

Les nouvelles conditions d'octroi de la carte de handicap en Tunisie

références à la CIF-OMS

Le cas de la surdité et des troubles de la communication

Dr Lotfi Ben Lallahom- Chiraz Mbarek-Hédi El Bez -Mejda Hamadi- -Nadia lakhdhar – C. Hamonet- R.

Fakhfakh-Abdelkader El-khédim

Institut de Promotion des Handicapés

2 rue Jabrane Khalil Jabrane –La Manouba-2010-Tunis-directeur.iph@iph.org.tn

INTRODUCTION

La première Loi Tunisienne sur le Handicap a été promulguée en 1981, il a fallut attendre l'année 2005 pour voir promulguer une nouvelle Loi.

Il s'agit d'une loi globale et exhaustive comprenant 13 chapitres et 57 articles couvrant tous les aspects du handicap tels que la prévention, la recherche, l'éducation, la formation professionnelle, l'emploi, l'accessibilité, les loisirs, le sport, la culture, et la vie associative.

Il s'agit d'une loi à caractère d'orientation, constituant un cadre idéal pour la concrétisation des politiques, des plans, des programmes et des mécanismes mis en place par l'Etat en matière de promotion et de protection des personnes porteuses de handicap.

La loi énonce le principe de garantie de l'égalité des chances entre les personnes handicapées et les autres personnes, et leur protection contre toutes formes de discrimination. La loi souligne la nécessité de ne pas considérer les mesures incitatives spéciales prises au profit de cette catégorie comme discriminatoires elle confère à la promotion et à la protection des handicapés le caractère de responsabilité nationale à la consécration de laquelle concourent les efforts de la famille, de l'Etat, des collectivités locales, des entreprises et des établissements publics, des établissements privés, des organisations nationales, des associations, des individus et des personnes porteuses de handicap elles-mêmes.

La loi a institué des commissions régionales du handicap dont les principales missions sont :

- *LA DOTATION DES APPAREILLAGES ET AIDES TECHNIQUES**
- *L' INTEGRATION SCOLAIRE**
- *L'ORIENTATION PROFESSIONNELLE**
- *LE PLACEMENT FAMILIAL**
- *LA PRISE EN CHARGE À DOMICILE**
- *TOUTE QUESTION RELATIVE A LA PROMOTION ET A LA PROTECTION DES PERSONNES HANDICAPEES**
- *A RECONNAISSANCE DE LA PERSONNE HANDICAPEE ET ATTRIBUTION D'UNE CARTE DE HANDICAP-**

Les commissions régionales des handicapés sont chargées de statuer sur la qualité de « la personne handicapée » en se basant sur l'identification de la nature et du degré des déficiences, des répercussions fonctionnelles, et psychologiques, elle décide de la catégorie de la carte de handicap, la durée de sa validité et les prestations et les avantages qu'elle procure compte tenu des besoins du handicap et de la situation socio-économique de l'intéressé,

L'importance de la carte du handicap réside au fait qu'elle offre des avantages importants à ses bénéficiaires tels que : la gratuité et des avantages au transport public, une réduction de 50 % au transport aérien et maritime, la gratuité au soin dans les structures hospitalières publiques, l'accès gratuit aux espaces culturels et sportifs publics, l'exonération de certains matériel et équipement spécifiques à l'importation, et des avantages à l'emploi.

Par ailleurs la carte constitue un outil statistique de suivi de la population handicapée en Tunisie puisque la carte est saisie au moyen de l'outil informatique.

Avant la promulgation de la nouvelle Loi, l'octroi de la carte de handicapé se faisait suivant une approche purement médicale basée sur une simple liste limitative de certaines déficiences et de certaines situations sociales, tributaire de la sévérité de l'atteinte physique ou mentale, aucune mention objective n'est faite aux besoins de vie.

Ce système a généré beaucoup de difficultés et injustices qui ont été notées au niveau du fonctionnement des commissions régionales des handicapés. L'institut de promotion des handicapés (IPH) a été chargé de proposer un nouveau système pour l'octroi de la carte de handicap.

LE NOUVEAU SYSTEME D'OCTROI DE LA CARTE DE HANDICAP

1 — Buts et Objectifs:

Les principaux objectifs du nouveau système d'octroi de la carte de handicapé sont:

1/ Elaborer une nouvelle procédure d'octroi de la carte de handicapé en veillant à:

- garder les acquis apportés par l'ancienne procédure,
- éviter tout excès ou abus dans l'identification des personnes handicapées afin d'éviter tout surcoût budgétaire.

