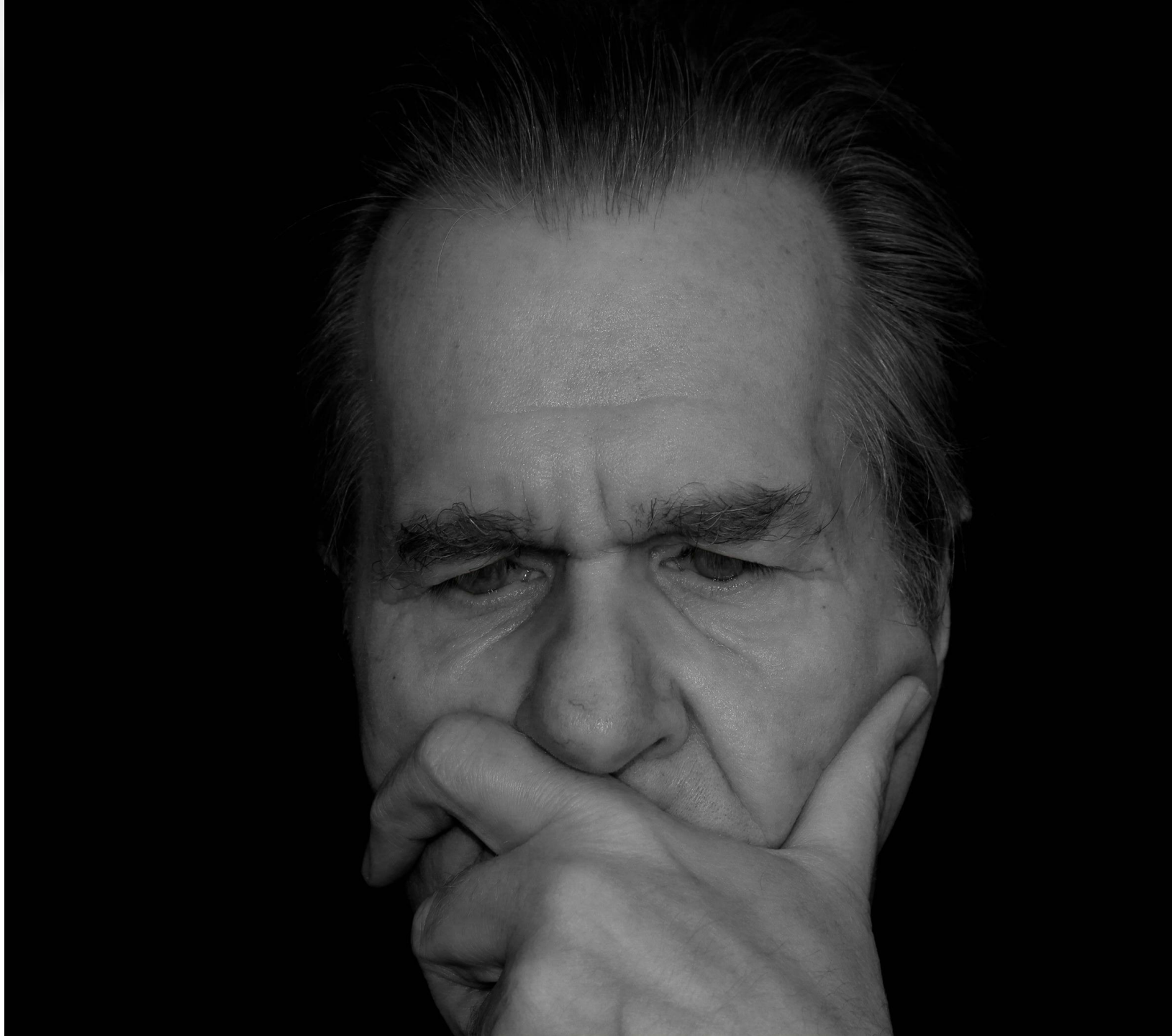


EDUPRAT

Prise en charge des patients en situation de handicap moteur

Présentation du GUIDE BAREME
Niveau 1



Programme de la Formation

01- Les Bases

02- Qu'est-ce que le Guide Barème?

03- Les évolutions du Guide Barème

04- L'Introduction générale au Guide Barème

05- L'Utilisation Pratique du Guide Barème

06- Les Cas Pratiques

07- La Conclusion

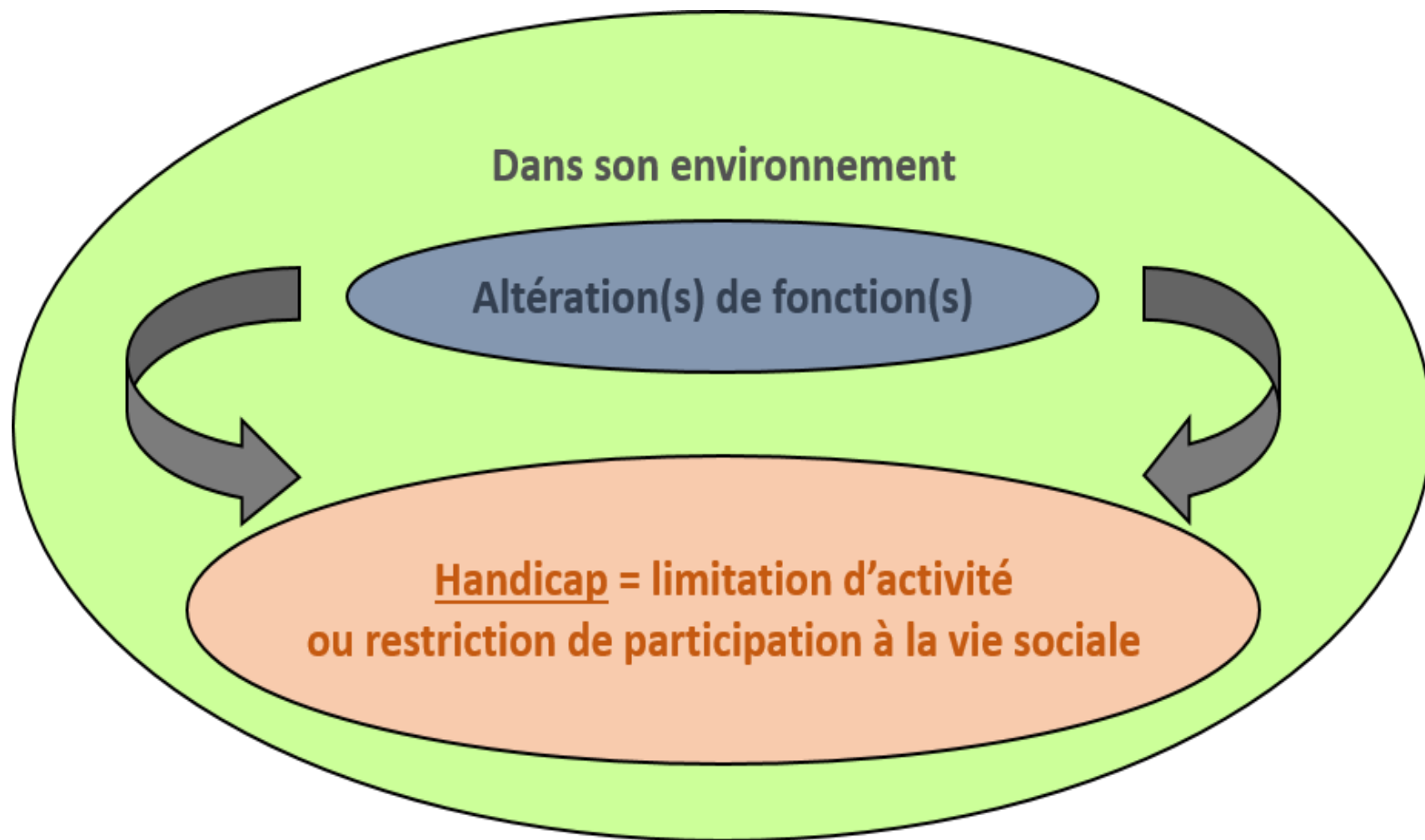
01

LES BASES



La 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 »



La Définition 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 [...] ».

Le Principe de la compensation

- Une conception **large du droit à compensation**, incluant les réponses individuelles et collectives, de droit commun ou spécifique, aux besoins des PH : la totalité de la compensation ne sera pas financée par des prestations spécifiques au handicap
- *« D'une part, autant de droit commun que possible et que souhaité ; d'autre part, autant de droits spécifiques que nécessaire...Il ne s'agit pas d'être dogmatique, ou d'imposer, il s'agit de construire nos réponses collectives à partir, et dans le respect, des besoins et des désirs des personnes » Sophie CLUZEL, comité stratégique Serafin PH le 14 novembre 2019*

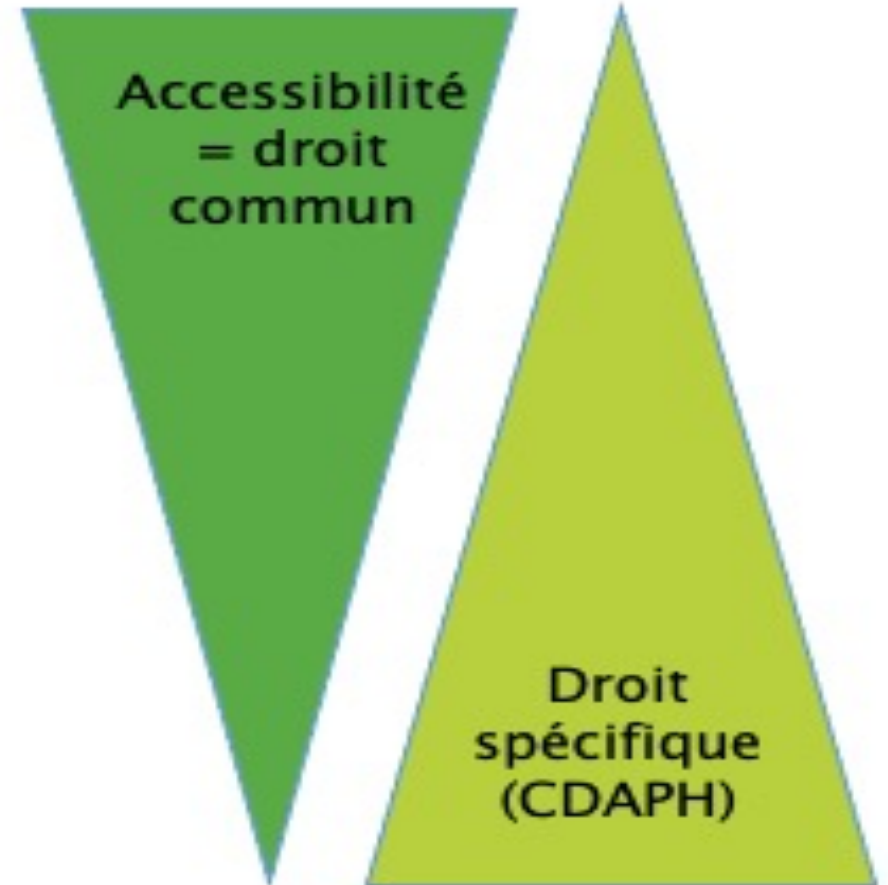
Le Principe de la compensation

COMPENSATION :

Accès au droit commun
de la population en
situation de handicap

**Adaptation du droit
commun**
dès lors que c'est
nécessaire

**Développement de
dispositifs spécifiques**
quand les besoins ne sont
pas résolus par les
réponses de droit commun



Le Rôle de l'équipe pluridisciplinaire

- Apprécier l'éligibilité aux différentes prestations
- Evaluer les besoins de compensation du handicap
- Préconiser les mesures de compensation :
 - Prévues par la réglementation,
 - Adaptées à la situation de handicap,
 - En rapport avec le projet de vie du demandeur.

