

FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

2022 - 2023

PREFMS CHU DE TOULOUSE



UEC 11 Handicap

**La Classification Internationale du
Fonctionnement (CIF) : du Handicap au
fonctionnement**

COURS

Ce cours proposé a été fait bénévolement par un étudiant, pour les étudiants. Il est un outil complémentaire, qui ne subsiste en aucun cas par ce qui est proposé par la Faculté. Ce cours se base sur les cours de l'année 2022 – 2023. Il pourrait y avoir des erreurs malgré nos relectures : merci de nous faire remonter tout errata remarqué, pour que nous puissions le réajuster. Attention, les **marges** du document ont été **réduites**, pensez à modifier les paramètres de l'imprimante en cas d'impression. Ce cours est la propriété du Tutorat.

Réalisé par : Dorian SOURD – étudiant de première année

Contact : dsourd12@gmail.com

La Classification International du Fonctionnement (CIF) du Handicap au Fonctionnement

I. Objectifs

Objectifs intermédiaires

- Connaître la CIF et pouvoir expliquer à quoi correspond chacune de ses composantes
- Connaître l'évolution historique du concept de handicap et de fonctionnement

Objectifs finaux

- Utiliser la CIF pour décrire le fonctionnement d'un patient
- S'appuyer sur la CIF pour la mise en route d'un système de soin

II. Histoire du handicap

L'étymologie vient de *Hand in cap* : égaliser les chances de victoires entre joueurs (répandu par les courses hippiques où le cheval le plus fort avait des poids). Le point que doivent porter les plus forts à été transféré de ce que l'on fait porter au plus fort à ce que doit supporter le plus faible.

Le Handicap est attribué à un malade porteur d'un :

- Handicap moteur
- Handicap sensoriel
- Handicap psychique
- Polyhandicap

La vision médicale est en rapport avec la maladie : médicale/réparative et compassionnelle/caritative. C'est une vision individuelle et négative.

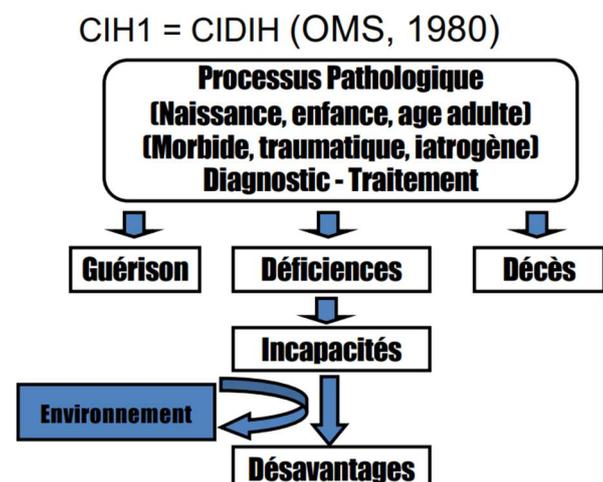
La classification des maladies s'est faite au fil du temps :

- 1893 : Nomenclature des causes de décès (Jacques BERTILLON)
 - o Donne les bases de la Classification Internationale des Maladies (CIM) en se basant sur les traumatismes et causes de décès.
- 1948 : 6ème révision de la CIM
 - o Donne la définition de la santé « état de complet bien-être physique, mental et social » (constitution de l'OMS)
- 1990 : CIM10 : mise en place des révisions annuelles
- En cours d'élaboration : CIM11 qui intègrera une « description des conséquences des maladies » : la CIF

III. Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps (CIH1 ou CIDIH), OMS 1980

Dr Philip WOOD était un rhumatologue et travaillait sur la polyarthrite rhumatoïde et ses conséquences. Il publie en 1980 la Classification Internationale des Déficiences, Incapacités, Handicaps. Un manuel de classification des conséquences des maladies a été publié. La publication française CIH (INSERM, 1988). Dr Philip WOOD a mis en place une modèle Tridimensionnel. :

- Défiance
- Incapacité
- Désavantage



1) Déficiences

Dans le domaine de la santé, les déficiences correspondent à toute perte de substance ou altération d'une fonction ou d'une structure psychologique, physiologique ou anatomique. Il y a donc un impact sur les organes.