2/ Elaborer des critères médicaux et sociaux découlant des nouvelles approches internationales du handicap en particulier en donnant un poids aux habitudes de vie et des facteurs de l'environnement en tenant compte de la spécificité tunisienne.

Ce nouveau système d'évaluation du handicap a été élaboré en se référant à plusieurs systèmes de mesure du handicap et à la «Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé » CIF de l'OMS tout en tenant compte de la réalité tunisienne.

Dans la CIF, le terme *fonctionnement* se rapporte à toutes les fonctions organiques, aux activités de la personne et à sa participation au sein de la société. Tandis que le terme *handicap* désigne les déficiences, les limitations d'activités et les restrictions de participation. Ce nouveau concept met l'accent sur la santé et le fonctionnement plutôt que sur le handicap.

La notion de déficiences de la CIH est remplacée par le *fonctionnement* qui est un concept multidimensionnel pour déterminer les effets de l'état de santé sur la productivité de l'individu et sa participation à la vie active.

La notion d'incapacités de la CIH est remplacée par les *limitations d'activités*.

La notion de désavantages de la CIH est remplacée par les *restrictions de participation*.

C'est une approche positive, se dégageant ainsi d'une définition strictement médicale de la santé et s'éloignant d'une classification des « conséquences des maladies », la CIF est une classification du fonctionnement humain en adoptant une position neutre vis-à-vis de l'étiologie. De plus, on a supprimé des termes négatifs à connotations stigmatisantes.

La CIF propose aussi une liste des facteurs environnementaux qui peuvent être en relation avec toutes ces composantes.

Sur le plan international, on tend à ne plus utiliser les barèmes indicatifs du degré du handicap s'appuyant sur une approche médicale. En effet, conformément à la CIF, on s'oriente de plus en plus vers une approche médico-psycho-sociale. Celle-ci tient compte des habitudes de vie, des besoins

spécifiques et des facteurs personnels et environnementaux responsables de la production du handicap.

2-Nouvelle procédure pour l'obtention de la carte de handicapé:

2- 1 -Un nouveau texte législatif définissant le handicap se référant à la CIF:

La définition du handicap se base sur 4 éléments:

a- L'importance de considérer «le handicap» comme une notion sociale et complexe où il y a interaction entre deux séries de caractéristiques la première intrinsèque (Incapacité) et la deuxième extrinsèque liée à l'entourage (Normes sociales et facteurs environnementaux).

b- La nécessité pour définir une personne comme handicapée de prendre en considération les «habitudes de vie » et les attentes particulières de la société dont elle est membre et ce selon son âge et son identité socioculturelle.

c- La nécessité de prendre en considération les besoins spécifiques engendrés par son état.

De La déficience et/ou la limitation de l'activité (l'incapacité) ne donnent pas systématiquement une «restriction de la participation» ou «handicap» et ce n'est qu'à partir d'une étude des habitudes de vie par une enquête sociale et un certificat médical bien détaillé qu'on peut définir la situation du handicap.

Ainsi est défini la personne handicapée d'après la loi d'orientation N° 2005- 83 du 15 août 2005, relative à la promotion et à la protection des personnes handicapées dans l'article 2.

«Est personne handicapée, toute personne qui a une déficience permanente dans les aptitudes et les capacités physiques ou mentales ou sensorielles d'origine congénitale ou acquise qui limite son aptitude à accomplir une ou plusieurs activités quotidiennes de base, personnelles ou sociales et qui réduit les chances de son insertion dans la société ».

Cette nouvelle définition a été établie en tenant compte des termes utilisés dans la CIF à savoir la notion de limitation des activités au lieu du terme incapacité et la notion de réduction de l'insertion dans la société synonyme de participation et ce au lieu du terme handicap.

La commission régionale des handicapés, étudie le dossier présenté par le demandeur de la carte de handicap et reconnaît l'état de personne handicapée en tenant compte :

- de l'âge et la position sociale de l'individu,
- des besoins spécifiques à chaque individu pour surmonter son handicap,
- des habitudes de vie spécifiques à l'individu,
- des obstacles environnementaux que peut rencontrer l'individu.

