

Item 49

Principes d'évaluation et de compensation du handicap

Objectifs pédagogiques

- Évaluer une incapacité (limitation d'activité) ou un handicap (restriction de participation).
- Analyser le retentissement du handicap en matière d'orientation professionnelle et de participation sociale.
- Connaître les ressources sanitaires et médico-sociales en réponse au handicap.

Plan

Aller à :

> [Évaluation clinique et fonctionnelle](#)

> [Qu'appelle-t-on « handicap » ?](#)

- Définitions et concepts
- Importance des facteurs contextuels

> [Pourquoi et comment évaluer la fonction et les handicaps ?](#)

- Échelles de déficiences et symptômes
- Échelles de fonction
- Évaluation des handicaps et projet de vie
- Concept de qualité de la vie

> [Retentissement social et professionnel](#)

> [Retour à domicile d'une personne handicapée](#)

- Aides humaines
- Matériels et techniques d'amélioration de l'autonomie et des soins
- Ressources financières et invalidité
- Accessibilité du logement et de la ville
- Conduite automobile et handicap
- Structures d'hébergement pour personnes adultes handicapées

> [Image du handicap dans la société](#)

> [Vie sociale et loisirs](#)

> [Associations](#)

> [Retentissement professionnel du handicap](#)

I. EVALUATION CLINIQUE ET FONCTIONNELLE

- **Le modèle traditionnel de la médecine concerne le diagnostic des affections médicales et chirurgicales et leur traitement.**
- **Cette approche, indispensable, ne prend toutefois pas, ou très peu, en compte les conséquences fonctionnelles de ces affections sur la vie quotidienne des individus. Ces aspects sont pourtant essentiels puisque c'est sous cet angle que le patient consulte habituellement son médecin et qu'il apprécie l'efficacité des traitements mis en œuvre. Aussi est-il important de les analyser et de les évaluer pour mettre en œuvre les moyens en vue de les réduire.**

A. Qu'appelle-t-on « handicap » ?



> voir [Conseils ENC](#)

- **L'amélioration de l'état de santé dans les pays développés s'accompagne d'un poids croissant des maladies chroniques vis-à-vis des maladies aiguës. La réduction de la morbidité devient un impératif à côté de la réduction de la mortalité. Si l'espérance de vie a augmenté de façon continue, la préoccupation de la qualité de vie s'est inscrite dans la durée de vie, traduite dans l'expression gériatrique « donner de la vie aux années ».**

Pour les individus comme pour notre système sanitaire et de solidarité, le recul du handicap est devenu d'autant plus crucial que l'espérance d'une guérison des maladies chroniques et des séquelles d'accidents de la vie ne paraît pas à la portée des avancées scientifiques à moyen terme.

- **L'enjeu économique** est également important : le coût direct lié au handicap et à la perte d'autonomie a été estimé en France pour 2007 à près de 50 milliards d'euros.

– Certaines pathologies ont clairement plus d'impact sur les décès que sur les incapacités > voir [Tableau I](#).

Ce sont en particulier les maladies cardiovasculaires, les tumeurs malignes et maladies infectieuses.

– D'autres maladies, en revanche, ont un impact beaucoup plus important sur les incapacités, notamment les affections neuropsychiatriques au premier rang desquelles la dépression, les démences, les affections ostéo-articulaires (arthrose), les maladies des organes des sens, en particulier la surdité, les affections respiratoires chroniques et enfin les traumatismes. Les facteurs de risque spécifiques de survenue des incapacités sont moins bien étudiés et moins bien connus que ceux liés à la mortalité.

- **Deux classifications successives de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) précisent les conséquences des maladies.** > Voir [Encadré 1](#)

– Fondé sur Le modèle de Philip Wood la **classification internationale des déficiences, incapacités, handicaps (CIDIH)**, complète de la **classification internationale des maladies (CIM)** : elle décrit l'ensemble des phénomènes qui se succèdent à la lésion et conduisent au handicap.
> voir [Tableau II](#).