(Liste pas à retenir)

1. Déficiences intellectuelles
2. Autres déficiences du psychisme
3. Déficiences du langage et de la
4. Déficiences auditives
5. Déficiences de l'appareil oculaire
6. Déficiences des autres organes
7. Déficiences du squelette et de l'appareil de soutien
8. Déficiences esthétiques
9. Déficiences de fonctions générales, sensibles, et autres déficiences

2) Incapacités

Dans le domaine de la santé, une incapacité correspond à toute 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.

(Liste pas à retenir)

1. Incapacités concernant le comportement
2. Incapacités concernant la communication
3. Incapacités concernant les soins corporels
4. Incapacités concernant la locomotion
5. Incapacités concernant l'utilisation du corps dans certaines tâches
6. Maladresse
7. Incapacités révélées par certaines situations
8. Incapacités concernant des aptitudes particulières
9. Autres restrictions d'activité

3) Désavantage

Dans le domaine de la santé, le désavantage social d'un individu est le préjudice qui résulte de sa déficience ou de son incapacité et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socio-culturels.

(Liste pas à retenir)

1. Désavantages d'orientation
2. Désavantages d'indépendance physique
3. Désavantages de mobilité
4. Désavantages d'occupations
5. Désavantages d'intégration sociale
6. Désavantages d'indépendance économique
7. Autres désavantages, autres handicaps

Le point 5. est important et a fait naître des réactions de différents pays (d'où les 8 ans de traductions de la CIH) car cela fait intégrer l'idée que le handicap n'est pas qu'individuel et il y a une responsabilité de la société.

Avant il y avait donc la vision très verticale, déductive et hiérarchisée : la déficience est l'élément causal et donc fondamental. Puis une norme sociale : exclusion de la personnalité. Et enfin une vision plus positive avec notamment en 2001 la création de la CIF (ou CIH2).

Ed ROBERTS (1939-1995) est à l'émergence du mouvement « *Independant living* » (USA, 1960) :

- Alternative à l'institutionnalisation des PSH et aux pratiques rééducatives traditionnelles.
- Principes
 - o Auto-détermination (auto-nomos) (→ empowerment)
 - o Expertise des PSH (à « patients experts »)
 - o Autogestion des centres de ressources

Une vision patient-centrée / client-centrée

4) La force politique des Personnes en Situation de Handicap (PSH)

Diffusion du modèle et du concept du mouvement *independant living* dans le monde :

- 1983 : création de l'Organisation Mondiale des Personnes Handicapées : *Disabled's People international*
- 1993 : création du Forum Européen des Personnes Handicapées

Il y a eu un fort Lobbying : avis consultatif à l'OMS, ONU, parlement Européen. On a aussi dans ces années l'apparition d'un slogan: « *Nothing for us without us* »

5) CIF = CIH 2 (OMS 2001)

Elle donne une terminologie positive :

- Structures anatomiques et fonctions organiques
- Activités
- Participations

Des facteurs contextuels

- Facteurs environnementaux
- Facteurs personnels

Et souligne une inter-relation bidirectionnelle entre les composantes.

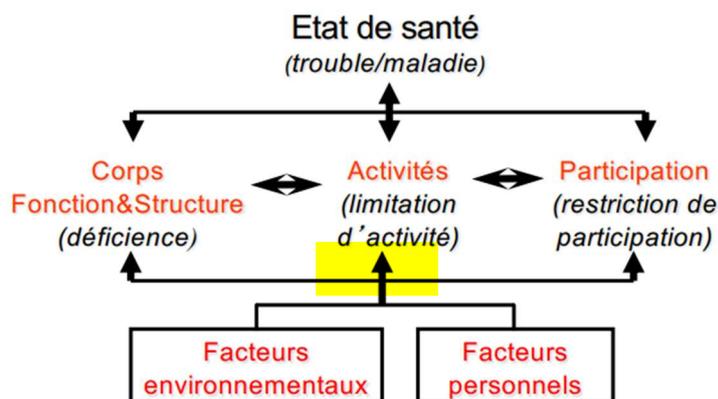
Fonctionnement au niveau de l'organe :

Les fonctions organiques désignent les fonctions physiologiques des systèmes organiques (y compris les fonctions psychologiques).