2-2- De nouveaux instruments de travail pour l'octroi de la carte de handicap:

2-2-1 Un certificat médical unique:

Le nouveau certificat médical unique quel que soit le type de handicap, permettra au médecin de rédiger les conclusions de son examen, de formuler son diagnostic et de décrire le retentissement des différentes pathologies sur la vie quotidienne du patient ainsi que ses besoins thérapeutiques et d'aides techniques et/ou humaines. Le médecin traitant se prononce sur le degré de la sévérité des déficiences et sur le degré d'autonomie, il ne donne plus une évaluation du degré du handicap.

2-2-2 Un outil de mesure du handicap : l'échelle d'évaluation du handicap

Les principaux systèmes qui ont servi de référence dans l'élaboration de ce document, sont:

- la classification internationale de fonctionnement de l'OMS
 - le système français d'identification et de mesure du handicap «Handitest»
 - le système canadien de mesure de l'autonomie fonctionnelle «SMAF»
 - l'instrument belge de mesure des habitudes de vie «MRHAVIE : version enfant».
- L'objectif de l'évaluation du handicap n'étant pas d'évaluer les déficiences ou les pathologies (approche médicale), mais plutôt d'évaluer le retentissement au niveau des activités de la vie quotidienne (approche médico-psycho-sociale).
- L'outil de mesure du handicap ne fait plus référence à une liste de pathologies mais plutôt au degré de sévérité de la pathologie et du degré d'atteinte de l'autonomie. La mesure du handicap fait appel à la notion de dépendance avec la mesure des capacités fonctionnelles et des situations de handicap rencontrées.
- Pour chaque item une échelle de sévérité cotée de 0 à 4 est établie qui va de l'absence de difficultés à l'impossibilité ou le recours à une aide humaine totale avec des intermédiaires qui sont la gêne ou plutôt

l'inconfort sans limitation fonctionnelle vraie ni handicap.

Un guide d'utilisation de l'échelle d'évaluation du handicap est proposé en adoptant les définitions de la CIF pour les fonctions, les activités et les participations retenues dans l'échelle. Le numéro de référence dans la CIF est précisé entre parenthèses devant chaque item. Ce guide a également adopté une échelle comportant cinq degrés de sévérité conformément à la CIF, allant de la situation normale (cotée 0) à la situation de dépendance absolue (cotée 4). La cotation 9 sera réservée aux cas non concernés ou ne s'appliquant pas ou impossibles à juger.

Pour la cotation, on propose d'utiliser le raisonnement suivant:

0: Aucune difficulté

1: Difficulté ou restriction d'activité ou de participation *légère*

2 : Difficulté ou restriction d'activité ou de participation *moyenne nécessitant le recours à des aides techniques ou médicamenteuses*

3 : Difficulté ou restriction d'activité ou de participation *importante nécessitant le recours à une aide humaine partielle*

4 : Difficulté ou restriction d'activité ou de participation *très importante nécessitant le recours à une aide humaine totale*

9: Non concerné ou ne s'applique pas ou impossibilité de juger (exemple la gestion du budget ne s'applique pas à un enfant).

L'évaluation du degré du handicap est établie selon un pourcentage qui se résume ainsi :

$$\text{Score} = \frac{\text{Total des points}}{\text{Nombre total des items concernés} \times 4}$$

• **0 - 9% : Il n'y a pas de handicap**

Vie sociale presque normale, pas de situation de handicap

• **10 - 19 % : Handicap léger**

Autonomie mais limitation des capacités avec des situations de handicap partielles et peu nombreuses ; sans dépendance

• **20 - 59 % : Handicap moyen**

restriction nette d'activité avec souvent une dépendance médicamenteuse, d'aide(s) technique(s) ou d'adaptation du milieu, avec possibilité d'une dépendance à une tierce personne

• **≥ 60 % : Handicap profond**

Limitation importante des activités et la participation à la vie sociale, nécessité d'aides humaines partielles ou totales.

2-3 Validation de l'échelle de mesure

Une enquête de validation de la grille d'évaluation a été faite auprès d'un échantillon de personnes handicapées (250 personnes) ayant plusieurs types de handicap, un autre échantillon témoin a été utilisé.

L'objectif de l'enquête était de tester la sensibilité, la spécificité et la reproductibilité de la grille.