– *Aujourd'hui la CIF (classification internationale du fonctionnement) est l'outil à privilégier.*

● **La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) est parue en 2001 pour remplacer la CIDIH. Il s'agit d'une approche qui se veut moins négative, fondée sur la santé et non la maladie, sur les possibilités plus que sur les manques.**

● Cette approche prend davantage en compte les facteurs environnementaux, elle parle :

- d'activité et non plus d'incapacité ;
- et de participation et non plus de handicap.

1. Définitions et concepts

• Dans la **classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé**, l'OMS propose la définition suivante : « Handicap est le terme générique qui désigne les déficiences, les limitations d'activité et les restrictions de participation. » Une définition plus explicite est offerte par la loi française du 11 février 2005, « Pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées »
> [Voir Encadré 2](#)

• Cette définition s'appuie sur d'autres définitions :

- la **déficience** : désigne les altérations de la fonction organique ou de la structure anatomique, tel qu'un écart ou une perte importante ;
- l'**activité** : désigne l'exécution d'une tâche ou d'une action par une personne ;
- la **participation** : désigne l'implication d'une personne dans une situation de vie réelle.

• Le **fonctionnement** décrit le versant positif des composantes d'activité et de participation ; le terme de handicap désigne le versant négatif. Ces termes remplacent ceux d'incapacité et de désavantage social, jugés trop négatifs, précédemment utilisés dans la CIDIH (classification des déficiences, incapacités et handicaps OMS, ou modèle de Wood).

> La structure de la CIF est schématisée dans le > [voir tableau III](#).

> Pourquoi la CIF ? L'esprit de la CIF : la déclaration de Madrid : [voir Encadré 3](#)

Site à consulter si vous voulez en savoir plus : > www.who.int/classifications/icf

1.1. Importance des facteurs contextuels ou environnementaux

- Ces facteurs, qui ont une influence sur les activités et la participation, sont essentiels à reconnaître.
 - Il s'agit en particulier des **facteurs environnementaux**, que la CIF distingue en **facteurs individuels** (environnement immédiat, domicile, lieu de travail ou école) et en **facteurs sociétaux** (structures sociales, services, règles de conduite...).
 - S'y ajoutent des **facteurs personnels** (caractéristiques de la personne : âge, sexe, condition physique...).
- Ainsi, le handicap n'est pas la simple conséquence d'une maladie ou d'un traumatisme. Il dépend aussi beaucoup de facteurs environnementaux.
 - ♦ Réduire les handicaps relève en partie de la médecine mais aussi pour une large part de la société.

→ Ces deux approches sont souvent décrites sous la forme de deux modèles complémentaires : un « modèle intégratif », où la réduction des handicaps passe principalement par une adaptation de l'individu, et un « modèle participatif », où la réduction des handicaps passe prioritairement par une adaptation de la société.
- Cette définition du handicap et son évaluation s'appliquent aussi bien aux enfants qu'aux adultes.

> Voir [Exemple clinique](#)

B. Pourquoi et comment évaluer la fonction et les handicaps ?



> voir [Conseils ENC](#)

1. Échelles de déficiences et symptômes

- En médecine, on évalue le plus souvent les déficiences ou les symptômes, pour lesquels existent de nombreuses échelles spécifiques : douleur (échelle visuelle analogique EVA), paralysie (testing musculaire Medical Research Council MRC), scores moteurs divers, raideurs articulaires (amplitude active et passive par bilan de mobilité articulaire en degrés), spasticité (échelle d'Ashworth), détérioration et démence (Mini mental state MMS), coma (Glasgow coma scale)...
- Ces échelles mesurant un symptôme ou un trouble, ne mesurent pas son retentissement. Il est pourtant essentiel de pouvoir mesurer le retentissement fonctionnel d'une maladie ou d'une déficience, c'est-à-dire les limitations d'activité et si possible les limitations de participation pour le patient.

→ Quelques échelles et outils évaluent cependant à la fois déficience, symptômes et fonction tels le catalogue mictionnel ou le score EDSS utilisé dans la SEP décrit plus loin.