Les structures anatomiques désignent les parties anatomiques du corps, telle que les organes, les membres et leurs composantes.

Les déficiences désignent des problèmes dans la fonction organique ou la structure anatomique, tels un écart ou une perte importante.

Aphasie = perte du langage



Fonctions organiques	Structures anatomiques
1 - Fonctions mentales	1 - Structures du système nerveux
2 - Fonctions sensorielles et douleur	2 - Œil, oreille et structures annexes
3 - Fonctions de la voix et de la parole	3 - Structures liées à la voix et à la parole
4 - Fonctions des systèmes cardio-vasculaires, hématopoïétique, immunitaire et respiratoire	4 - Structures des systèmes cardio-vasculaires, immunitaire et respiratoire
5 - Fonctions des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	5 - Structures liées aux systèmes digestif, métabolique et endocrinien
6 - Fonctions génito-urinaires et reproductives	6 - Structures liées à l'appareil génito-urinaire
7 - Fonctions de l'appareil locomoteur et liées au mouvement	7 - Structures liées au mouvement
8 - Fonctions de la peau et des structures associées	8 - Peau et structures associées

Fonctionnement au niveau des actes de la vie quotidienne :

L'activité désigne l'exécution d'une tâche (basique) par une personne

- Capacité : réaliser la tâche dans un environnement standard
- Performance : réaliser la tâche dans l'environnement réel

C'est le cas pour les déplacements, transferts, communication, etc.

Les limitations d'activités désignent les difficultés que rencontre une personne dans l'exécution de certaines activités.

Fonctionnement au niveau des situations de vie :

La participation désigne l'implication d'une personne dans une situation de vie réelle. Par exemple les situations familiales, professionnelles, de loisirs...

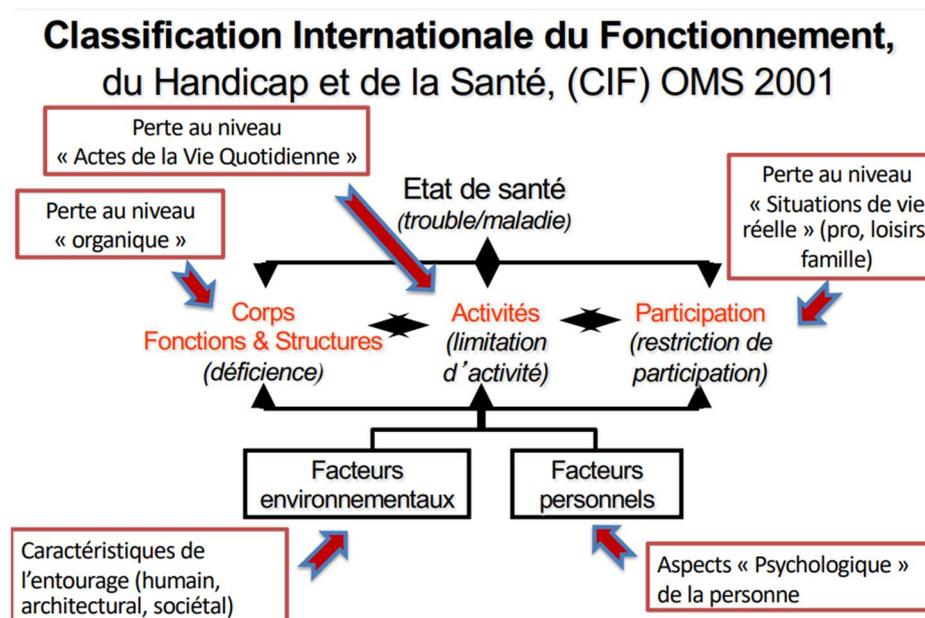
Les restrictions de participations désignent les problèmes qu'une personne peut rencontrer en s'impliquant dans une situation de vie réelle.