Le résultat était globalement très satisfaisant

2-4 L 'enquête sociale:

Le nouveau document de l'enquête sociale essaye de récolter le maximum de renseignements pouvant être mis à profit par les membres des commissions lors de l'octroi des services dont a besoin réellement la personne en question et ceci dans le but de préserver les droits de chacun tout en évitant les abus.

Les différentes rubriques traitées dans cette enquête sociale ont été étudiées de façon à permettre de situer la personne handicapée dans son environnement et d'évaluer ses potentialités ainsi que son autonomie dans les différents domaines. Par ailleurs, pour faciliter le côté pratique de cette enquête, une partie du document de travail a été formulée en utilisant la méthode du «saut» ce qui permettra un gain de temps appréciable pour l'agent social lors de l'exercice de ses fonctions.

2-5 Formation concernant la nouvelle procédure d'octroi de la carte de handicapé

Le Ministère des Affaires Sociales de la solidarité et des Tunisiens à l'étranger a organisé plusieurs séminaires régionaux se rapportant à la nouvelle procédure d'octroi de la carte de handicapé et ce suite à la promulgation du décret N° 2005-3086 du 29 Novembre 2005 relatif à la création des commissions régionales des personnes handicapées, à la fixation des critères du handicap et aux conditions d'octroi de la carte de handicap. La formation a concerné la participation de Médecins des commissions régionales des personnes handicapées, des Médecins impliqués dans la prise en charge des personnes handicapées (associations et autre) ainsi que les responsables régionaux concernés par le sujet.

Le contenu scientifique des journées de formation a été formulé comme suit :

- Nouvelle loi d'orientation pour la promotion et la protection des personnes handicapées en Tunisie
- Rappel des principes de la Classification Internationale de Fonctionnement de l'OMS
- Rappel de l'ancienne procédure pour l'octroi de la carte de handicapé : critiques et limites
- Mesure et évaluation du handicap : pratiques mondiales actuelles
- Synthèse de la consultation élargie sur la réforme des conditions d'octroi de la carte de handicap
- Présentation du certificat médical pour la demande de carte de handicap
- Présentation de la grille tunisienne de mesure et d'évaluation du handicap
- Présentation de la fiche de l'enquête sociale
- Présentation du projet de la nouvelle carte de handicap
- Présentation du guide d'utilisation de la grille tunisienne
- Ateliers d'étude de cas.

ANNEXE-GUIDE D'UTILISATION DE LA GRILLE D'ÉVALUATION DU HANDICAP

Sur le plan international, la tendance actuelle est d'abandonner les barèmes indicatifs du degré du handicap s'appuyant sur une approche médicale. En effet, conformément à la CIF, on s'oriente de plus en plus vers une approche médico-psycho-sociale. Celle-ci tient compte des habitudes de vie, des besoins spécifiques et des facteurs personnels et environnementaux responsables de la production du handicap.

L'échelle d'évaluation Tunisienne a été élaborée en se référant à la « Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé » (CIF) de l'OMS ainsi que d'autres grilles .

Les principaux systèmes qui ont servi de référence au comité de réflexion dans l'élaboration de ce document, sont :

- La grille française d'identification et de mesure du handicap «Handitest»
- La grille canadienne de mesure de l'autonomie fonctionnelle «SMAF»
- l'instrument belge de mesure des habitudes de vie «MRHAVIE : version enfant».

L'objectif de l'évaluation du handicap n'étant pas d'évaluer les déficiences ou les pathologies (approche médicale), mais plutôt d'évaluer le retentissement au niveau des activités de la vie quotidienne (approche psychosociale). Le guide d'utilisation de l'échelle d'évaluation du handicap a adopté les définitions de la CIF pour les fonctions, les activités et les participations

retenues dans l'échelle. Le numéro de référence dans la CIF est précisé entre parenthèses devant chaque item. Ce guide a également adopté une échelle comportant cinq degrés de sévérité conformément à la CIF, allant de la situation normale (cotée 0) à la situation de dépendance absolue (cotée 4). La cotation 9 sera réservée aux cas non concernés ou ne s'appliquant pas ou impossibles à juger.