L'équipe doit « éclairer » la commission : c'est une instance technique chargée de préparer les décisions de la CDAPH.

Le Rôle de l'équipe pluridisciplinaire



La composition de l'EPE

- Composée de professionnels de différents domaines : médecins, ergothérapeutes, travailleurs sociaux, enseignants, référents d'insertion professionnelle, psychologues, etc. (Art R 146-27 CASF).
- Composition à « géométrie variable » pour permettre l'évaluation des besoins de compensation quels que soient la nature de la demande et le type de handicap : varie en fonction des particularités de la situation.
- L'EP n'a pas vocation à regrouper toutes les compétences en interne mais elle doit avoir la possibilité de recourir aux compétences externes nécessaires.

ORGANISATION DES MDPH

Commission Exécutive

Assoc. Pers. Hand. 25 %	Conseil général 50 %	État, SS, Autres 25 %
-------------------------	----------------------	-----------------------

Administre la
MDPH

CDAPH

Commission des Droits et de l'Autonomie des
personnes handicapées

Conseil Général	DDCS	DIRECCTE	Education nationale	ARS	Sécurité sociale
Asso. Pers Hand	Asso. Parents d'élèves	Org. Syndicales	ESMS	CDCPH	

Attribue les
droits et
prestations

Équipe Pluridisciplinaire

Assistance sociale	Médecin	Ergothérapeute	Psychologue
Service public de l'emploi	Infirmiers	Enseignants spécialisés	ETC...

Evalue et
préconise

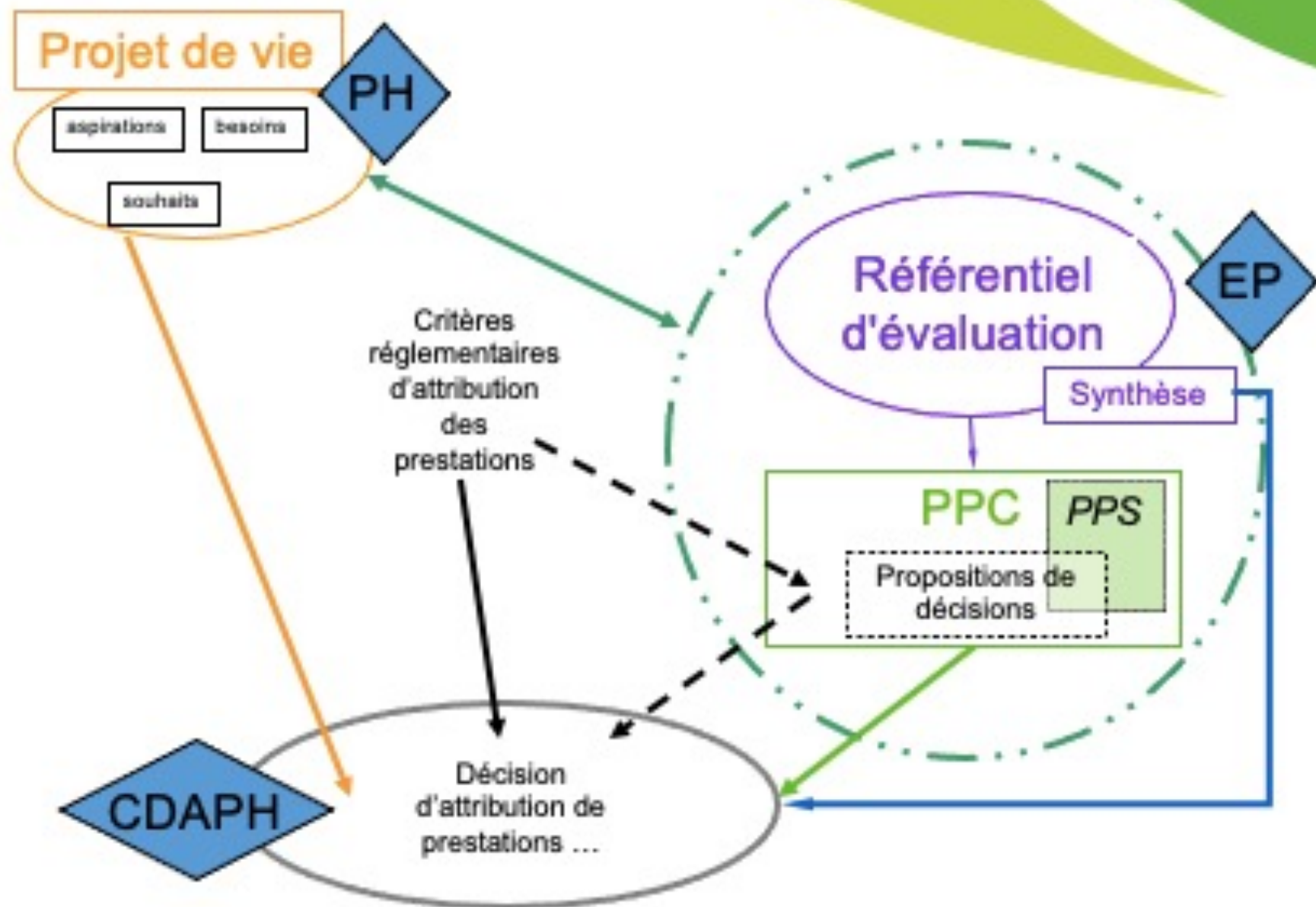
Les étapes de la démarche d'évaluation



4 phases distinctes :

- **capitalisation d'informations entrantes , évaluation de la situation:** recherche des informations pertinentes, prise de connaissance du dossier, mise en commun des informations, mettre en cohérence les données issues des différents acteurs , professionnels (médico-social, professionnel, sanitaire, scolaire, social)
- **identification des besoins en tenant compte du projet de vie**
- mobilisation des référentiels d'éligibilité (Guide Barème et PCH)
- **élabore les réponses aux besoins en fonction de la réglementation en vigueur et du projet de vie, construction des réponses,** réalisation du PPC, propose un plan personnalisé de compensation à partir d'un consensus de l'équipe sur la situation ou au moins de l'avis de la majorité ,identification du risque de non mise en œuvre de la décision

➤ Evaluation individualisée & approche pluridisciplinaire, globale et multidimensionnelle.



Le Recueil d'informations

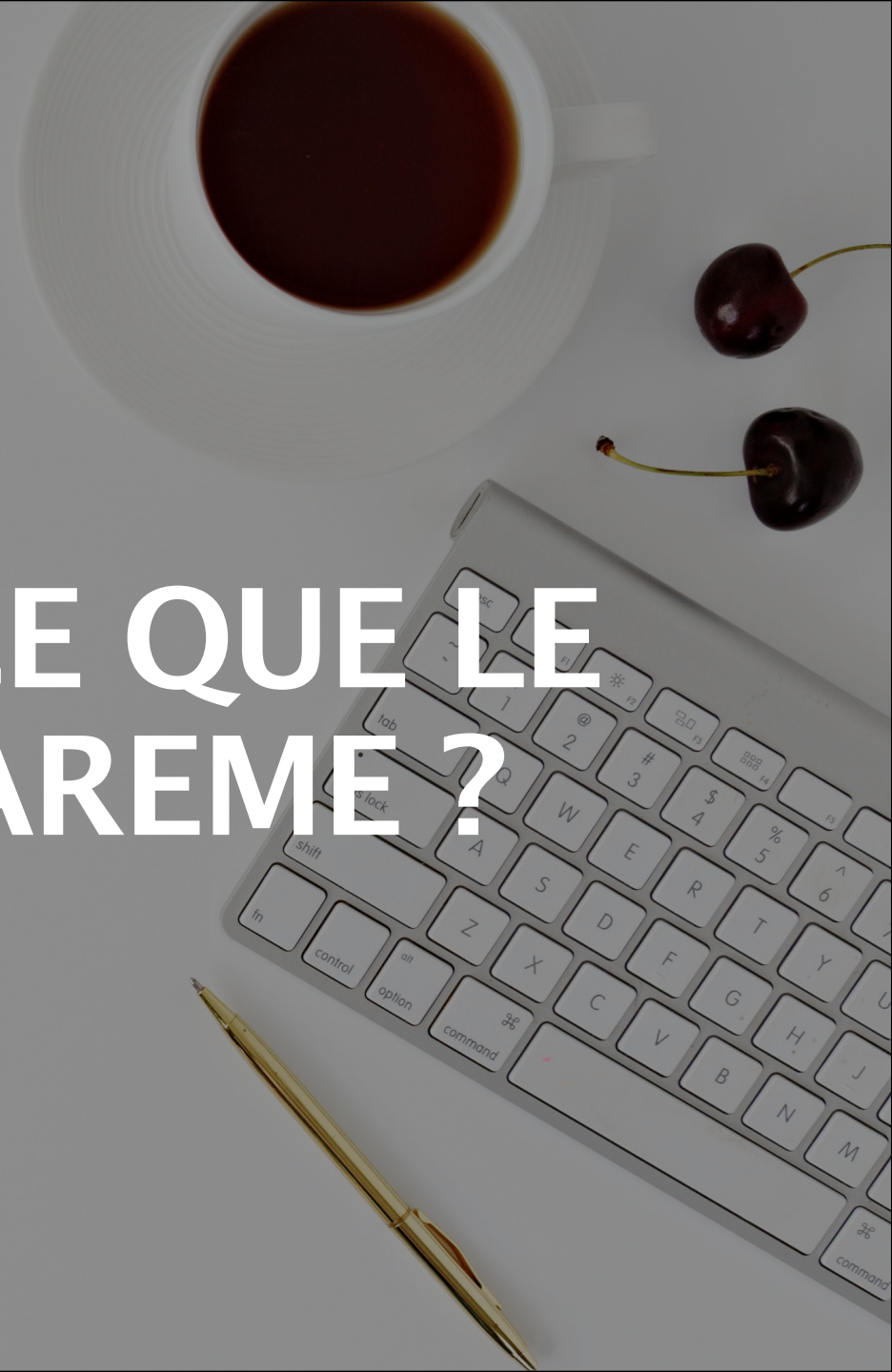
La détermination du taux dépend de la qualité (pertinence) des informations recueillies

Le recueil d'informations sanitaires et sociales permet l'évaluation de la situation de handicap

Les Cerfa° (formulaire de demande et certificat médical) visent à améliorer ce recueil et l'expression de l'utilisateur sur son projet de vie

02

QU'EST-CE QUE LE
GUIDE BAREME ?



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

décret n°2007-1574 du 6 novembre 2007.

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.