2. Échelles de fonction

- La **fonction** peut s'évaluer de trois grandes manières différentes et complémentaires : l'examen clinique en consultation, l'utilisation d'échelles et l'analyse instrumentale. Pour avoir le plus de sens possible, l'évaluation de la fonction doit être la plus proche possible de la réalité quotidienne du patient ; on parle alors parfois d'évaluation écologique.
- Si les échelles ne sont pas indispensables dans la pratique quotidienne, elles sont toutefois **très utiles pour** :
 - structurer l'examen,
 - évaluer l'évolution du malade dans le cadre de traitement individuel,
 - comparer à d'autres dans le cadre de protocoles de recherche clinique.
- Il est assez aisé d'évaluer toutes les fonctions (marche, préhension, communication, déglutition, audition...),

- à l'aide de **mesures et d'échelles** qui peuvent être :
- spécifiques de la fonction ou d'une maladie ;
 - ou globales dites génériques.

> Les échelles d'évaluation abordées dans ce chapitre sont accessibles sur le site www.cofemer.fr.

a.- Échelles spécifiques de la fonction et de la maladie

Elles seront illustrées à partir d'exemples cliniques.

- ◆ **Handicap moteur d'origine rhumatologique** : exemple de la coxarthrose
 - > [Exemple 1](#) ; coxarthrose
 - > [Indice algo-fonctionnel de Lequesne utilisé pour la coxarthrose](#)
- ◆ **Handicap moteur d'origine neurologique** : exemple de l'hémiplégie vasculaire
 - > [Exemple 2](#) : hémiplégie vasculaire
 - > [Timed Up and Go test](#)
- ◆ **Handicap cognitif de l'adulte** : exemple du patient aphasique
 - > [Exemple 3](#) : aphasie
- ◆ **Handicap cognitif de l'enfant** : exemple du retard mental
 - > [Exemple 4](#) : retard mental
- ◆ **Handicap d'origine respiratoire** : exemple de la BPCO
 - > [Exemple 5](#) : BPCO
 - > [Echelle de Borg](#)

Le handicap d'origine respiratoire, de plus en plus fréquent, relève de deux causes principales : la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et les déficiences respiratoires des maladies neuromusculaires chroniques. La BPCO est la plus typique et la plus fréquente des affections respiratoires chroniques.

b.- Échelles génériques

- Les échelles génériques mesurent plus globalement le retentissement fonctionnel dans la vie d'un patient sur diverses activités et sont utilisées quelle que soit la pathologie.
- Pour toutes ces échelles fonctionnelles, il faut noter qu'un bon score ne signifie pas l'absence de déficience. Ainsi, la persistance d'un déficit moteur peut ne pas avoir de retentissement fonctionnel tel qu'il est évalué par les échelles.

• Cinq échelles, choisies pour leur large utilisation, sont présentées à titre d'exemple

- ◆ **Echelle de Rankin** > voir [tableau VIII](#)
 - Il s'agit d'une échelle très globale du handicap, essentiellement utilisée dans les séquelles neurologiques motrices, AVC principalement.
- ◆ **Index de Barthel** > voir [tableau IX](#)
 - Il est largement utilisé pour les pathologies neurologiques et plus particulièrement les hémiplégiques. Il est simple d'emploi et mesure 10 activités avec un score allant de 0 (dépendance totale) à 100 (aucune dépendance).
 - Il donne rapidement une indication sur la situation fonctionnelle : état grabataire de 0 à 20, dépendance permettant d'envisager un retour à domicile au-dessus de 60. Un score à 100 signifie que le sujet est indépendant (sur les items moteurs mesurés) mais ne signifie pas pour autant que le sujet n'a plus de déficience.
 - L'index de Barthel a l'inconvénient de ne pas prendre en compte les fonctions cognitives et comportementales.
- ◆ **Mesure d'indépendance fonctionnelle (MIF)** > voir [tableau X](#) et > voir [fig.1](#)
 - La mesure de l'indépendance fonctionnelle est un peu moins simple que l'index de Barthel car elle comporte 18 items, mesurés chacun selon 7 niveaux, mais elle est plus complète notamment grâce à l'adjonction d'items cognitifs. Elle est plus sensible aux changements. Elle

peut être très largement utilisée quelles que soient les pathologies et déficiences en cause. C'est un bon outil, validé en français, pour comparer les états fonctionnels et cibler les besoins en rééducation et en réadaptation ; elle est sensible au changement. Elle est très utilisée dans les services de MPR.