Les facteurs environnementaux désignent l'environnement physique, social mais aussi l'attitude dans lequel les gens vivent et perçoivent leur existence.

Les facteurs contextuels extrinsèques sont extérieurs à la personne. Par exemples l'environnement architectural et humain, système de droit, organisation sociétale, attitude sociales...

Les facteurs personnels désignent les facteurs propres au sujet qui influencent la manière dont il vit son handicap. Ce sont des facteurs contextuels intrinsèques. C'est l'exemples de la personnalité, de la faculté de résilience, d'*empowerment*...

Résumé :



IV. Le parcours de la Personne Handicapée

Événement morbide/traumatique a lieu. Il y a une prise en charge médicale initiale (Med / Chir) puis la mise en structure de Soins Médicaux de Réadaptation (SMR, ancienne SSR). Il y a 3 Phases :

- Rééducation
- Réadaptation
- Réinsertion

Il peut y avoir un retour à domicile ou vie en établissement. On voit parfois un chevauchement des dernières étapes.

Les SMR : Soins Médicaux de Réadaptation (ancienne SSR)

Ils sont polyvalents et spécialisés :

- Affection de l'Appareil Locomoteur
- Affection du Système Nerveux
- Affection de la Personne Agée dépendante ou à risque de dépendance
- Affections cardiologiques, respiratoires, etc.

Pour chacune, défini les obligations en terme de :

- Équipe pluridisciplinaire & Médecin responsable
- Plateau technique de rééducation

Spécialité Médicale « transversale » : Médecine Physique et de Réadaptation (MPR)

a. Rééducation

Elle a pour objectif de Réduire les déficiences (rééducation analytique), lutter contre les limitations d'activités (prise en charge fonctionnelle). Interviennent les Kinésithérapeute, Ergothérapeute, Psychomotricien, Orthophoniste, Orthoptiste, Diététicien, Podologue, Neuropsychologue, Educateur APA, Infirmière, Aides-Soignantes...

Exemple de la kinésithérapie :

- Lutte contre les déficiences
 - o Articulaire : gains d'amplitudes articulaires
 - o Motrice : renforcement musculaire
 - o Sensitive et algiques : techniques de physiothérapie antalgiques
- Travail des activités de déplacement : marche, escaliers, transferts (assis-debout, lit-fauteuil, WC, baignoire, voiture)

Exemple de l'orthophonie :

- Lutte contre les déficiences
 - o Motrice : rééducation d'une PF, de la déglutition, etc.
 - o Sensitive : pour la rééducation de la déglutition par ex.
 - o Langage : rééducation de l'aphasie
- Travail des activités de communications chez l'aphasique (expression et compréhension)

Les principes de la rééducation sont :

- L'évaluation (bilans validés et chiffrés si possible)
- La prescription médicale (données scientifiques, *Evident base medicine*)
- La mise en œuvre du programme
- La réévaluation avec la poursuite sur mêmes bases, l'interruption par la fin et le passage à la réadaptation ou la mise en pause. Il peut aussi y avoir une révision du programme

b. Réadaptation

Le principe est de compenser les déficiences par des aides techniques afin d'éviter les limitations d'activités (par des aides techniques ou un aménagement de l'environnement) Par exemple pour la mobilité :

- Canne, déambulateur, chaussures orthopédiques, fauteuil roulant manuel ou électrique...
- Rampe d'accès, monte escalier, aménagement de plein pied, trottoir surbaissé...

c. Réinsertion

Le but est d'améliorer les participations sur le lieu de vie avec une réinsertion sociale, au travail avec une réinsertion professionnelle (qui est parfois précoce : par ex. « Comète France ») et améliorer la participation dans les loisirs et cultures. Il s'agit d'une prise en charge médico-sociale qui est mieux cadrée depuis la loi de 2005.

