,

- dans le cas d'une troisième déficience, pour l'exemple choisi, la capacité restante serait de 48 %.

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

## **II - La démarche d'évaluation**

En pratique, le médecin fera la démarche suivante :

1°) diagnostic médical, connaissance du traitement éventuel, de sa lourdeur, de son retentissement sur la vie quotidienne.

2°) repérage des déficiences

3°) évaluation des incapacités

Cette dernière partie de l'examen médical doit être complétée par les observations des autres membres de l'équipe technique et par la lecture des autres pièces du dossier lorsque celles-ci renseignent sur les limitations fonctionnelles. En particulier pour les enfants, la prise en compte des bilans établis par les enseignants, les psychologues, les éducateurs et rééducateurs... est essentielle pour l'évaluation des incapacités.

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

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

## **L'appareillage**

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

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

## **Permanence des troubles - durée des décisions**

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

Il est rappelé à ce sujet que le **secret médical** doit être préservé. Le médecin expert ne doit pas communiquer le diagnostic aux autres membres de l'équipe technique. Il doit simplement décrire les conséquences prévisibles de celui-ci en terme de déficiences et d'incapacités, dans l'immédiat ainsi qu'à moyen et long terme.

Enfin, le secret médical doit se prolonger au-delà des commissions et les certificats médicaux doivent être gardés sous plis cachetés dans les dossiers.

Des examens réguliers doivent être prévus ; leur fréquence est laissée à l'appréciation de l'expert en fonction de l'affection responsable et de son évolutivité. Cependant, il convient de veiller à ne pas multiplier les démarches ou les examens inutiles quand l'état de la personne est stable, bien évalué et sans perspective de modification.

### **Les enfants.**

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

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

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

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

Les commissions seront attentives aux périodes plus sensibles :

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

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

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

### **III - Les renouvellements et les demandes en aggravation**

Le gouvernement, suivant en cela la revendication des associations nationales de personnes handicapées, a souhaité préserver les avantages acquis aux personnes handicapées dont le taux d'incapacité avait été fixé en référence au barème des anciens combattants.

Les articles 5 et 3 des décrets 93-1216 et 93-1217 précisent les modalités de mise en œuvre.

En premier lieu, si l'état de la personne ne s'est pas modifié, son taux d'incapacité est maintenu.

Dans le cas contraire, amélioration ou aggravation de l'état de la personne, l'évaluation d'un nouveau taux se fera uniquement avec le nouveau guide-barème.

En cas d'aggravation, le taux doit être proposé par l'expert et fixé par la commission en référence au nouveau guide-barème ; la commission retiendra le taux le plus élevé.

En cas d'erreur manifeste d'appréciation au cours du précédent examen effectué avant le 1er décembre 1993, la commission devra cependant se référer au barème des anciens combattants pour apporter la preuve de cette erreur.

#### **IV - Rappel de dispositions générales**

Il est rappelé que les commissions doivent examiner toutes les demandes, et statuer sans tenir compte des ressources des demandeurs. Le nouveau guide-barème est applicable aux demandes, premières demandes ou renouvellements, déposées après le 30 Novembre 1993.

Par ailleurs, toutes les décisions, particulièrement de rejet, doivent être motivées. La motivation devra préciser la nature de la demande : première demande, renouvellement ou demande en aggravation.

Les délais et les modalités de recours ne sont pas modifiés.

#### **En conclusion**

Ce barème est un guide méthodologique, destiné à unifier les pratiques des C.D.E.S. et des C.O.T.O.R.E.P.. Outil de travail simple, il permet d'apprécier les difficultés des personnes handicapées, quelle que soit la diversité des situations. Les différents degrés de sévérité sont précis, mais les commissions conservent une souplesse d'appréciation en particulier à l'intérieur de chacune des fourchettes.

Les certificats médicaux vont être prochainement modifiés afin de faciliter le travail des experts, des équipes techniques et des commissions.

Une évaluation et un suivi de la mise en application de ce nouveau barème vont être effectués. Je vous demanderais de bien vouloir saisir le bureau RV1 des difficultés que vous rencontrerez :

- Mme TAVE, médecin inspecteur de la santé, conseiller technique de la sous-direction R.V.A.S., pour les problèmes techniques, tél.: (1) 46.62.41.48,

- Mme ROQUET, Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales - bureau RVI, tél. (1) 46.62.41.41, pour les problèmes administratifs, juridiques, liés à l'application du barème.

Je vous demande de bien vouloir adresser un exemplaire de la présente circulaire à Monsieur le Président du Conseil Général, Monsieur le Directeur Départemental du Travail et de l'Emploi, à Monsieur l'Inspecteur d'Académie, ainsi qu'aux secrétariats de la CDES et de la COTOREP.

Le Directeur de l'Action Sociale

Michel THIERRY