



Tutorat 2024-2025



FORMATION EN SOINS
INFIRMIERS
PREFMS CHU DE TOULOUSE
Rédaction 2023-2024

Semestre 2

UEC 11
Handicap

Ce cours vous est proposé bénévolement par le Tutorat Les Nuits Blanches qui en est sa propriété. Il n'a bénéficié d'aucune relecture par l'équipe pédagogique de la Licence Sciences pour la Santé et de l'IFSI. Il est ainsi un outil supplémentaire, qui ne subsiste pas aux contenus diffusés par la faculté et l'institut en soins infirmiers.

Classification internationale du fonctionnement

I.	HISTOIRE DU HANDICAP	3
II.	CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES DEFICIENCES, INCAPACITES, HANDICAPS CIH1 OU CIDIH	3
1.	DEFICIENCES	4
2.	INCAPACITES	4
3.	DESAVANTAGES.....	4
4.	1 ^{ERE} CLASSIFICATION : CIDIH : LES INCONVENIENTS.....	5
5.	LA PERSONNE DANS TOUT ÇA ?.....	5
6.	LA FORCE POLITIQUE DES PSH.....	5
III.	LA CIF	5
1.	LE PARCOURS DE LA PERSONNE HANDICAPEE	7
2.	SOINS MEDICAUX ET DE READAPTATION (SMR)	7
3.	PRISE EN CHARGE : REEDUCATION	7
a.	<i>Principes de la rééducation.....</i>	<i>8</i>
4.	PRISE EN CHARGE : READAPTATION	8
5.	PRISE EN CHARGE : REINSERTION.....	8
6.	LOI DU 11 FEVRIER 2005	8
IV.	LA MAISON DEPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPEES	8
V.	INDEPENDANCE ECONOMIQUE : COMPENSATION « SALARIALE » DE LA PH	9
VI.	ORIENTATION SI LA PERSONNE HANDICAPEE EST DEPENDANTE	10
VII.	LA PROTECTION JURIDIQUE	10
VIII.	PARA SPORT ET LOISIRS	11
IX.	CONCLUSION.....	11

I. Histoire du handicap

Le terme handicap vient d'une **étymologie positive** : hand in cap (égaliser les chances de victoires entre joueurs)

La conception du handicap est très **individuelle**. Le handicap est attribué à un malade porteur de handicap **moteur**, handicap **sensoriel**, handicap **psychique** ou **polyhandicap**.

Il y a **différentes visions** et réponses :

- Médicale / réparative
- Compassionnelle / caritative

Le terme handicap devient ensuite une **définition négative**, plus individuelle et concernant les conséquences de la maladie.

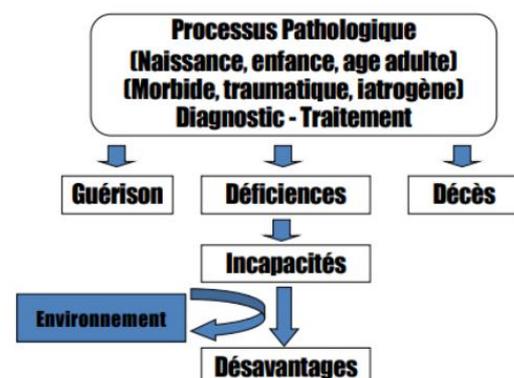
L'histoire des classifications des maladies :

- **1893** : nomenclature des causes de décès (bases de la classification internationale des maladies, traumatismes et causes de décès)
- **1948** : 6^e révision CIM (Classification Internationale des Maladies) (définition de la santé)
- **1990** : CIM 10 (mise en place des révisions annuelles)
- **En cours d'élaboration** : CIM 11 qui devrait intégrer une « description des conséquences des maladies » : la CIF

II. Classification Internationale des Déficiences, Incapacités, Handicaps CIH1 ou CIDIH

Le docteur Philip Wood est un rhumatologue travaillant sur la polyarthrite rhumatoïde et ses conséquences.

Il publie en 1980, la **CIDIH**. C'est un manuel de **classification des conséquences** des maladies. Sa traduction française est le **CIH**. C'est le modèle Tridimensionnel de Wood.



