

INSTRUCTION

N° 5592/DSPRS/DAGE/BERG du 27 octobre 2009

OBJET : INDEMNISATION DE L'ASTHÉNOPIE

- DESTINATAIRES :**
- Directions interdépartementales (+ CRC)
 - Château-Chinon
 - Services des ACVG (Alger, Casablanca, Tunis)
 - Commissariats d'Outre-mer
 - DRH-MD- Sous-direction des pensions
 - ONAC central
 - DRH-MD/FM4
 - Monsieur l'expert de haut niveau auprès de la DSPRS (CAEN)
 - Commission consultative médicale
 - Service des pensions du budget
 - Direction centrale du service de santé des armées
 - BSQC (Mlle LEROY – Mlle VIETTI)
 - Associations groupe des 12

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. MINISTÈRE DE LA DÉFENSE :

Secrétariat général pour l'administration ; Direction des Statuts, des Pensions et de la Réinsertion sociale ; Bureau des Études et de la Réglementation générale.

INSTRUCTION MINISTÉRIELLE N° 5592/DSPRS/DAGE/BERG relative à l'indemnisation de l'asthénopie.

Du 27 octobre 2009.

NOR

La perte de la vision d'un œil peut occasionner à l'œil valide une gêne généralement désignée sous l'appellation d'asthénopie.

L'asthénopie est l'état dans lequel la vision d'un œil est incapable d'une attention soutenue, et qui est susceptible de provoquer des signes fonctionnels (céphalées, picotements oculaires, sensation de brûlures, diplopie).

Cette asthénopie se manifeste lors de la fixation avec inconfort dans la vision de loin ou de près.

Ce symptôme, qui n'est pas exclusivement lié à la monophthalmie (on le trouve aussi dans les cas d'hétérophorie décompensée, de trouble accommodatif non corrigé, d'insuffisance de convergence) peut résulter, dans le cas de la perte d'un œil, de plusieurs facteurs en dehors de l'appareil oculaire :

- contexte psychologique : angoisse de la perte de l'œil unique, fragilité vis-à-vis des activités de contact, perte de chance devant les conséquences d'un traumatisme oculaire, nécessité de protéger l'œil unique (développant donc une attitude de grande prudence comportementale),
- ergonomique (difficultés à apprécier les distances relatives du fait de la monophthalmie),
- environnementale (par perte de sens spatial du fait de la monophthalmie).

Des études réalisées auprès de patients monophthalmes montrent qu'ils évoquent souvent une gêne à l'appréciation des distances et reliefs, une fatigabilité à la vision rapprochée et qu'ils redoutent les éblouissements. Même s'il peut se produire progressivement chez ces invalides une compensation du handicap par apprentissage, dans les actes habituels de leur vie ou leur travail, les monophthalmes qui se trouvent dans des conditions environnementales nouvelles doivent développer un effort de concentration plus élevé susceptible d'engendrer un état de fatigue subjective.

Il s'agit bien, sous le vocable asthénopie, des conséquences secondaires d'un état de monophthalmie, dont les données actuelles de la science permettent de comprendre les mécanismes.

L'élément nouveau apporté par les neurosciences est la meilleure connaissance des conséquences physiologiques, sensorielles et attentionnelles entraînées par une situation de handicap et donc plus particulièrement la monophthalmie. En effet on sait à présent que toute modification sensorielle distale, comme c'est le cas d'une monophthalmie, modifie l'équilibre multi-sensoriel et les schémas comportementaux cérébraux.

Dès lors, il est possible de considérer l'asthénopie comme une conséquence spécifique sensori-cognitive et comportementale de l'affection principale, dans le sens où existe une modification structurale des aires supérieures.

Les règles suivantes en matière d'évaluation et d'indemnisation devront donc être suivies :

L'état de monophthalmie est indemnisé à 65% selon les indications du guide-barème des invalidités.

Les connaissances en neurosciences montrent qu'il existe des modifications consécutives des voies neurocérébrales avec des troubles indéniables, plus ou moins bien compensés, des mécanismes de l'attention et du comportement. En expertise, ces troubles sont à évaluer à 5% en majoration de l'affection principale, le taux de celle-ci étant donc en pratique porté à 70%, dès lors que le praticien expert, par un interrogatoire précis, aura pu mettre en évidence l'existence chez le patient des troubles décrits ci-dessus. Le médecin expert devra s'assurer que ces troubles ne résultent pas d'autres causes que la monophthalmie et l'indiquer dans son compte rendu d'expertise.

L'introduction dans le dispositif d'indemnisation de la majoration de taux de 5 % pour asthénopie en relation avec la perte d'un œil ayant donné lieu à pension, constitue un droit nouveau dont les intéressés pourront se prévaloir.

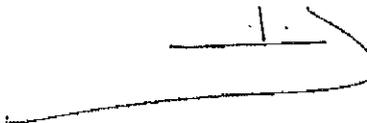
Le point de départ de l'indemnisation sera fixé à la date de réception de la demande, en application de l'article L. 6 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre.

L'admission au bénéfice de cette nouvelle majoration de taux est subordonnée au dépôt après la date de la présente instruction d'une demande en ce sens, lorsque l'intéressé est déjà pensionné pour perte de la vision d'un œil.

Les dispositions de la lettre-circulaire n° 78 EM du 13 mai 1980 en ce qui concerne l'indemnisation de l'asthénopie chez les invalides atteints d'une affection neurologique centrale (traumatisés crâniens) ou pensionnés pour syndrome asthénique, restent en vigueur pour ces catégories de ressortissants.

Pour le ministre de la défense et par délégation :

La directrice des statuts, des pensions et de la réinsertion sociale,



Lilliane BLOCK