L'Objet du Guide-Barème

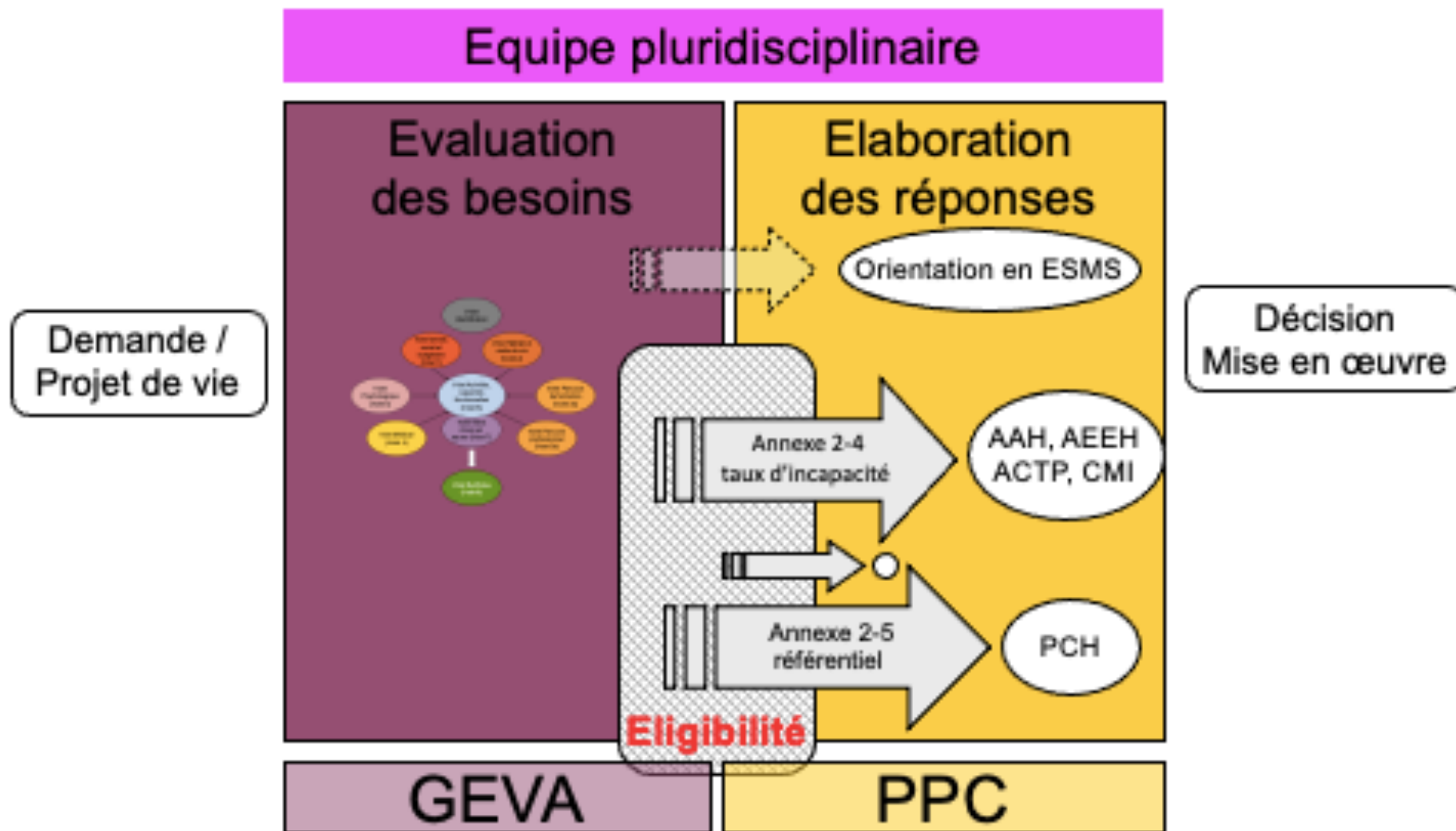
Le Guide-Barème a pour objectif de permettre la détermination d'un taux d'incapacité.

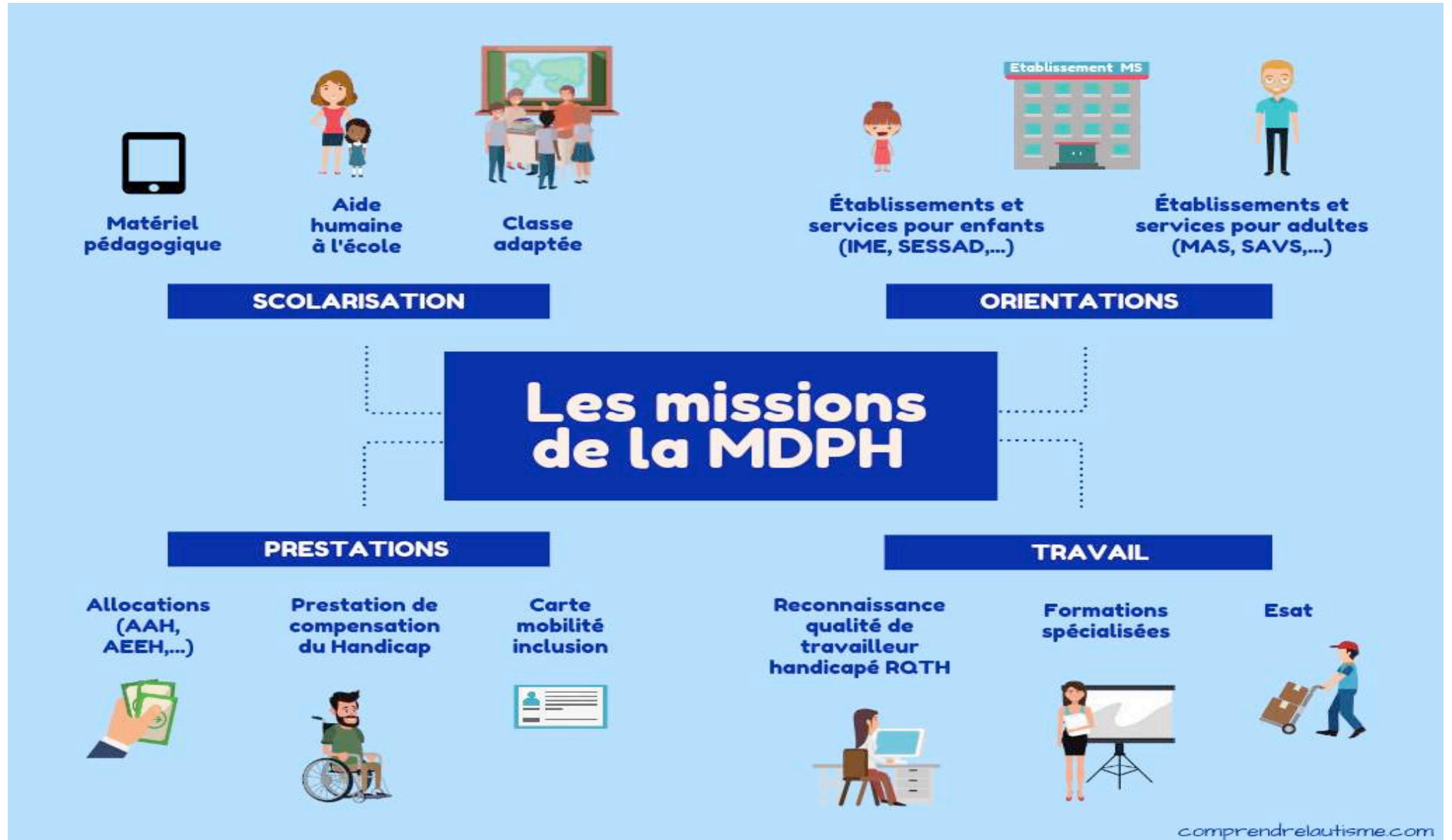
Ce taux est nécessaire pour déterminer l'éligibilité à certains droits sociaux liés au handicap (P 6 du GB):

< à 20 ans: Allocation Education de l'Enfant Handicapé, Prestation de Compensation du Handicap.

> 20 ans: Allocation Adulte Handicapé, Complément de Ressources, renouvellement ou révision des Allocations Compensatrices (pour Tierce Personne , Frais Professionnels).

Pour tous, attribution des mentions Invalidité ou Priorité de la carte mobilité-inclusion, affiliation de l'aidant au régime vieillesse.





Le Guide Barème/MDPH

- Le Guide Barème est un guide méthodologique permettant à l'équipe pluridisciplinaire:
 - d'apprécier le handicap
 - de définir les 3 fourchettes de taux utiles (moins de 50, de 50 à moins de 80%, 80% et plus)
- Ce n'est pas un outil exclusivement médical : la loi du 12 février 2005 précise explicitement, comme la circulaire de 1993 auparavant, que c'est l'équipe pluridisciplinaire qui évalue le taux d'incapacité.

03

LES EVOLUTIONS
DU GUIDE BAREME



Les Evolutions du Guide Barème

1- **Guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées**, instauré par le [décret n° 93-1216 du 4 novembre 1993](#), ce qui a permis d'abandonner le guide barème des invalidités des anciens combattants datant de 1919, mis en place à l'époque par le ministère de manière à déterminer le montant de leur pension d'invalidité.

Publication par décret n°93-1216 du 4 novembre 1993 instaurant huit grandes catégories de déficiences (déficiences intellectuelles et difficultés du comportement, déficiences du psychisme, déficiences de l'audition, déficiences du langage et de la parole, déficiences de la vision, déficiences viscérales et générales, déficiences de l'appareil locomoteur, déficiences esthétiques).

2- Transformé en **annexe 2-4** de la [partie réglementaire du code de l'action sociale et des familles](#) par le [décret n° 2004-1136 du 21 octobre 2004](#) .

3- Modifié par le [décret n° 2007-1574 du 6 novembre 2007](#).

Annexe 1 : « Introduction générale au Guide-Barème »

Annexe 2: « Chapitre VI : Déficiences viscérales et générales »

Le décret du 6 novembre 2007 ajoute une introduction et remplace entièrement le chapitre VI sur les déficiences viscérales et générales.

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.

L'évolution des Concepts du Guide Barème pour un langage commun

En 1993, le guide barème a été fondé sur les concepts de la CIH (Classification Internationale du Handicap), basée sur les travaux du britannique Philip Wood (rhumatologue et professeur de santé publique à Manchester).

Trouble ou

maladie → déficience → incapacité → désavantage

1993 : Les Concepts de la CIH

- Déficience: Toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique = aspect lésionnel.
- Incapacité: Toute réduction (résultant d'une déficience), partielle ou totale, de la capacité à accomplir une activité = aspect fonctionnel.
- Désavantage: Limitation voire impossibilité de l'accomplissement d'un rôle social normal en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels = aspect situationnel.

2007 : La CIF (Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé)

- Adoptée par l'Organisation Mondiale de la Santé en mai 2001.
- Modèle interactif prenant en compte l'environnement (comme dimension à part entière de la classification).
- Largement citée comme support conceptuel lors des débats de la Loi Handicap de 2005.
- Cherchant à décrire le handicap au sein d'un modèle universel et non discriminatoire du fonctionnement humain (vocabulaire neutre).

