



ASSEMBLÉE NATIONALE

13ème législature

santé

Question écrite n° 90379

Texte de la question

M. Bernard Perrut appelle l'attention de Mme la ministre de la santé et des sports sur les différences de traitement existant entre les maisons départementales des personnes handicapées concernant les enfants atteints de dyspraxie. Alors que certaines accordent l'allocation pour les frais de rééducations de l'enfant handicapé, d'autres ne reconnaissent pas cette maladie comme un handicap et refusent la prise en charge. Il lui demande si des dispositions peuvent être prises pour assurer l'égalité de traitement de cette maladie uniformément dans l'ensemble des départements.

Texte de la réponse

S'agissant de la reconnaissance du handicap par les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), le législateur a prévu que le support d'une partie des décisions soit le guide barème mis en place par le décret n° 93-1216 du 4 novembre 1993 et figurant à l'annexe 2-4 du code de l'action sociale et des familles, outil destiné à déterminer un taux d'incapacité. Cependant certains droits ouverts par la législation nécessitent, outre la fixation d'un taux d'incapacité minimum, que d'autres conditions soient remplies. Le guide barème s'appuie sur les concepts développés dans la classification internationale des handicaps élaborée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour fixer le taux d'incapacité d'une personne à partir de l'analyse des déficiences et de leurs conséquences, et non sur la seule nature médicale de l'affection qui en est l'origine. 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 oeuvre, en fonction de l'interaction de la personne avec son environnement. Toute situation de handicap est analysée comme découlant des interactions entre les trois dimensions suivantes : déficience, incapacité et désavantage. Ces trois dimensions sont étroitement liées, mais pour autant, leur intensité respective n'est pas nécessairement comparable et peut varier d'une personne à l'autre. L'entrée dans le guide barème se fait par déficience. Pour chaque type de déficience, une échelle de gravité comportant le plus souvent quatre niveaux est définie en fonction du retentissement fonctionnel et du désavantage qui en résultent. Il convient de rappeler que les seuils de 50 % et de 80 % sont particulièrement importants du fait de l'impact qu'ils ont pour l'attribution de 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 oeuvre 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. Il existe différentes formes de dyspraxie, trouble spécifique du développement moteur, avec altération du développement de la coordination motrice. Chez un même enfant, différents types de dyspraxie peuvent

s'associer et/ou peuvent également être associés à d'autres troubles, notamment neuropsychologiques. C'est l'ensemble des difficultés présentées par l'enfant et leur répercussion dans la vie quotidienne, sociale et la scolarité qui doivent être appréciées globalement pour déterminer le taux d'incapacité de dyspraxie peuvent s'associer, Par ailleurs, en fonction des difficultés présentées par l'enfant différents accompagnements peuvent être proposés, dont l'accès ne requiert pas la détermination de taux d'incapacité. Un plan personnalisé de compensation, qui contient le projet personnalisé de scolarisation, élaboré par l'équipe pluridisciplinaire peut ainsi proposer, en tant que de besoin, des mesures d'accompagnements et d'aménagements de la scolarité et/ou un accompagnement par différents établissements ou services (CAMPS, un SSESSAD, un CMP, ...). Enfin, il convient de rappeler que la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie assure un rôle d'animation, d'échange d'expériences et de pratiques en direction des MDPH afin notamment de favoriser une harmonisation des pratiques et une égalité de traitement des demandes. À ce titre, elle a mis en place différents outils de travail et d'informations avec les MDPH et a développé un dispositif de formation qui fait appel pour certaines thématiques à des formateurs relais recrutés par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et pour d'autres à des organismes de formations référencés sur la base de cahier des charges. Parmi les thématiques retenues figurent notamment le fonctionnement de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), l'évaluation et l'utilisation du guide d'évaluation, le guide barème.

Données clés

Auteur : [M. Bernard Perrut](#)

Circonscription : Rhône (9^e circonscription) - Union pour un Mouvement Populaire

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 90379

Rubrique : Enfants

Ministère interrogé : Santé et sports

Ministère attributaire : Solidarités et cohésion sociale

Date(s) clé(s)

Question publiée le : 12 octobre 2010, page 11097

Réponse publiée le : 8 mai 2012, page 3604