- Une mesure d'indépendance fonctionnelle spécifique pour les enfants a été élaborée (MIF-mômes).

◇ ***Échelle d'activités instrumentales de la vie courante (IADL)*** > voir [tableau XI](#)

- Elle est utilisée quand coexistent des troubles cognitifs en particulier en gériatrie

◇ ***Grille AGGIR (Autonomie Gériatrique – Groupes Iso-Ressources)*** > voir [tableau XII](#)

- Il s'agit d'une grille très utilisée en gériatrie, en particulier pour décrire le niveau d'aide que nécessitent les patients âgés de plus de 60 ans pour l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie

En fonction de ces éléments d'autonomie, le sujet va être placé dans un groupe de dépendance (GIR). À titre d'information, seuls les groupes GIR 1 à 4 peuvent bénéficier de l'allocation > voir [tableau XIII](#).

3. Évaluation des handicaps et projet de vie

- Évaluer les handicaps ne peut évidemment se limiter à l'évaluation des fonctions mais doit tenir compte du mode de vie propre du sujet.
- Les programmes de rééducation et de réadaptation n'ont de sens que s'ils sont personnalisés, non seulement en fonction des déficiences du sujet mais surtout en fonction de ses besoins : mode de vie habituel, place dans la famille et dans la société, profession, loisirs, projets...
- Ainsi l'évaluation des handicaps, au sens le plus large du terme, s'intéresse au projet de vie du sujet. Celui-ci doit être au cœur de tout acte médical et particulièrement de la rééducation et de la réadaptation. Les maisons départementales des personnes handicapées (voir infra), dans leur mission de prestation de compensation du handicap, doivent s'appuyer sur le projet de vie spécifique de chaque individu.

4. Concept de qualité de la vie

- L'OMS définit la qualité de la vie comme un « **sentiment subjectif de complet bien-être physique, moral et social** ». C'est un concept différent de la santé, de l'absence de maladie ou de handicap : on peut avoir une bonne récupération après une maladie ou un accident, ne pas garder de limitations d'activité importantes, et pourtant ne pas être heureux, et estimer que l'on a une mauvaise qualité de vie.

Par exemple, certains patients victimes d'accidents vasculaires cérébraux rapidement résolutifs, sans séquelle, ou de traumatisme crânien léger, éprouvent d'importantes difficultés psychologiques à reprendre leurs activités antérieures, et déclarent que toute leur vie a changé. Ils sont insatisfaits de leur vie globalement, ou de certains aspects tels que l'activité professionnelle, les loisirs ou la vie sexuelle. De nombreuses études montrent que les lombalgiques chroniques souffrent eux aussi d'une mauvaise qualité de la vie, bien que cette affection ne soit pas une maladie grave en soi, mettant en danger leur vie. À l'inverse, des personnes victimes de handicaps sévères, tels qu'une paraplégie, peuvent mobiliser des ressources psychologiques fortes et retrouver une bonne qualité de vie.

- La qualité de vie des proches (aidants, personnes ressource) est aussi importante et constitue une cible potentielle d'interventions (information, entretiens familiaux, aides humaines, séjours de répit...).
- Le concept de qualité de vie, qui s'est d'abord développé en cancérologie, puis en psychiatrie et en gériatrie, a pris ces dernières années une place importante dans le repérage des actions à mener en faveur des personnes handicapées, et dans l'évaluation du bénéfice apporté à long terme par les techniques de rééducation et réadaptation.

◇ De nombreux questionnaires et échelles, génériques et spécifiques, sont proposés pour évaluer la qualité de la vie. Parmi les génériques, la **WHO-QOL**, le **Nottingham Health Profile** et le **questionnaire SF-36** (Medical Outcome Study short form-36) traduits et validés en français, sont les plus utilisés.