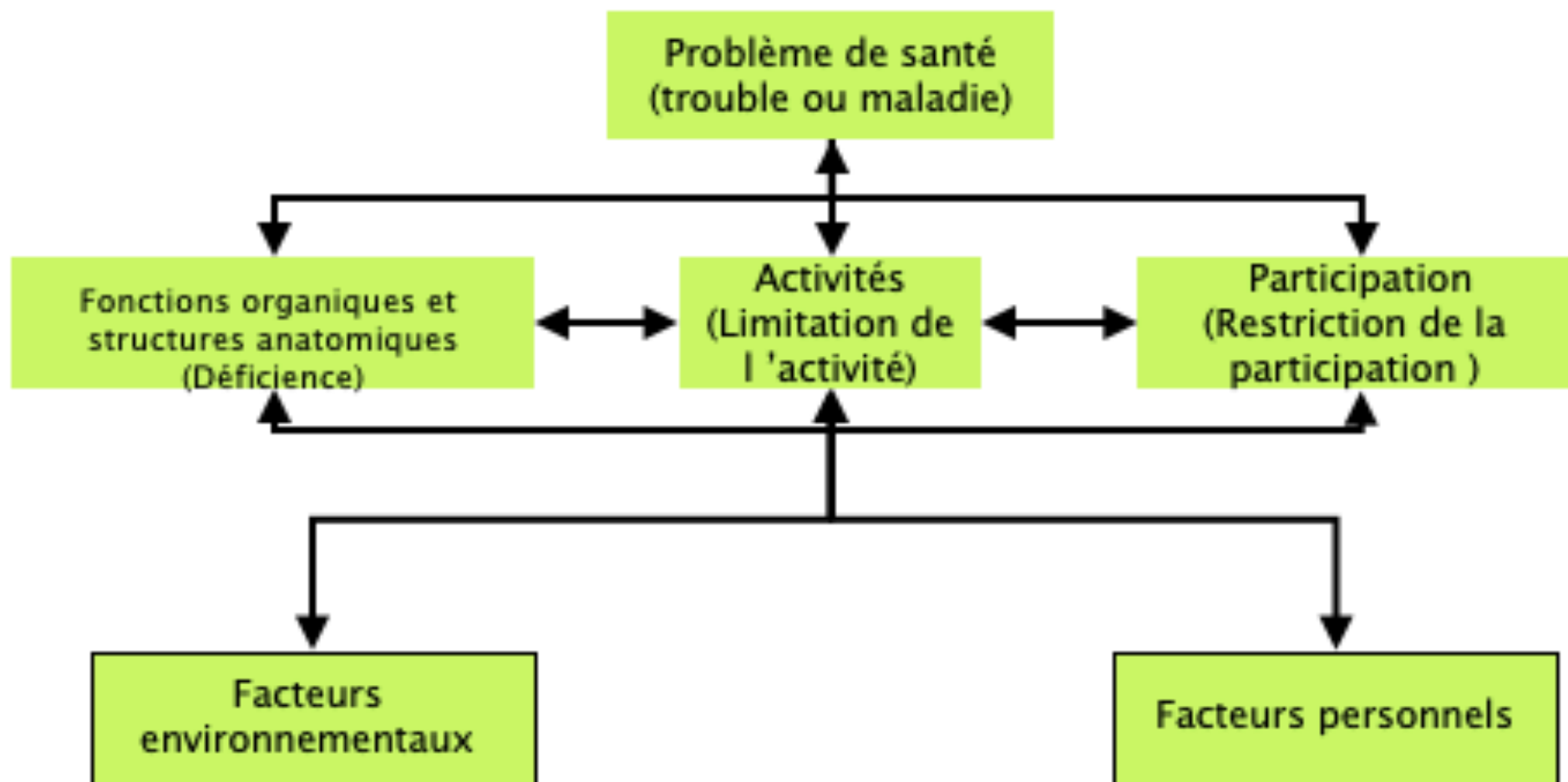
En 2007, les modifications introduites font le lien avec la définition du handicap de la loi de 2005 et les concepts de la CIF (Classification Internationale du Fonctionnement):

Altérations de fonctions

→ limitation d'activité

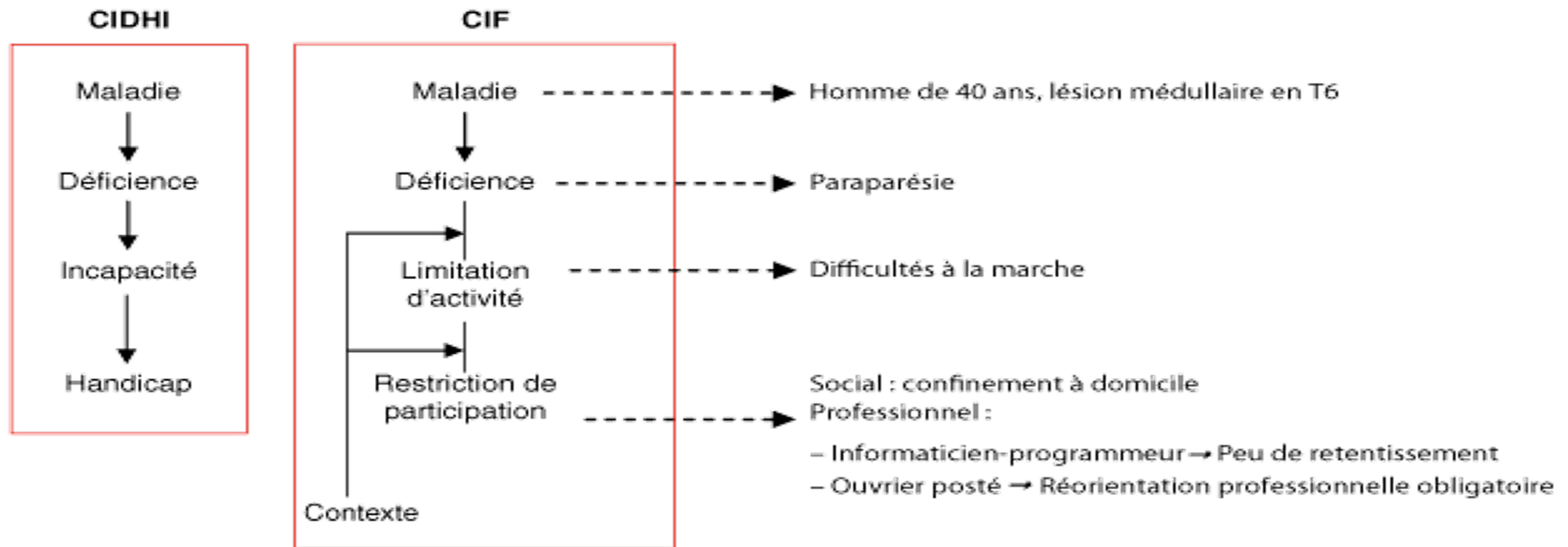
→ restriction de participation

Le modèle de la CIF



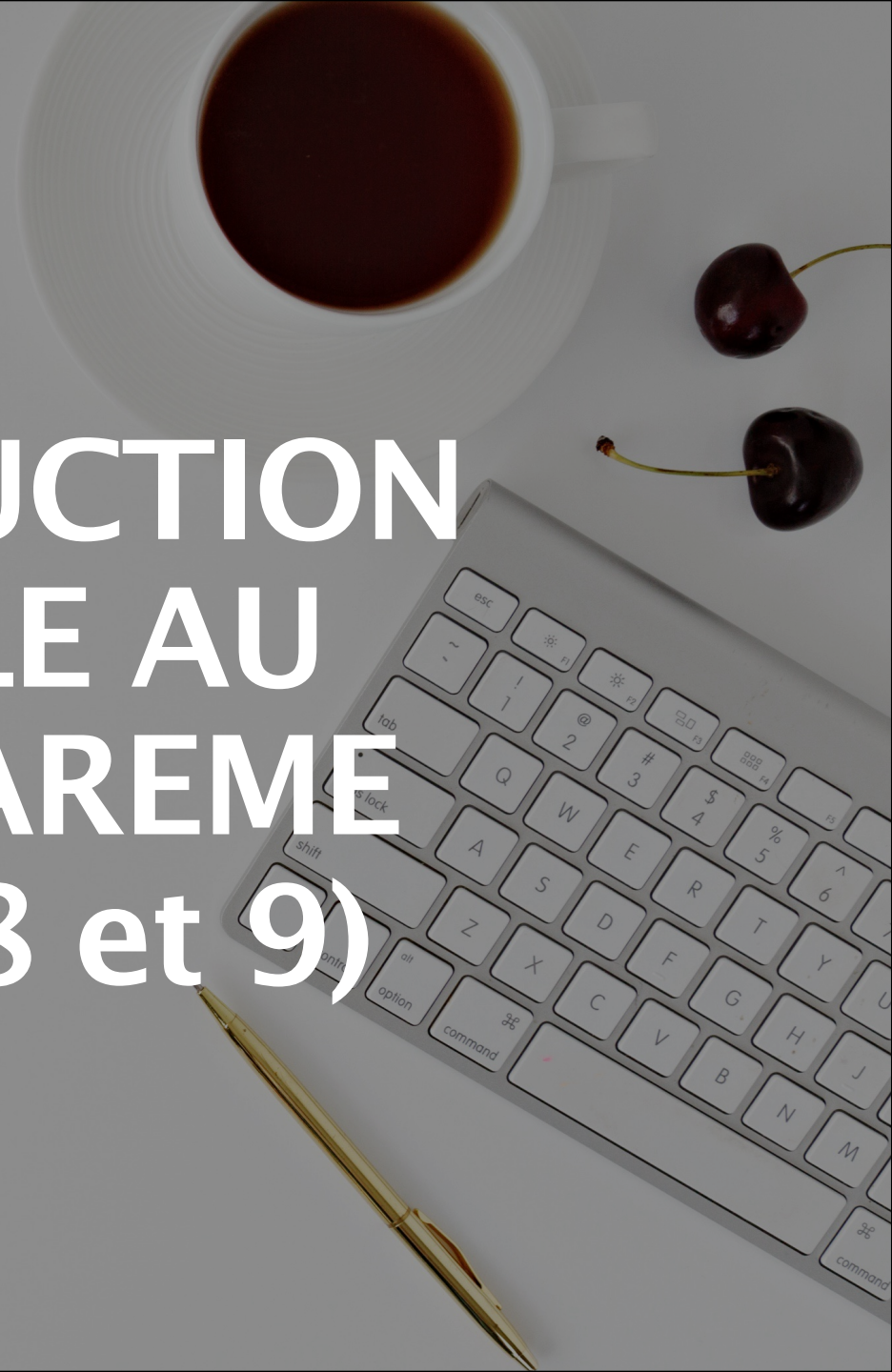
Caractère multidimensionnel du handicap

Ainsi, deux individus ayant le même problème de santé peuvent avoir des types et des degrés de handicap différents selon le milieu dans lequel ils vivent, et en fonction de leur âge, sexe, origine sociale et projet de vie.



04

**INTRODUCTION
GENERALE AU
GUIDE BAREME
(Page 7, 8 et 9)**



Le Guide Barème fut modifié par le [décret n° 2007-1574 du 6 novembre 2007](#).

Annexe 1 : « Introduction générale au Guide-Barème »

Annexe 2: « Chapitre VI : Déficiences viscérales et générales »

Le décret du 6 novembre 2007 ajoute une introduction et remplace entièrement le chapitre VI sur les déficiences viscérales et générales.

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.

Les Principes du Guide Barème

- 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 :

- Légère : 1 à 15%
- Modérée : 20 à 45%
- Importante : 50 à 75%
- Sévère ou grave : supérieur à 80%

Exceptionnellement trois ou cinq

Permettent de guider l'équipe pluridisciplinaire dans l'appréciation de la fourchette de taux.