1. Déficiences

Dans le domaine de la santé, la **déficience** correspond à toute **perte de substance ou altération** d'une fonction ou d'une structure psychologique, physiologique ou anatomique.

Il y a :

- Déficiences intellectuelles
- Autres déficiences du psychisme
- Déficiences du langage et de la parole
- Déficiences auditives
- Déficiences de l'appareil oculaire
- Déficiences des autres organes
- Déficiences du squelette et de l'appareil de soutien
- Déficiences esthétiques
- 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.

Il y a :

- Incapacités concernant le comportement
- Incapacités concernant la communication
- Incapacités concernant les soins corporels
- Incapacités concernant la locomotion
- Incapacités concernant l'utilisation du corps dans certaines tâches
- Maladresse
- Incapacités révélées par certaines situations
- Incapacités concernant des aptitudes particulières
- Autres restrictions d'activité

3. Désavantages

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 socioculturels.

Liste des dimensions des désavantages (Rôles de survie) :

- Désavantages d'orientation
- Désavantages d'indépendance physique
- Désavantages de mobilité
- Désavantages d'occupations

- Désavantages d'intégration sociale
- Désavantages d'indépendance économique
- Autres désavantages / Autres handicaps

4. 1^{ère} classification : CIDIH : les inconvénients

Cette classification introduit la **notion de handicap** comme un **désavantage social**. Cela devient donc une responsabilité de la société.

La vision de ce terme est très **verticale, déductive et hiérarchisée**, la déficience est l'élément causal et donc fondamental.

Il fait référence à une norme sociale : l'exclusion de la personnalité.

La vision devient plus positive en **2001** avec la **CIF**.

5. La personne dans tout ça ?

Il y a l'apparition du mouvement « **Independent Living** » aux USA en 1960. Ce mouvement est une alternative à l'institutionnalisation des personnes en situation de handicap et aux pratiques rééducatives traditionnelles. Les principes utilisés sont :

- L'**auto-détermination**
- L'**expertise** des personnes en situation de handicap
- L'**autogestion** des centres de ressources

Ce mouvement permet une vision patient-centrée.

6. La force politique des PSH

C'est la diffusion du modèle et du concept du mouvement « Independent Living » dans le monde :

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

Il y a donc le lobbying, qui est un avis consultatif à l'OMS, à l'ONU et au Parlement Européen. Leur slogan est « **Nothing for us without us** ».

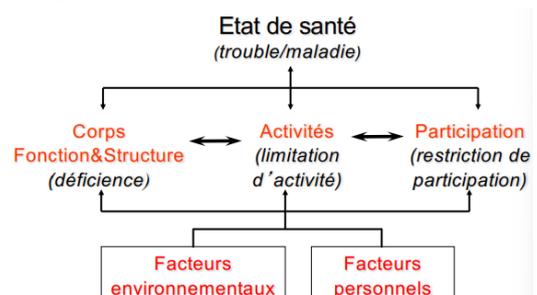
III. La CIF

La **CIF** a été créée par l'OMS en **2001**, c'est le 2^{ème} CIH. La CIF a une **terminologie positive**, grâce à des structures anatomiques et des fonctions organiques, des activités, ainsi que la participation.

Elle a des facteurs contextuels :

- Facteurs **environnementaux**
- Facteurs **personnels**

Il y a une **interaction bidirectionnelle** entre les composantes.



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.

C'est le fonctionnement au niveau de **l'organe**.

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

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

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

Cela impacte le fonctionnement au niveau des **actes de la vie quotidienne**.

