CONTESTER UN TAUX DE HANDICAP

Fiche argumentaire 8

Si le taux d'invalidité attribué par la MDPH ne vous semble pas légitime...

La CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées) de la MDPH a pour mission de déterminer le **taux d'invalidité** (**souvent dit " de handicap**") des personnes en situation de handicap, tous âges confondus

La décision se prend sur la base d'un **guide barème** incluant deux critères :
- la **déficience** précisée par des données médicales (un audiogramme et éventuellement des bilans orthophoniques en cas de surdité) ;
- la **répercussion de la déficience sur la vie quotidienne,** notamment en termes de limitation d'autonomie.

Si le premier critère est objectif, le second est plus sujet à interprétations subjectives.

Origine des litiges possibles

Méconnaissance des textes

Certains parents ne comprennent pas
- que la surdité de leur enfant n'est pas suffisante pour obtenir tel ou tel taux d'invalidité
- que le taux de 8O% accordé à tout enfant sourd de moins de 3 ans peut ensuite être revu à la baisse.

Ces situations ne peuvent cependant pas être contestées, sauf erreur de la CDAPH dans l'examen des données médicales. (*voir **fiche technique C :** comprendre le calcul du taux de handicap)*

Manque de clarté des textes utilisés

Le chapitre du guide barème traitant de la surdité indique que la commission doit prendre en compte un **audiogramme tonal réalisé sans appareillage.**
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000027037614/

En ce cas, une surdité profonde correspond toujours à un taux de 80%. En cas de surdité sévère, ce taux n'est atteint que si des troubles de la parole et du langage peuvent être prouvés…

Mais, l'introduction du guide barème, depuis 2007, mentionne la nécessité, pour toute situation de handicap, de prendre en compte **les répercussions de la déficience après appareillage et/ou rééducation.**

De ce fait, le degré de surdité seul n'entraîne pas un taux déterminé.

Ceci explique que des taux soient régulièrement baissés au fur et à mesure de l'avancée en âge d'enfants dont le niveau d'autonomie va croissant.

Un débat ouvert

Pour exemple : un enfant sourd profond du 3ème groupe (avec un taux de base de 80%) bénéficiant d'un implant cochléaire peut présenter une récupération auditive supérieure à celle d'un enfant sourd sévère ou moyen appareillé sans implant (avec un taux de base inférieur à 80%). Il sera dès lors jugé moins "handicapé" en ce cas, ce qui ne semble pas illogique.

Beaucoup de parents ne comprennent pas ce type de décision : leur enfant, malgré l'implantation et la rééducation, fait certes des progrès, mais demeure réellement sourd. Ils vivent ce "déclassement" comme une injustice avec le sentiment que leurs efforts pour lui permettre ces progrès sont finalement associés à une "privation de droits".

A savoir :
- **Un taux entre 50% et 79%** est associé à "des **troubles importants** entraînant une **gêne** notable entravant la vie sociale de la personne".
- **Un taux supérieur à 80%** est associé à "des **troubles graves** entraînant une **entrave majeure** dans la vie quotidienne de la personne avec une atteinte de son autonomie individuelle".

Selon les conceptions personnelles, la différence entre " troubles importants ou graves" et entre "gêne ou entrave majeure" ne sera pas la même.

Que faire ? Faut-il contester et comment ?

Au cœur de ce débat possible, chacun décidera de ce qui lui semble légitime ou non.

Si vous souhaitez contester un taux d'invalidité :

Assurez vous au préalable que l'audiogramme « oreilles nues » de votre enfant (ou votre audiogramme personnel si vous êtes sourd) correspond bien au taux que vous pensez avoir le droit d'obtenir (*voir **fiche technique C :** comprendre le calcul du taux de handicap)*

Vous pourrez ensuite mettre en avant :

Des arguments d'ordre législatif

Le guide barème, dans son chapitre concernant les déficiences auditives, fait état d'une étude sur la base d'un audiogramme tonal sans appareillage. Ce chapitre ne mentionne aucunement la prise en compte du niveau d'autonomie atteint avec une aide technique, ni la prise en compte d'une évaluation sur la base d'un audiogramme vocal.
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000027037614/

Des arguments illustrant les problématiques quotidiennes

Il s'agira de convaincre que les réalités de la vie quotidienne peuvent contredire les "bons résultats" auditifs obtenus lors de la réalisation de l'audiogramme*.*

L'implant - comme l'appareillage *-* ***ne peut être porté en permanence*** *(la nuit, au moment de la toilette, à la piscine, sur la plage, lors de certaines pratiques sportives, en cas de panne). En ce cas, la surdité est totale, la communication devient problématique et la situation pouvant présenter des dangers nécessite l'accompagnement par une tierce personne.*

Les situations bruyantes*, très fréquentes, minorisent ses effets. En ce cas, les résultats théoriques obtenus dans le calme et indiqués par l'audiogramme (qu'il soit tonal ou vocal) ne correspondent plus à la réalité. Vous pouvez éventuellement faire attester ce point par un professionnel (médecin ORL ou audioprothésiste par exemple). Vous pouvez aussi lister les possibles situations excessivement bruyantes (exemples : déplacements dans la ville, vie de classe ou de cantine, utilisation du téléphone, des interphones).*

Ces précisions seront données lors d'une demande de recours (*voir* ***fiche technique H :*** *demander un recours pour contester une décision MDPH).*
Il est inutile de les faire valoir avant une notification envoyée par la MDPH.

Le "pôle codeur" est à votre disposition pour vous aider à établir des plans argumentaires personnalisés - notamment sous forme de fiches utilisables lors de vos entretiens ou pour rédaction de courriers.

pole.codeur@alpc.asso.fr

Fiche réalisée en juin 2021. La législation citée en référence est susceptible d'évoluer.
Pour l'actualisation des fiches, consulter le site Internet de l'ALPC, en bas des pages :
https://alpc.asso.fr/fiches_argumentaires/
https://alpc.asso.fr/fiches_techniques/