Les Définitions des Taux seuils 50 et 80 %

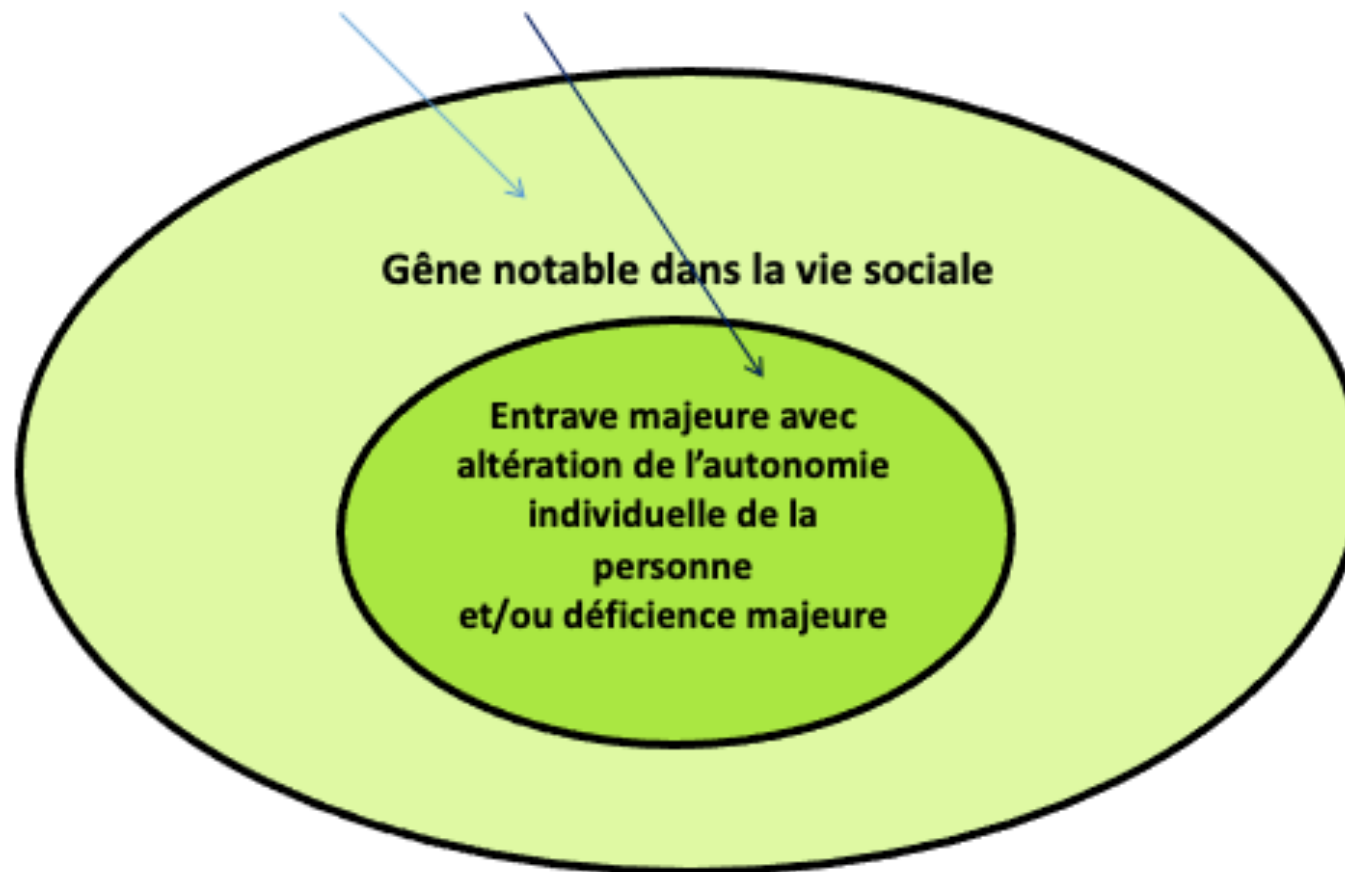
- **Le taux de 50%** correspond à des troubles importants entraînant une gêne notable dans la vie sociale de la personne, soit concrètement repérée soit compensée pour une vie sociale préservée, mais au prix d'efforts importants ou de la mobilisation d'une compensation spécifique.

Toutefois, l'autonomie est conservée pour les actes élémentaires de la vie quotidienne.

- **Le taux de 80%** correspond à des troubles graves entraînant une entrave majeure dans la vie quotidienne de la personne avec une atteinte de son autonomie individuelle. Dès lors que, pour les actes de la vie quotidienne qualifiés d'essentiels, la personne doit être aidée totalement, partiellement, surveillée dans leur accomplissement ou ne les effectue qu'avec les plus grandes difficultés, le taux de 80% est atteint. Également, en cas de déficience sévère avec abolition d'une fonction.

Les Taux seuils

les taux seuils de 50% et 80%



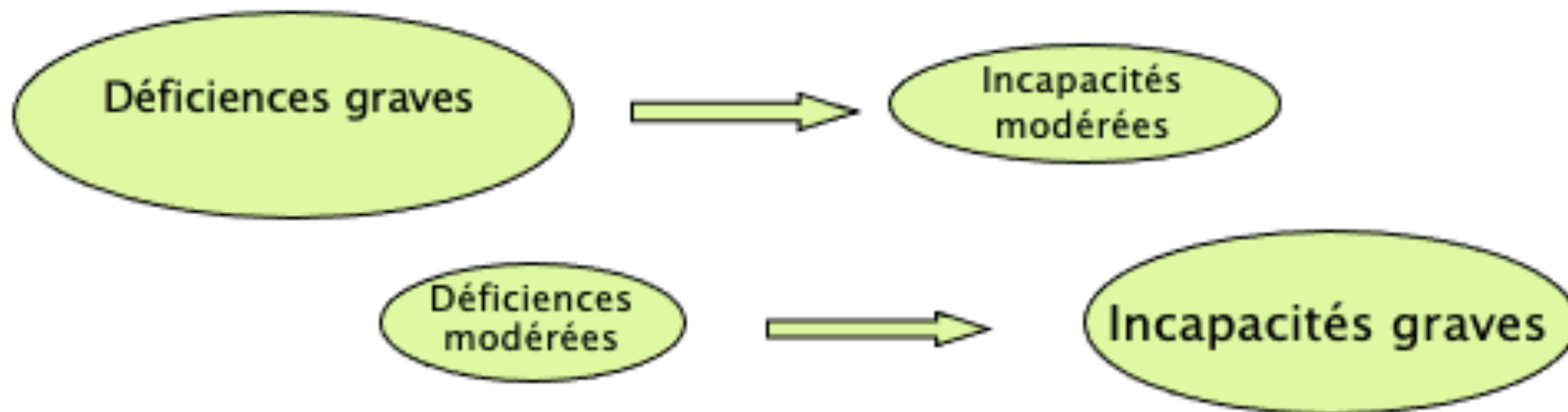
Les actes élémentaires de la vie quotidienne

Les actes de la vie quotidienne (AVQ), 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).

Autres points abordés dans l'introduction

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



- Des déficiences bien compensées par un traitement peuvent entraîner des désavantages majeurs dans l'insertion sociale, scolaire ou professionnelle de la personne, notamment du fait des contraintes liées à ce traitement.
- Approche globale :
 - Les taux mentionnés dans les différents chapitres ne s'ajoutent pas de façon arithmétique (sauf précision contraire : 5 cas dans le guide).
- 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.

- 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.

(Importance du diagnostic pour le pronostic de cette durée)

- Pour les jeunes :
 - L'enfance et l'adolescence sont des phases de développement et d'apprentissage.
 - Prendre en compte l'impact ultérieurement possible sur le développement.
 - Prise en compte des impacts / contraintes de prise en charge ou des compensations diverses sur la vie du jeune et de son entourage proche(en général familial).

05

L'UTILISATION
PRATIQUE DU
GUIDE BARÈME



1ère étape : L'Entrée dans le champ du Handicap

Définition du Handicap

« 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 »

Art. L. 114 du CASF

Code de l'Action Sociale et des

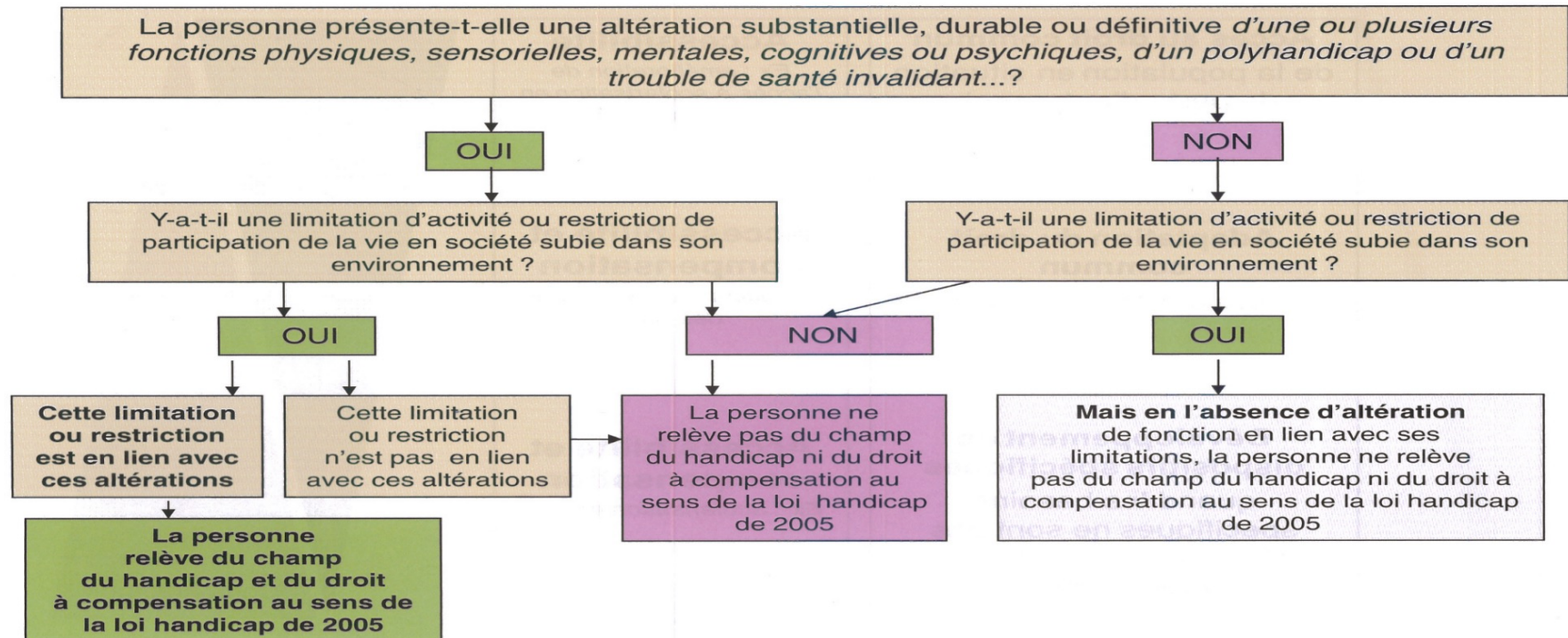
Familles

Entrée dans le champ du handicap

P 4 du Guide-Barème



Schématisation de la définition du handicap



L'utilisation pratique du guide barème

Plusieurs phases :

- Prise de connaissance du diagnostic
- Repérage des altérations de fonctions
- Appréciation des limitations d'activité
- Analyse des restrictions de participation

La connaissance du diagnostic

- Permet au médecin de l'équipe pluridisciplinaire d'avoir des informations sur :
 - Le traitement (modalités, effets secondaires ...)
 - L'évolutivité et le pronostic de l'état de la personne
 - Les restrictions d'activités à rechercher
- Utile aussi pour apprécier la cohérence des données présentées à l'appui du dossier
- Ne permet pas à lui seul une évaluation de la situation de handicap dans sa globalité
- Il ne peut y avoir de raccourci entre un diagnostic et un taux d'incapacité

Repérage des altérations de fonctions

- Déficiences : toute perte ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique.
 - Correspond à l'aspect lésionnel, mais n'indique pas forcément l'existence d'une maladie.
 - Elle peut être temporaire ou permanente.
 - S'analyse notamment à partir des signes cliniques et du résultat des examens complémentaires.
 - Désigne un écart par rapport à des normes (écart défini par rapport à la moyenne de la population dans la CIF).
 - Les déficiences constituent le point d'entrée dans les chapitres du guide barème.
 - Mais le taux est fixé en fonction des incapacités/limitations d'activité et des désavantages/restrictions de participation.