Pour la cotation, on propose d'utiliser le raisonnement suivant:

0 : Aucune difficulté

1 : Difficulté ou restriction d'activité ou de participation *légère*

2 : Difficulté ou restriction d'activité ou de participation *moyenne nécessitant le recours à des aides techniques ou médicamenteuses*

3 : Difficulté ou restriction d'activité ou de participation *importante nécessitant le recours à une aide humaine partielle*

4 : Difficulté ou restriction d'activité ou de participation *très importante nécessitant le recours à une aide humaine totale*

9 : Non concerné ou ne s'applique pas ou impossibilité de juger (exemple la gestion du budget ne s'applique pas à un enfant)

Les thèmes retenus dans la grille

25 items ont été retenus pour l'évaluation du handicap, regroupés dans 8 rubriques en se référant à la CIF, les numéros entre parenthèses indiquent le numéro de la rubrique dans la CIF

La Communication

1- Parler : (d 330)

2- Entendre : (d 115)

3- Voir : (d 110)

4- Comprendre : (b117)

5- Utiliser des appareils et des techniques de communication : (d360)

La Mobilité

6- Changer la position corporelle de base : (d 410)

7- Utiliser les mains et les bras : (d 445)

10- Se déplacer avec un moyen de transport : (d470 – d489)

L'Entretien personnel

11- Se laver : (d 510)

12- Prendre soin des parties de son corps : (d 520)

13- Aller aux toilettes : (d530)

14-S'habiller: (d540)

15- Manger et boire (d 550 et d 560) : se nourrir

16- Assurer ses soins de santé : (d 570)

La Vie domestique

17- Faire les courses :(d 620)

18- Préparer le repas : (d 630)

19- Faire le ménage (d 640)

Les Grands domaines de la vie

Education (d810-839) - Travail et emploi (d840-859) :

20- Exercer une activité professionnelle ou de formation

21 Transactions économiques élémentaires:

Gérer son budget (d 860)

Les Relations et interaction avec autrui

22- Se Comporter de façon adaptée avec autrui (d710-d729)

23- Etablir des relations avec les autres

La Vie communautaire

Autres activité

Le cas de la surdité et les troubles de la communication

Quatre domaines sont indiqués dans la grille d'évaluation conformes aux recommandations de la classification internationale de fonctionnement de l'OMS , ce sont :

La parole

L'audition

La vision

La compréhension

D'autres items sont prévus par la classification , mais le choix était orienté vers les quatres mentionnés plus haut et ce dans un but d'all gement de la grille

1- Parler : (d 330)

Définition : Produire des messages faits de mots, de phrases et de passages plus longs, porteurs d'une signification littérale ou figurée, comme exprimer un fait ou raconter une histoire oralement.

0 : Parle normalement

1 : Modification discrète de la voix qui reste intelligible, ne gênant pas la compréhension du message verbal

2 : Il est nécessaire d'avoir recours partiellement à des moyens de substitution (support écrit ou gestes) ou une écoute particulièrement attentive de l'interlocuteur (exemple : dysarthrie cérébelleuse ou paralytique ou par voie oesophagienne (après amputation du larynx))

3 : A une difficulté grave de langage mais peut communiquer certains besoins primaires ou répondre à des questions simples (oui, non) ou utilise le langage gestuel ou nécessite de faire répéter ou de se faire aider partiellement par quelqu'un (mère, conjoint) qui. « Traduit », en quelque sorte, le langage oral de la personne

4 : Impossibilité de communiquer verbalement (aphasie de Broca, mutisme akinétique, dysarthrie profonde).

9 : Non concerné ou ne s'applique pas ou impossibilité de juger

2- Entendre : (d 115)

Définition : Fonctions sensorielles associées à la perception de la présence de sons et à la discrimination de la localisation, du ton, de la force et de la qualité des sons.

Le Bureau International d'AudioPhonologie (**BIAP**) et la British Association of Teachers of Deaf (**BATOD**) ont établi des critères de classification basés sur la détermination d'un niveau d'audition. Les références sont les courbes audiométriques ISO. Le calcul du niveau auditif se fait sur les fréquences de la conversation 500, 1000, 2000 et 4000 Hz.

Les fréquences non perçues sont cotées 120 dB et le niveau est établi par la moyenne sur les fréquences: 500, 1000, 2000 et 4000 Hz.