V. Loi du 11 Février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

« Constitue un handicap toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société. »

« Toute personne handicapée a droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale, qui lui garantit, en vertu de cette obligation, l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens. »

« L'action poursuivie vise à assurer l'accès de l'enfant, de l'adolescent ou de l'adulte handicapé aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population et son maintien dans un cadre ordinaire de scolarité, de travail et de vie. »

« La personne handicapée a droit à la compensation de son handicap. »

« L'Etat est garant de l'égalité de traitement des personnes handicapées sur l'ensemble du territoire. »

a. Les Maisons Départementales Des Personnes Handicapées (MDPH)

C'est la mise en place de la loi du 11 février 2005. Elle dépend du conseil départemental. L'objectif des MDPH :

- Accueil, information, accompagnement, conseil, sensibilisation
- Guichet unique
- Quelques soit l'âge et le handicap (sauf Personnes Agées)

Elles sont dotées d'une équipe pluridisciplinaire :

- Compétences médicale, paramédicale (ergothérapeute), psychologue, assistant-social, professionnels de la formation scolaire, universitaire et professionnelle, du secteur de l'emploi...
- Evaluent les besoins de compensation
- Propose un plan personnalisé de compensation du handicap

La Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) statue des champs différents :

- Travail (Reconnaissance, orientation, formation)
- Vie en institution (accès en MAS, FAM, ...)
- Revenu : Allocations si absence de rente de la Sécurité Sociale
- Carte Mobilité Inclusion, qui remplace :
 - o Carte de priorité PH (pour les transports en commun)
 - o Carte d'invalidité (si incapacité > 80%, avantages fiscaux avec ½ part pour l'IR)
 - o Carte Européenne de Stationnement
- Prestation de Compensation du Handicap (PCH) qui finance les dépenses liées à :
 - o Un besoin d'aide humaine : auxiliaire de vie, AVS, AVPro
 - o Un besoin d'aide technique : Fauteuil Roulant...
 - o Un besoin d'aménagement du domicile ou du lieu de travail ou du véhicule
 - o Un besoin d'aide animalière

Toutes ces actions sont mises en place afin de réaliser le Plan Personnalisé de Compensation du Handicap et le projet de vie choisi.

VI. Indépendance économique (« je vais passer vite dessus »)

C'est la compensation « salariale » de la Personne Handicapée.

a. Cas de figure 1 : la sécurité sociale intervient

C'est un droit de base chez l'adulte :

- Droits contributifs (acquis par le travail avec des cotisations à la Sécurité Sociale)
- Uniquement si la PH a travaillé et cotisé avant son handicap

Elle donne le droit de recevoir de la Sécurité Sociale :

- 3 ans d'Indemnité Journalière en Arrêt de Travail
- Puis une pension d'invalidité
 - o 1ère catégorie (Travail à Temps Partiel possible)
 - o 2ème catégorie (incapacité au Travail)
 - o 3ème catégorie (majoration tierce personne) : compensation salariale + de la dépendance

Attention, il ne faut pas confondre avec la « gratuité » des soins par la Sécurité Sociale. La déclaration en Affection de Longue Durée (ALD) est prise en charge du tiers payant par la SS (« patient à 100% »)

b. Cas de Figure n°2 : En l'absence de droits à la Sécurité Sociale

C'est un système de solidarité qui se met en place grâce au Conseil Départemental

Pour les adultes : Allocation Adultes Handicapés (MDPH)

- 750000 personnes
- Si incapacité > 80% ou >50 % mais travail impossible
- Vient compléter les autres revenus à revenu minimal (environ 10K€/an pour un célibataire sans enfant)