Appréciation des limitations d'activité

- Incapacité.

« 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 ».

- C'est une limitation fonctionnelle.
- Peut-être temporaire ou permanente, réversible ou non, progressive ou régressive.

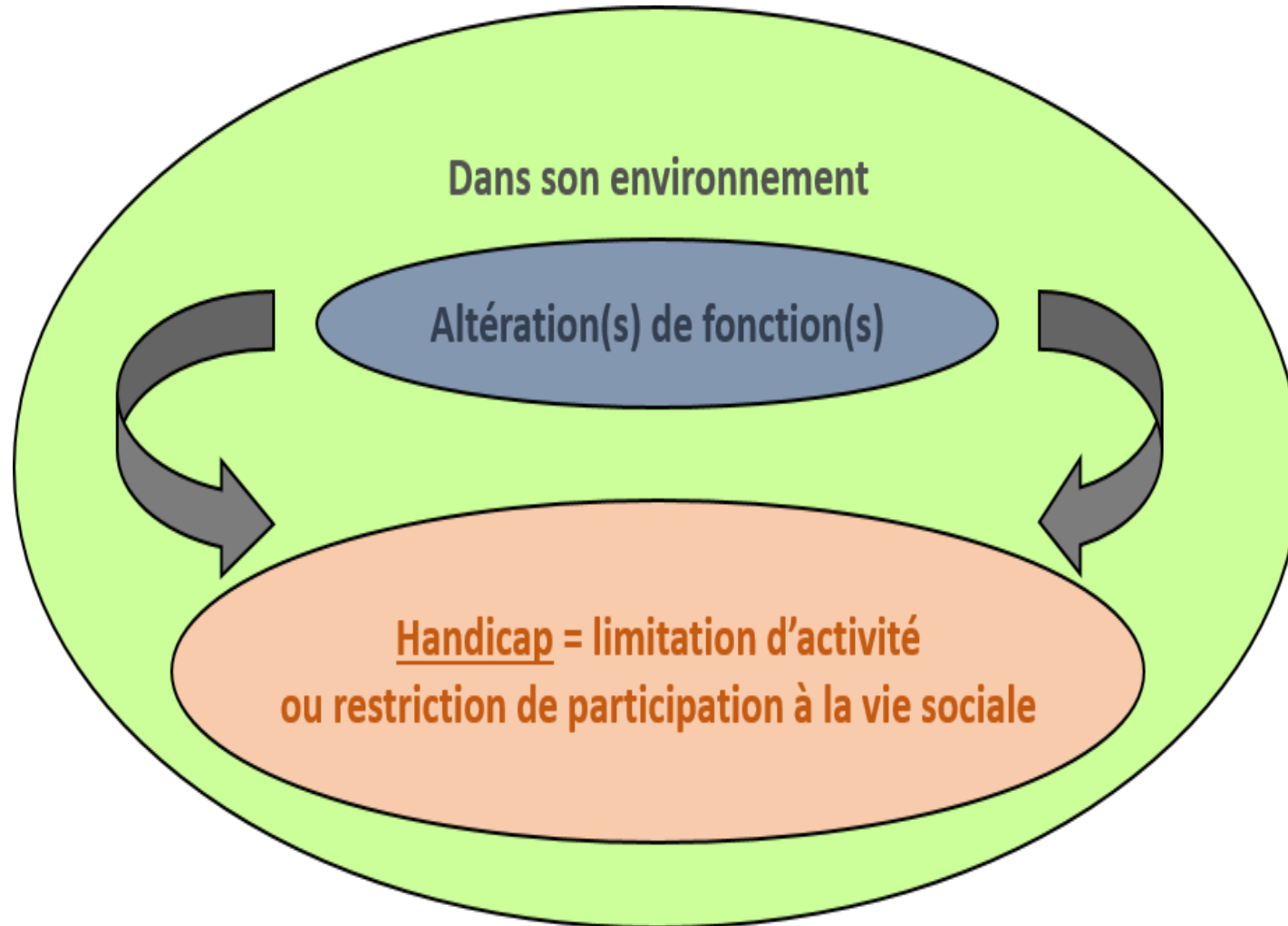
- Appréciation des limitations d'activité.

- L'incapacité se traduit par des limitations pour la réalisation d'activités de la vie quotidienne tels que
 - Les soins corporels
 - La marche
 - Les manipulations
 - La communication
 - Le comportement.

Analyse des restrictions de participation

- Désavantage : « Résulte d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels.
 - Correspond à l'interaction entre la personne porteuse de déficiences ou d'incapacités et son environnement.
- Les principaux rôles à envisager concernent la possibilité :
 - De mener une existence indépendante.
 - De se déplacer ou de s'orienter dans l'environnement.
 - D'avoir une occupation (travail..).
 - D'avoir un rôle social.

Le modèle de la Loi de 2005





Déficience motrice
(amputation)



Allergies



Maladies
invalidantes



Maladies
cardio-vasculaires



Déficience auditive



Déficience intellectuelle
ou handicap mental



Déficience visuelle



Déficience psychique
ou maladie mentale



Déficience motrice



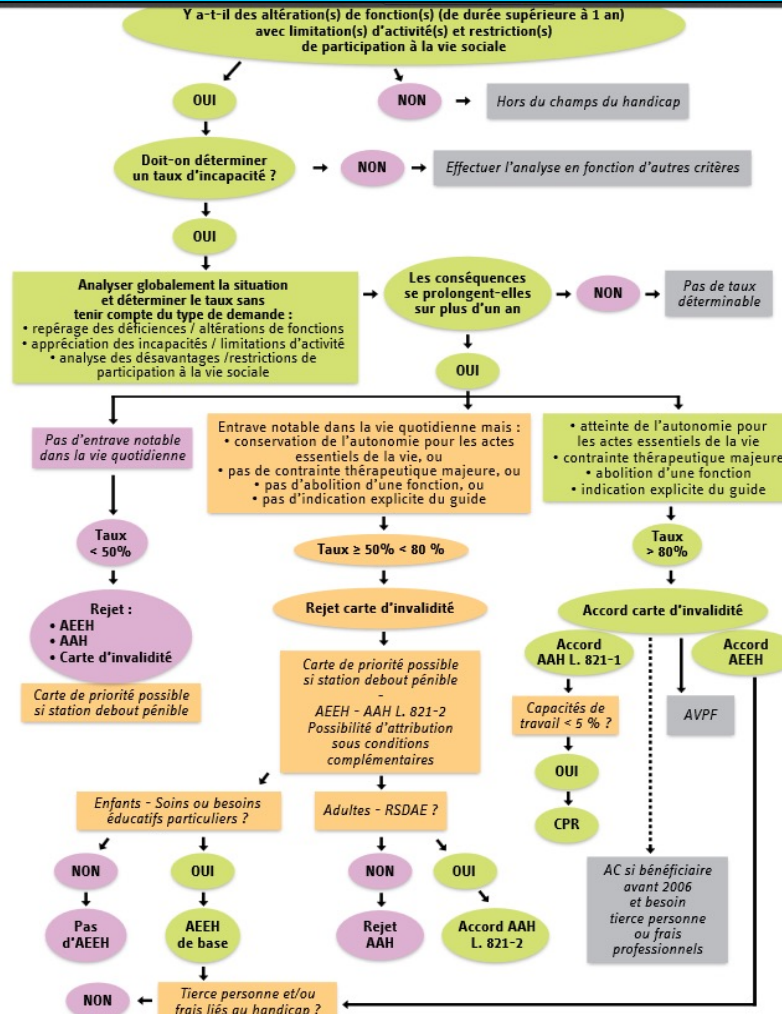
...

2^{ème} étape :

La Fixation du Taux

Eligibilités dépendant du taux

(p. 6 du Guide des éligibilités - CNSA)



Oui , mais à une condition!

La durée prévisible des conséquences doit cependant être au moins égale à un an pour déterminer le taux.

Comment ?

- Le 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, Incapacité, Désavantage.
- 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.

Les taux seuils de 50 et 80 %

Le taux de 50% correspond à des troubles importants entraînant une gêne notable dans la vie sociale de la personne, soit concrètement repérée soit compensée pour une vie sociale 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.

4 possibilités pour un taux 80 %

Selon la définition:

- 1- Entrave majeure dans la vie quotidienne de la personne avec une atteinte de son autonomie individuelle
- 2- En cas d'abolition d'une fonction

Mais aussi:

- 3- Indications explicites du Guide Barème: Anomalies chromosomiques autosomiques (Trisomie , monosomie) ou surdité bilatérale chez l'enfant découverte avant 3 ans.
- 4- Contrainte thérapeutique majeure

1^{ère} possibilité: Entrave majeure dans la vie quotidienne de la personne avec une atteinte de son autonomie individuelle

- **Le taux de 80%** correspond à des troubles graves entraînant une entrave majeure dans la vie quotidienne de la personne avec une atteinte de son autonomie individuelle.

Dès lors que, pour les actes de la vie quotidienne qualifiés d'essentiels, la personne doit être aidée totalement, partiellement, surveillée dans leur accomplissement ou ne les effectue qu'avec les plus grandes difficultés, le taux de 80% est atteint.

Les Actes de la Vie Quotidienne

Les actes de la vie quotidienne (AVQ), 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).

Atteinte de l'autonomie individuelle

Dès lors que, pour les actes de la vie quotidienne qualifiés d'essentiels, la personne doit être:

- aidée totalement, partiellement (y compris stimulation, sollicitation)
- surveillée dans leur accomplissement
- ne les effectue qu'avec les plus grandes difficultés

2^{ème} possibilité : En cas d'abolition d'une fonction

Le taux de 80%

Également, en cas de déficience sévère avec abolition d'une fonction.

a) Définition de la Fonction

La fonction est un processus ou un ensemble d'actions coordonnées concourant au fonctionnement d'un organisme , accomplies par un ou plusieurs organes : fonction respiratoire , fonction circulatoire , etc.

b) Définition de l'Abolition de Fonction

Altération définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou Psychiques.

Abolition de la Fonction Physique

- Abolition de la fonction urinaire (Incontinence urinaire , à comparer avec un sujet du même âge)
- Abolition de la fonction de digestion (Incontinence fécale , stomie , etc.)
- Abolition de la fonction rénale (Insuffisance rénale sévère , dialyse, etc.)
- Abolition de la fonction respiratoire (Insuffisance respiratoire chronique avec dyspnée au moindre effort , oxygénothérapie de longue durée , etc.)
- Abolition de la fonction cardiaque (Insuffisance cardiaque grave avec dyspnée au moindre effort , etc.)

Abolition de la Fonction sensorielle

- Abolition de la Fonction Visuelle (Cécité)
- Abolition de la Fonction Auditive (Surdité)

Abolition de la Fonction Mentale

Retard mental profond

Abolition de la Fonction Cognitive

- Démences
- Maladie d'Alzheimer

Abolition de la Fonction Psychique

Au cas par cas:

- Psychose paranoïde,
- Schizophrénie avec hallucinations , délires
- Quand discernement aboli, inadapté à la réalité , ne se comporte pas de façon logique et sensée.