0 : Entend convenablement

1 : Inconfort auditif sans retentissement réel dans la vie de tous les jours : acouphènes, difficultés à suivre une conversation s'il y a plusieurs interlocuteurs

2 : Entend ce qu'on lui dit à la condition de parler fort. Surdité légère (perte de 21 à 40 décibels) ou surdité moyenne (perte de 41 à 70 décibels) appareillée. Nécessité d'un appareillage auditif

3 : Surdité sévère (perte de 71 à 90 décibels). N'entend que les cris ou certains mots ou lit sur les lèvres ou comprend par les gestes ou nécessite de se faire répéter pour entendre

4 : Surdité profonde (perte au-delà de 90 d B) et incapacité de comprendre ce qu'on veut lui communiquer

9 : Non concerné ou ne s'applique pas ou impossibilité de juger

3- Voir : (d 110)

Définition : Fonctions sensorielles associées à la perception de la présence de lumière et à la perception de la forme, de la taille et de la couleur du stimulus visuel.

0 : Voit de façon adéquate

1 : Voit avec inconfort à la lumière, inconfort et fatigue lors de la vision prolongée et fine

2 : Troubles de vision mais voit suffisamment pour accomplir les activités quotidiennes : avec $AV > 2/10$ corrigée, très forte myopie compensée par les lunettes ou nécessité d'un appareillage important de la vue

3 : Perte anatomique ou physiologique d'un seul œil, malvoyance modérée avec $1/10 < AV \leq 2/10$. Ne voit que le contour des objets et nécessite d'être guidé partiellement dans les activités quotidiennes.

4 : Cécité avec $1/20 \leq AV \leq 1/10$, cécité, perte anatomique ou physiologique des 2 yeux ou grande dépendance d'une tierce personne

9 : Non concerné ou ne s'applique pas ou impossibilité de juger

4- Comprendre : (b117)

Définition : Fonctions mentales générales nécessaires pour comprendre et intégrer de façon constructive les diverses fonctions mentales, y compris toutes les fonctions cognitives et leur développement au cours de la vie.

0 : Comprend bien ce qu'on lui explique ou ce qu'on lui demande, est capable de classer des éléments selon une suite logique

1 : Est lent à saisir des explications ou des demandes et/ou présente des difficultés de classement

2 : Il nécessite de faire appel à des moyens et à des supports techniques particuliers pour la vie quotidienne ainsi que pour la pédagogie (scolarisation)

3 : Ne comprend que partiellement, même après des explications répétées ou est incapable de faire des apprentissages. Il est nécessaire de disposer d'une aide humaine dans un but de renforcement et de répétition.

4 : Ne comprend pas ce qui se passe autour de lui, aucun apprentissage n'est possible.

9 : Non concerné ou ne s'applique pas ou impossibilité de juger

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1- Hamonet C.

Le handicap. Handicaps et inadaptations. Les cahiers du CTNERHI, 1987; 12:397-401.

2- Hamonet C.

Essai sur l'histoire de l'évaluation en médecine de rééducation. Journal de réadaptation médicale. France, 1991, 11 :153-157.

3- Hamonet C, Magalhaes T.

Système d'Identification et de Mesure des Handicaps (SIMH) Manuel pratique, « Handitest » éditions ESKA

4- Fougereollas P, St Michel.

Proposition d'une nomenclature des habitudes de vie révisée. Réseau international CIDIH. Québec, 1991;4:18-20.

4-Fougereollas P, Cloutier R, Bergeron H, Côte J, St Michel G.

Classification Québécoise : processus de production du handicap. Réseau international sur le processus de production du handicap. Québec, 1998 : 29-129.

5-Organisation mondiale de la santé.

"Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, CIF ", Genève, 2001 : 3-22.

6- Hebert R, Guilbeault J, Pinsonnault E.

Guide d'utilisation du système de mesure de l'autonomie fonctionnelle. Centre d'expertise en gérontologie et gériatrie. Canada, 2002 : 1-48.

7-Hebert R, Desrosiers J, Dubuc N, Tousignant M, Guilbeault J, Pinsonnault E.

Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). La revue de gériatrie. Canada, 2003; 28, n°4: 323-336.

8-Journal Officiel de la République Tunisienne.

Loi d'orientation n°2005-83 du 15 août 2005, relative à la promotion et à la protection des personnes handicapées. Imprimerie Officielle, Tunisie, 2005 : 2123-2127.