Allocation d'Education d'Enfant Handicapé (MDPH) : compensation de la dépendance

Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) :

- o Compensation de la dépendance
- o Par le Conseil Départemental si > 60 (ou 65) ans

VII. Orientation de la personne handicapée dépendante

a. Cas de Figure n°1 : Vie en milieu familial

La dépendance dépend fortement de l'environnement humain et des adaptations du logement :

- Adaptations : WC, salle de bains, circulations, fauteuil - roulant, aides techniques, ...
- Aides Humaines : Familles... et « tierce personne » :
 - o Auxiliaires de vie financée par la PCH : aide à la personne (si < 60/65 ans)
 - o Aide-ménagère (en général financée par la PH ou APA)

Elle nécessite des professionnels :

- Médecin Généraliste
- Rééducateurs : Kiné, Orthophoniste (sur prescription)
- Infirmières libérales, Aides-Soignantes (sur prescription, SSIAD)

Hospitalisation à Domicile si soins complexes pour une durée limitée.

b. Cas du Figure n°2 : Vie en institution (adulte)

Plusieurs institutions pour les adultes existent :

- Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) : pour les sujets totalement dépendants nécessitant des soins et une surveillance médicale constants (financement SS)
- Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM) : Pour les patients dépendants nécessitant des soins (financement SS pour la partie soins uniquement)
- Les foyers d'hébergement accueillent les travailleurs handicapés qui exercent en milieu adapté.
- Les foyers de vie ou foyers occupationnels : patients autonomes inaptes au travail

Pour les personnes âgées ce sont les Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) qui prennent le relais. Ils sont financés en majorité par la personne handicapée et possibilité d'aide de l'APA.

VIII. La protection juridique

Dans le cas où la personne est dans l'incapacité de prendre des décisions, il y a une sauvegarde de justice, c'est-à-dire qu'il faut des déclarations au procureur de la république qui permet un examen rétro-actif des décisions. Elle est valable 1 an et renouvelable 1 fois.

La curatelle : « assistance » consiste en un signalement au Juge des tutelles permettant l'aide à gestion des ressources et biens. Le curateur assiste la personne handicapée pour les actes de disposition (qui engagent le patrimoine). La personne sous curatelle a le droit de vote mais ne peut pas être élu

La tutelle : « représentation » consiste en un signalement au Juge des tutelles pour une substitution totale : le tuteur gère les biens de la personne handicapée et le droit elle a le droit de vote mais ne peut pas être élu.

IX. Handisport et loisirs

Objectifs :

- Mobilité
- Indépendance physique
- Occupations
- Relations avec autrui (reconnaissance)
- Vie communautaire, sociale et civique
- Impact économique (intégration professionnelle)
- L'estime de soi, ...
- Qualité de vie +++
- Fédération handisport : foot fauteuil ou non voyant, quad rugby, basket, tennis, athlétisme, ski, tir à l'arc, sarbacane, danse...

X. Conclusion

La prise en charge des personnes handicapées par une société est le reflet du fonctionnement de cette société en termes de responsabilité, de solidarité, de générosité, de civisme.

La démarche sociétale et individuelle vis-à-vis des personnes handicapées doit être citoyenne :

- La personne handicapée doit bénéficier du maximum de liberté possible
- La personne handicapée doit pouvoir bénéficier pleinement de l'égalité de ses droits mais aussi de ses chances
- La personne handicapée doit être accueillie fraternellement

Christophe B :

- 33 ans, conseillé clientèle chez Orange
- Paraplégique à 19 ans (AVP 2 Roues seul)
- Vit seul dans maison adaptée, véhicule adapté
- Histoire de lésion cutanée durant 3 ans
- Handbike tous les WE et ski l'hiver
- Basket auparavant et Athlétisme (marathon : 3h)
- Q : « Pourquoi êtes-vous handicapé ? »
- R : « Je ne suis pas handicapé, je suis autonome à 100%... Enfin à 99 car on n'est jamais à 100% ! »