3^{ème} possibilité : Indication explicite du Guide
Barème: Anomalies chromosomiques
autosomiques/Nombre
(Trisomie , monosomie)
ou surdité bilatérale chez l'enfant découverte
avant 3 ans.

Indication explicite du guide barème

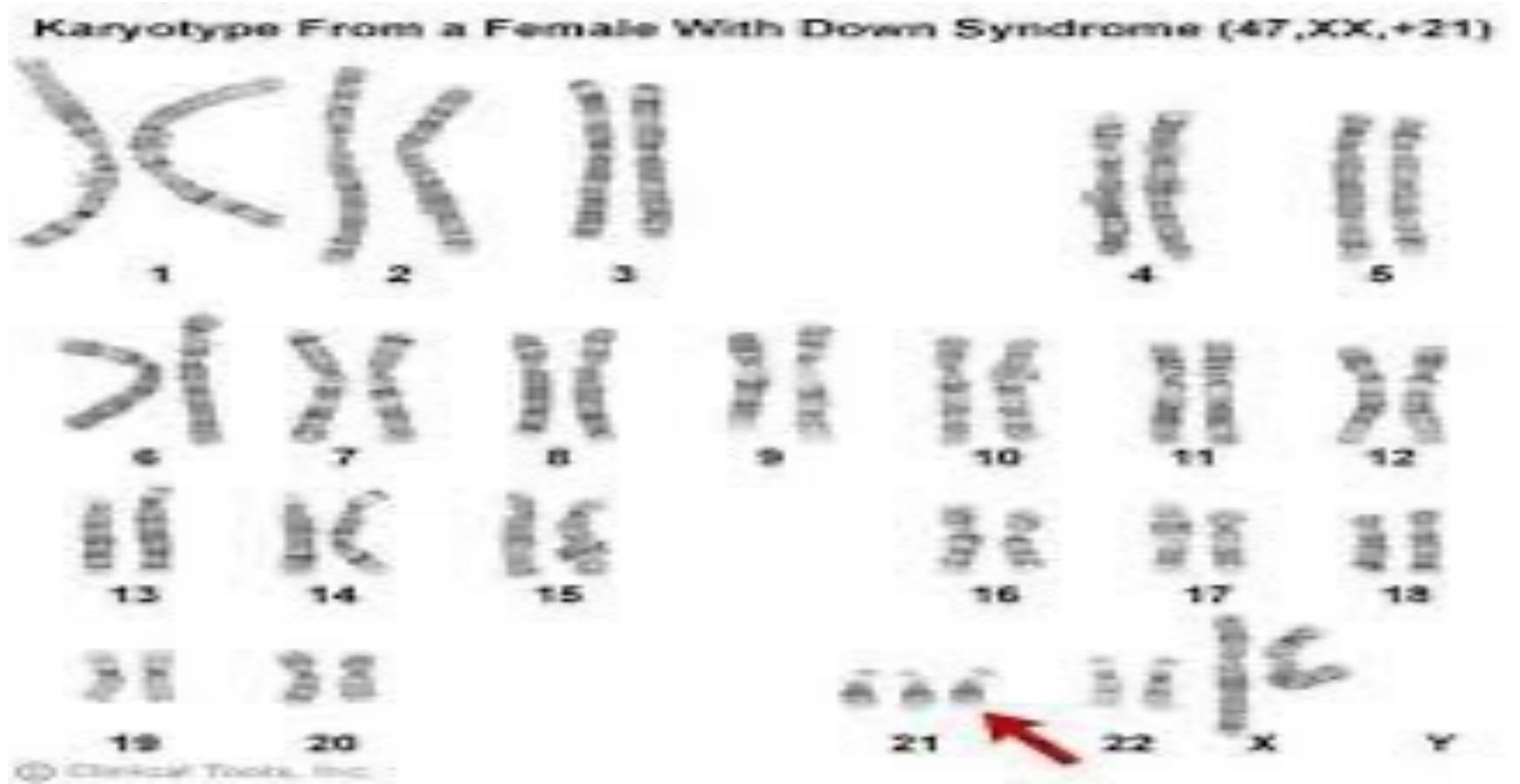
- Cas particulier des anomalies chromosomiques :
 - Trisomies (une paire de chromosome est un triplet) et monosomies autosomiques (manque un chromosome) => 80%
 - Anomalies gonosomiques (chromosome sexuel) => au moins 50%

Caryotype Normal

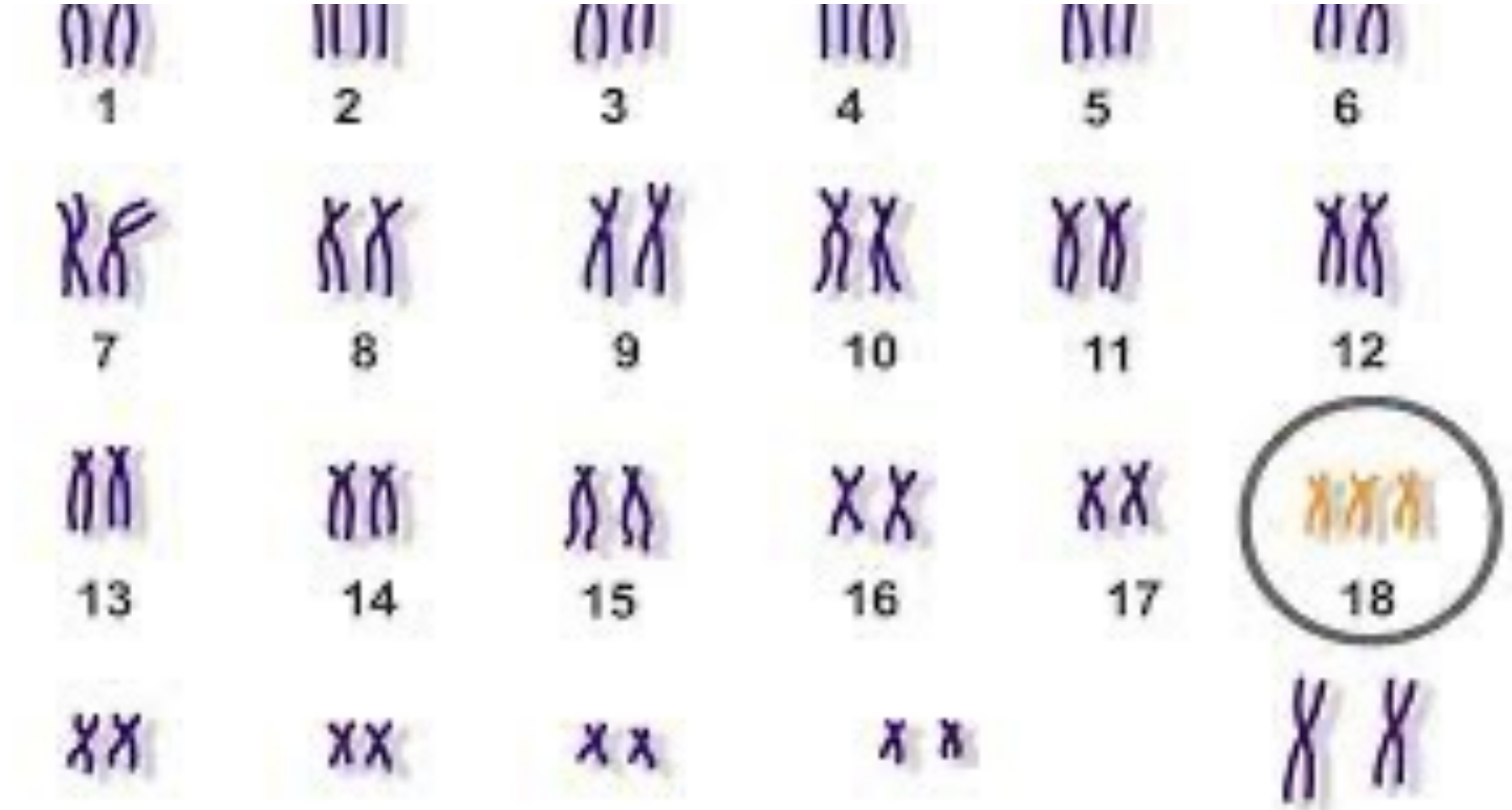
22 paires de chromosomes autosomiques et 1 paire de chromosomes sexuels



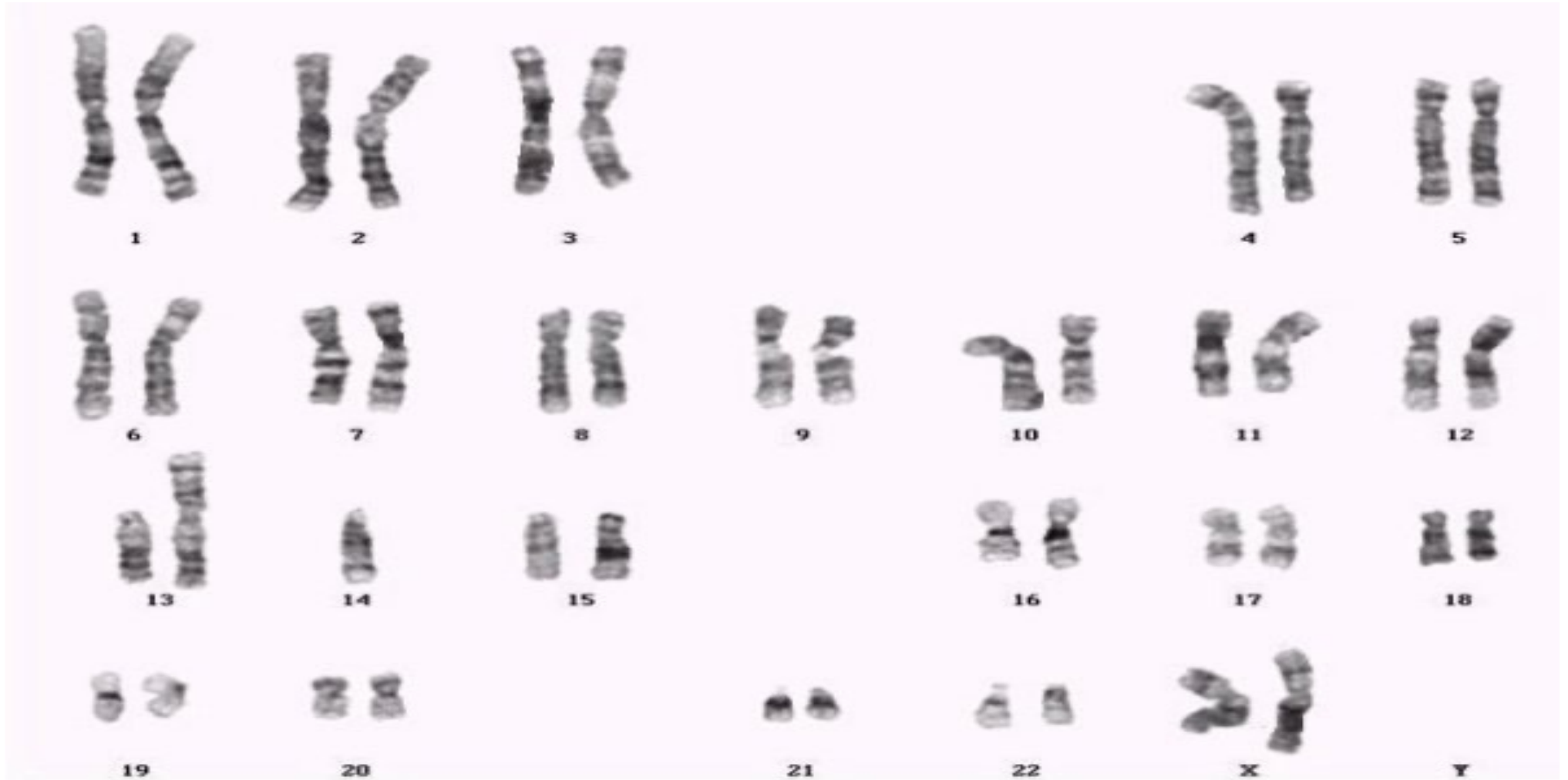
Trisomie 21



Trisomie 18



Monosomie



Surdité bilatérale avant 3 ans

- 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.