9- Journal Officiel de la République Tunisienne,

Décret N°2005-3086 du 29-Novembre 2005, relatif à la création des commissions régionales du handicap, à la fixation des critères du handicap et aux conditions d'attribution de la carte de handicap

Imprimerie officielle de la république tunisienne, J.O N° 97 du 6-Décembre-2005 ; P 3431

10- Journal Officiel de la République Tunisienne,

Décret N°2006-1859 du 3 Juillet 2006 , portant modification du décret N° 2005-3086 du 29-Novembre 2005 relatif à la création des commissions régionales du handicap, à la fixation des critères du handicap et aux conditions d'attribution de la carte de handicap

Imprimerie officielle de la république tunisienne, J.O N° 54 du 7 Juillet 2006-2005 ; P 1846

Grille d'Evaluation du Handicap	جدول تقييم الإعاقة
--	---------------------------

Activités et participation	الأنشطة والمساهمة
<p>Mettre une croix dans la case correspondante du tableau suivant selon la cotation suivante :</p> <p>0 : Aucune difficulté dans la réalisation des activités ou dans la participation : normal</p> <p>1 : Difficulté légère : lenteur, gêne, maladresse</p> <p>2 : Difficulté modérée : il est nécessaire de recourir à des aides techniques ou médicamenteuses</p> <p>3 : Difficulté importante : une aide humaine partielle est nécessaire</p> <p>4 : Difficulté totale voire impossibilité : une aide humaine totale est nécessaire.</p> <p>9 : Non concerné</p>	<p>ضع علامة في الخانة المناسبة من الجدول الموالي حسب التقييم التالي:</p> <p>0 : انعدام الصعوبة</p> <p>1 : بعض الضيق أحيانا: (بطء أو مشقة)</p> <p>2 : تقلص واضح في الأنشطة مع ضرورة استعمال الأدوية والمعينات الفنية أو تهيئة المحيط دون حاجة إلى مساعدة بشرية.</p> <p>3 : تقلص هام للأنشطة، مع ضرورة مساعدات بشرية جزئية.</p> <p>4 : تبعية كبيرة جدا. الحاجة لمساعدات بشرية بصفة كلية.</p> <p>9 : غير منطبق</p>

درجة القصور Degré de sévérité						Activités et participation* الأنشطة والمساهمة*		
9	4	3	2	1	0			
						1- Parler	1 - التكلم	I الاتصال Communication
						2- Entendre	2- السمع	
						3-Voir	3- النظر	
						4- Comprendre	4- الفهم	
						5- Utiliser des appareils et des techniques de communication	5- استعمال أجهزة ووسائل الاتصال	
						6- Changer la position corporelle de base	6- تغيير أوضاع الجسم الأساسية	II-التحرك Mobilité
						7- Utiliser les mains et les bras	7- استعمال اليدين والذراعين	
						8- Marcher	8- المشي	
						9- Se déplacer	9- صعود ونزول مدارج أو منحدرات	
						10- Se déplacer avec un moyen de transport	10- استعمال وسائل النقل	
						11- Se laver	11- الاغتسال	III- الاعتناء بالذات Entretien personnel
						12-Prendre soin des parties de son corps	12- الاعتناء ببعض أجزاء الجسم	
						13- Aller aux toilettes	13- الذهاب إلى بيت الراحة	
						14-S'habiller	14- الارتداء الملابس	
						15- Manger et boire	15- الأكل والشرب	
						16- Assurer ses soins de santé	16- اعتناء بالصحة	IV- الحياة المنزلية Vie domestique
						17- Faire les courses	17- اقتناء اللوازم الخاصة	
						18- Préparer le repas	18- تحضير الطعام	
						19- Faire le ménage	19- القيام بالأعمال المنزلية	V- المجالات الكبرى للحياة Grands domaines de la vie
						20- Exercer une activité professionnelle ou de formation	20- يدرس أو يشتغل	
						21- Gérer son budget	21- المعاملات المالية الشخصية	
						22- Se comporter de façon adaptée avec autrui -	22- التعامل العام مع الغير	VI- العلاقات و المعاملات Relations et interaction avec autrui
						23- Etablir des relations avec les autres	23- العلاقات مع الغير	
						24-Participer à la vie communautaire	24- المشاركة في الحياة الجماعية	VII- الحياة الجماعية Vie communautaire
						25- Pratiquer des activités de loisir	25- التسلية و الترفيه	
						Préciser.....	حدد.....	نشاط اخر Autres activités
						
						
						