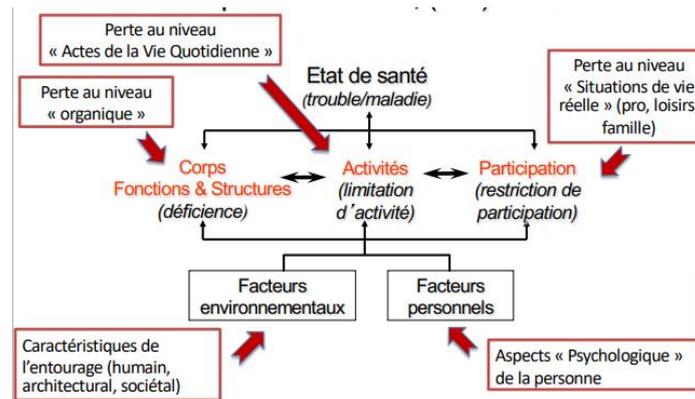
La **participation** désigne l'implication d'une personne dans une situation de vie réelle.

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

Cela impacte le fonctionnement au niveau des **Situations de Vie Réelles**.

Les **facteurs environnementaux** désignent l'environnement physique, social mais aussi l'attitude dans lequel les gens vivent et perçoivent leur existence. Ce sont des **facteurs contextuels extrinsèques**, c'est-à-dire extérieurs à la personne.

Les **facteurs personnels** désignent les facteurs propres au sujet qui influencent la manière dont il vit son handicap. Ce sont des **facteurs contextuels intrinsèques**.



1. Le parcours de la personne handicapée

Ce parcours commence par l'**évènement morbide, traumatique**. Il faut donc une prise en charge médicale initiale. Les soins médicaux et de réadaptation se font en **3 phases** :

- **Rééducation**
- **Réadaptation**
- **Réinsertion**

Le patient a ensuite un retour à domicile ou une vie en établissement. Il peut y avoir un chevauchement des dernières étapes.

2. Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR)

Les SMR sont **polyvalents**. Ils sont **spécialisés** :

- Affection de l'appareil locomoteur
- Affection du système nerveux
- Affection gériatrique
- Affection cardiologique, respiratoires...

Pour chacune des affections, il y a des **obligations** en termes d'**équipe pluridisciplinaire**, de **médecin responsable** et de plateau technique de rééducation.

La Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) est une **spécialité médicale transversale**.

3. Prise en charge : rééducation

La **rééducation** permet de réduire les déficiences (rééducation analytique) et de lutter contre les limitations d'activités (prise en charge fonctionnelle).

Les **professionnels de santé** sont : les kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, orthoptiste, diététicien, podologue, neuropsychologue, éducateur activité physique adaptée, infirmière, aides-soignantes.

a. Principes de la rééducation

Les principes de la rééducation sont :

- **Évaluation** : bilans validés et chiffrés si possible
- **Prescription médicale** : données scientifiques, EBM (Evidence Based Medicine)
- **Mise en œuvre du programme**
- **Réévaluation** : poursuite sur de mêmes bases ; interruption (fin, pause) ; révision du programme

4. Prise en charge : réadaptation

La **réadaptation** permet de compenser les déficiences par des aides techniques et d'éviter les limitations d'activités (par des aides techniques ou un aménagement de l'environnement).

5. Prise en charge : réinsertion

La **réinsertion** permet d'améliorer les participations. Il y a une réinsertion sociale et une réinsertion professionnelle.

Cela touche le **secteur médico-social** : UERO, et le **secteur sanitaire** : « Comète France », réinsertion précoce.

Les **loisirs** et **cultures** sont dans les secteurs médico-social et associatif. Il s'agit d'une prise en charge médico-sociale. Elle est mieux cadrée depuis la **loi de 2005**.

6. Loi du 11 Février 2005

« 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'État est **garant de l'égalité** de traitement des personnes handicapées sur l'ensemble du territoire »

IV. La maison départementale des personnes handicapées

Elles ont été créées par la **loi de février 2005**. Elles dépendent du **Conseil Départemental**.