4^{ème} possibilité : Contrainte thérapeutique majeure

Définition des contraintes thérapeutiques majeures

Elles sont liées 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.

Contrainte Thérapeutique Majeure

Les contraintes des déficiences bien compensées par un traitement peuvent entraîner des désavantages majeurs dans l'insertion sociale, scolaire ou professionnelle de la personne, notamment du fait des contraintes liées à ce traitement.

- 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...), les interactions médicamenteuses
- 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 ; ex: régime cétogène
- Contraintes liées à la charge affective des troubles.

06

CAS PRATIQUES



Pour chaque cas pratique:

1- Etes-vous sur un taux $>$ ou $=$ à 80% ou non ?

2- Pourquoi?

- Abolition de fonction
- Indications explicites du guide barème
- Contrainte thérapeutique majeure
- Entrave majeure dans la vie quotidienne avec une atteinte de son autonomie individuelle)

Cas Pratique 1

Amputation traumatique du membre supérieur droit (gaucher) il y a 10 mois. Prothèse esthétique envisagée mais n'a pas pu être appareillée car ne tolère pas les différents appareillages proposés (douleurs du moignon et troubles trophiques).

Toujours en arrêt accident de travail avec indemnités journalières. Ne conduit plus et n'a repris aucune de ses activités de loisir. Sa femme doit l'aider pour la toilette et l'habillage.

Cas Pratique 2

Homme 67 ans

Bronchite chronique + emphysème , aggravation progressive

Dyspnée d'effort à la parole

Traitement médicamenteux

Pas de rééducation fonctionnelle possible

Autonomie: besoin d'une aide pour certains actes essentiels de la vie quotidienne : marcher, s'habiller

station debout pénible

surveillance constante, autre que médicale

aide d'une tierce personne, quotidienne mais discontinue

Cas Pratique 3

Jeune fille de 22 ans

Présente une trisomie 21.

QI total déterminé comme étant à 65. Etait en IME. Sait lire , écrire et calculer (opérations simples).

Vit toujours chez ses parents et a le projet d'avoir son propre appartement (se met actuellement en place). Se gère seule pour les actes essentielles de la vie et sait gérer les principales tâches domestiques.

Son père est tuteur depuis 1 an . Est capable d'aller se promener seule et de prendre seule les transports en commun (trajets réguliers).

Travaille dans une entreprise adaptée (blanchisserie).

Cas Pratique 4

Femme, 49 ans

Psychose hallucinatoire évoluant depuis 12 ans chez une femme d'agriculteur

Son époux évoque des hallucinations et des idées obsessionnelles

Présente toujours des bouffées délirantes à tonalité persécutive

S'exprime très peu, passive, manque d'initiatives ou activités non adaptées

Traitement permanent par psychotropes (neuroleptiques, anxiolytiques) : n'est suivie que par son médecin généraliste

N'a jamais été hospitalisée en milieu spécialisé

Ne travaille plus jamais sur l'exploitation

Se repose beaucoup sur son mari

Elle fait la cuisine (sur incitations), mais ne fait pas les courses

Effectue seule les actes essentiels de la vie lorsque son mari lui indique ce qui est à faire

Cas Pratique 5

Homme de 52 ans avec cancer colique découvert il y a 4 mois suite à des saignements. Traitement en cours par chimiothérapie (cure mensuelle) depuis 3 mois avec troubles digestifs importants (vomissements, diarrhées) et altération de l'état général (asthénie, anorexie, perte de 8 kg).

Actuellement en arrêt maladie (est ouvrier d'entretien dans une usine) avec perception d'indemnités journalières. A arrêté la conduite et toutes ses activités annexes (chasse, pêche, bricolage, jardinage).

Se fait aider par son épouse de façon partielle pour la toilette et l'habillement.

Cas Pratique 6

Jeune femme de 24 ans avec diabète insulino-dépendant depuis l'âge de 8 ans. Traitement quotidien par 3 injections d'insuline. Les contrôles glycémiques sont satisfaisants et les hypoglycémies rares et bien perçues (dernière il y a 1 mois- 4 en 1 an).

Travaille comme secrétaire comptable (CDI) à temps plein. A bénéficié de 2 arrêts de travail de moins d'une semaine en 3 ans pouvant être liés à sa pathologie. Est inscrite dans un club de sport qu'elle fréquente régulièrement. Vit seule et se gère seule sans difficulté.

Cas Pratique 7

Homme de 38 ans présentant une schizophrénie : première hospitalisation à 18 ans pour délire mystique. A été hospitalisé 3 fois par la suite (dernière il y a 8 ans) pour de nouveaux épisodes délirants. Actuellement aucun signe clinique en dehors de quelques difficultés relationnelles. Suivi spécialisé 1 fois par mois. Traitement neuroleptique bien toléré.

Travaille comme agent administratif depuis 5 ans. Vit avec son frère. Se gère seul pour les actes essentiels de la vie.

Cas Pratique 8

Réfugié politique arrivé en France il y a 3 ans.

Parle très mal le français.

Blessure par balle au niveau du visage avec perte de l'œil droit, disparition totale du massif nasal, enfoncement de la pommette droite. Cicatrices étendues, rétractiles et hyper pigmentées s'étendant sur la joue et en regard de la mandibule ainsi que sur le front.

Répercussions psychologiques majeures. Refuse de sortir de chez lui.

Cas Pratique 9

Psoriasis en goutte touchant le tronc et la racine des membres.

Pas d'atteinte des zones découvertes.

Se plaint d'un prurit chronique.

Traitement local modifié de façon récente.

Gère seul son traitement.

Aucune autre anomalie à signaler par ailleurs.

Cas Pratique 10

Insuffisance rénale chronique traitée par transplantation rénale il y a un an.

Insuffisance rénale avec persistance actuelle d'une créatinine à 20 mg/l + hypercalcémie à 110 mg/l (insuffisance rénale modérée)

Ta=14/9

Traitement: Antihypertenseur et immunosuppresseur pour éviter le rejet (à vie)

Surveillance biologique mensuelle

Le demandeur poursuit normalement une activité d'employé de bureau

Cas Pratique 11

Enfant de 2 ans avec déficit auditif évoqué suite à une absence de langage. Potentiels évoqués auditifs effectués en faveur d'un déficit bilatéral de plus de 70 décibels. Suivi de façon régulière sur un centre spécialisé.

Cas Pratique 12

Femme de 55 ans ayant subi une mammectomie bilatérale avec double prothèses + curage ganglionnaire pour cancer du sein opéré il y a 3 ans.

Diminution de force au niveau des deux bras.

Etat anxieux permanent . Diverticulose sigmoïdienne.

Pas de traitement spécialisé actuellement.

Était serveuse dans un restaurant , mais ne peut plus exercer cette activité du fait de la diminution de force des bras

Cas Pratique 13

Homme de 52 ans atteint d'un cancer depuis 2 ans

Laryngectomie + chimiothérapie

Pas de signe clinique évolutif

Etat dépressif réactionnel++

Traitement: orthophonie (trachéotomie), antidépresseurs

Employé communal , actuellement en arrêt de travail

Autonomie: le demandeur doit être accompagné dans ses déplacements

Cas Pratique 14

Jeune homme de 22 ans avec fente labio-palatine opérée à plusieurs reprises. Présente des troubles de la parole avec voix nasonnée et quelques difficultés de prononciation . A bénéficié d'un suivi orthophonique pendant 10 ans. Refuse actuellement toute prise en charge spécialisée. Se plaint d'épisodes anxieux et évoque des difficultés relationnelles modérées . Traitement anxiolytique épisodique bien toléré.

Travaille comme employé de libre service à temps complet . Vit seul et se gère seul.

A une bande de copains avec qui il sort régulièrement et fait du sport.

Cas Pratique 15

Femme de 32 ans ayant présenté un accident vasculaire cérébral il y a 18 mois.

Présence initialement d'une hémiparésie droite , d'une aphasie et d'une hémianopsie latérale homonyme . Régression des troubles sauf de l'hémianopsie . La vision centrale est conservée avec de loin 10/10^{ème} et de près P2 de façon bilatérale sans correction . Le champ visuel n'a jamais été effectué.

Vit avec son ami et son fils de 5 ans . Sa mère doit encore venir l'aider pour s'occuper de son enfant et pour les tâches domestiques . Gère seule les actes essentiels de la vie . N'a pas pu reprendre la conduite automobile . Ne sort jamais seule car présente encore des difficultés de déplacement et de repérage des obstacles avec chutes .

Toujours en indemnités journalières

07

CONCLUSION



A RETENIR

Vérifier en premier si :

- La situation permet de se situer dans le champ du handicap (art. L 114 du CASF).

Sinon, orienter vers le droit commun.

- L'évolution des conséquences est supérieure à 1 an.

Se poser à chaque fois les mêmes questions dans le même ordre :

- Quelle(s) déficience(s)/altération(s) de fonction ?
- Quelle(s) incapacité(s)/limitation(s) d'activité ?
- Quel(s) désavantage(s)/restriction(s) de participation ?

A RETENIR

Toujours faire une évaluation globale et se repérer par rapport aux taux seuils de 50 et 80%:

- 50% : entrave notable à la vie sociale
- 80% : perte d'autonomie, contrainte thérapeutique majeure, abolition d'une fonction, indication explicite du guide

Déterminer le taux sans tenir compte du type de demande.

Les taux indiqués dans le barème sont des taux de base à pondérer.

Pas de systématisme

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

certaines déficiences graves



incapacités modérées

A l'inverse

des déficiences modérées



conséquences lourdes, du fait de l'existence d'autres troubles, par ex
vulnérabilité psychique notable

des déficiences bien compensées par un traitement



désavantages majeurs dans l'insertion sociale, scolaire ou professionnelle de la personne, notamment du fait des contraintes liées à ce traitement



Questions ?

MERCI DE VOTRE ATTENTION

CONTACT

SAS EDUPRAT FORMATIONS
4, Avenue Neil Armstrong
Bâtiment Mermoz - 33700 MERIGNAC

05 56 51 65 14
contact@eduprat.fr

Marketing Overview

It is a process to allow an organization to focus resources on the greatest opportunities to increase sales and achieve the company's target. Marketing strategy's goal is to increase sales and achieve the advantage over other competitors. It includes short term and long term activities of marketing that has to do with the analysis of a company's situation and contribute to its objectives. The objectives will be based on how you gain sales by acquiring and keeping customers.

A marketing strategy helps convey effective messages with the right blend of marketing approaches that will maximize your sales outcome and marketing activities.

Product Categories	Profit per Year				
	2013	2014	2015	2016	2017
General tools	+920.82	-13.6	+920.82		
Health & Medical					