Les objectifs des MDPH sont :

- **Accueil, information, accompagnement, conseil, sensibilisation**
- Guichet unique
- Quel que soit l'âge et le handicap (sauf personnes âgées)

Elles sont dotées d'**équipes pluridisciplinaires** :

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

Il y a des **commissions des droits et de l'autonomie des PH** (CDAPH) : elle statue dans les champs de :

- 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 :
 - Carte de priorité PH (pour les transports en commun)
 - Carte d'invalidité (si incapacité > 80%, avantages fiscaux avec ½ part pour l'IR)
 - Carte Européenne de Stationnement
- Prestation de Compensation du Handicap (PCH)

Il y a aussi des **Prestation de Compensation du Handicap** (PCH) qui finance les dépenses liées à :

- Un besoin d'aide humaine : auxiliaire de vie, AVS, AVPro
- Un besoin d'aide technique : Fauteuil Roulant...
- Un besoin d'aménagement du domicile ou du lieu de travail ou du véhicule
- Un besoin d'aide animalière

Elles sont là afin de réaliser le Plan Personnalisé de Compensation du Handicap. Elle suit le projet de vie choisi.

V. Indépendance économique : compensation « salariale » de la PH

La **sécurité sociale** intervient pour :

- Les **droits de base** chez l'adulte
 - Droits contributifs (acquis par le travail avec des cotisations à la Sécurité Sociale)
 - Uniquement si la personne handicapée a travaillé et cotisé avant son handicap
- Donne le **droit de recevoir de la Sécurité Sociale**
 - 3 ans d'Indemnité Journalière en Arrêt de Travail
 - Puis une pension d'invalidité
 - 1ère catégorie (Travail à Temps Partiel Possible)
 - 2ème catégorie (incapacité au travail)
 - 3ème catégorie (majoration tierce personne) : compensation salariale + dépendance

Attention à ne pas confondre avec la gratuité des soins par la Sécurité Sociale.

- **Déclaration en Affection de Longue Durée (ALD)** : prise en charge du tiers payant par la SS (« patient à 100 % »)

En l'absence de droit à la Sécurité Sociale, il existe un **système de solidarité** grâce au Conseil Départemental :

- **Adulte : Allocation Adulte Handicapés (MDPH)** = 750 000 personnes
 - Si incapacité > 80 % ou > 50 % mais travail impossible
 - Vient compléter les autres revenus : revenu minimal (environ 10 000 €/an pour un célib)
- **Allocation d'Éducation d'Enfant Handicapé (MDPH)** : compensation de la dépendance
- **Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)** : compensation de la dépendance par le Conseil Départemental si > 60 (ou 65) ans

VI. Orientation si la personne handicapée est dépendante

Pour la vie en milieu familial :

- Dépend 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 » :
 - AV financée par la PCH : aide à la personne (si < 60/65 ans)
 - Aide-ménagère (en général financée par la PH ou APA)
- 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

Pour la vie en institution (adulte) :

- **Maisons d'Accueil Spécialisées - MAS** : sujets totalement dépendants nécessitant des soins et une surveillance médicale constants (financement SS)
- **Foyers d'Accueil Médicalisés – FAM** : patients dépendants nécessitant des soins (financement SS pour la partie soins uniquement)
- **Foyers d'hébergement** : accueillent les travailleurs handicapés qui exercent en milieu adapté.
- **Foyers de vie ou foyers occupationnels** : patients autonomes inaptes au travail
- **Établissement Hébergeant des Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD)** : financement en majorité par la PH et possibilité d'aide de l'APA (C Départ.)

VII. La protection juridique

Elle est utilisée dans le cas où la personne est dans l'**incapacité de prendre des décisions**.

Il y a une **sauvegarde de justice** :

- Déclaration au procureur de la république
- Permet un examen rétroactif des décisions
- Valable **1 an**, renouvelable 1 fois

La **curatelle** équivaut à l'« **assistance** » :

- Signalement au Juge des tutelles
- Aide à gestion des ressources et biens : le curateur assiste la PH pour les actes de disposition (qui engagent le patrimoine)
- Droits de vote mais ne peut pas être élu

La **tutelle** équivaut à la « **représentation** » :

- Signalement au Juge des tutelles
- Substitution totale : le tuteur gère les biens de la PH
- Droits de vote mais ne peut pas être élu

VIII. Para sport et loisirs

Les **objectifs** sont : la mobilité, l'indépendance physique, les occupations, les relations avec autrui (reconnaissance), la vie communautaire, sociale et civique, l'impact économique (intégration professionnelle), l'estime de soi, la qualité de vie...

IX. 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**