◇ Mais il faut distinguer la qualité de la vie, au sens de conditions de vie et d'autonomie, objectivables par un tiers à l'aide de ces échelles, et le sentiment de satisfaction de vie et des soins reçus, qui reste, lui, entièrement subjectif.

◇ Un abord plus restrictif est celui de qualité de vie liée à la santé. Cette dernière dimension est de plus en plus fréquemment prise en compte pour évaluer le bénéfice d'une thérapeutique.

II. RETENTISSEMENT SOCIAL ET PROFESSIONNEL



> [Conseils ENC](#)

• *Le handicap a des répercussions sur l'ensemble de la vie de la personne, tant dans sa vie personnelle et familiale, que dans sa vie sociale et dans sa vie professionnelle.*

• L'objectif de tous les programmes de rééducation et de réadaptation est, chaque fois que possible, le retour ou le maintien au domicile et la reprise d'une activité professionnelle. Cela nécessite une analyse personnalisée du milieu familial, de l'environnement architectural et professionnel et de l'environnement financier. Cette organisation implique complètement la personne handicapée et doit correspondre à son projet de vie.

• La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées définit les grandes orientations en matière de compensation de handicaps. Elle vise à instaurer un guichet unique, la **maison départementale des personnes handicapées (MDPH)** placée sous la direction du conseil général. Elle s'adresse aussi bien aux enfants qu'aux adultes remplaçant la COTOREP et la Commission d'éducation spéciale qui ont disparu. Elle comporte une équipe pluridisciplinaire chargée d'évaluer les besoins de compensation de la personne handicapée ainsi que son incapacité permanente, et de proposer un plan personnalisé de compensation du handicap. Cette équipe réunit des professionnels ayant des compétences médicales ou paramédicales et dans les domaines de la psychologie, du travail social, de la formation scolaire et universitaire, de l'emploi et de la formation professionnelle. > [voir encadré MDPH](#)

• La **commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)** prend les décisions relatives à l'ensemble des droits de la personne, en matière d'attribution de prestations et d'orientation, sur la base notamment du plan personnalisé de compensation du handicap élaboré par l'équipe pluridisciplinaire ou par une équipe de réadaptation conventionnée avec la MDPH d'un centre de soins de suite et de réadaptation spécialisée. Cette commission des droits et de l'autonomie prend les décisions relatives à l'ensemble de leurs droits, notamment en matière d'attribution de prestations (allocation adulte handicapé : AAH, prestation de compensation du handicap : PCH, etc.) et d'orientation vers des services et des établissements spécialisés, par exemple établissement éducatif ou de travail adapté. > [voir encadré CDAPH](#)

• La **grille d'évaluation multidimensionnelle de l'autonomie (GEVA)** a été proposée par la Caisse nationale solidarité autonomie (CNSA) pour évaluer la dépendance > [voir encadré CNSA](#).

A. Retour à domicile d'une personne handicapée

> [Exemple clinique](#) : retour à domicile

1. Aides humaines

Certaines des aides humaines sont prises en charge par l'Assurance-maladie, d'autres sont supportées par la MDPH.

Sur prescription médicale et selon les besoins particuliers, une infirmière ou une aide-soignante, en faisant appel à un service de soins à domicile, peut intervenir au domicile (soins de trachéotomie, sondages urinaires, pansements, mais aussi aide à la toilette et à l'habillage). Elle est prise en charge par la Caisse d'assurance-maladie.

La tierce personne assiste la personne handicapée dans son quotidien du fait de la dépendance dans la vie quotidienne. Elle est le plus souvent recrutée par l'intermédiaire d'associations (auxiliaire de vie). Il peut s'agir d'un membre de la famille. Elle est financée par la PCH attribuée par la MDPH. L'aide-ménagère apporte un

soutien dans la vie de la personne ; elle se substitue, en cas de nécessité, à la personne pour accomplir les travaux d'entretien, les courses, la confection des repas ou pour effectuer les démarches administratives ; elle ne donne aucun soin de nature médicale. Des soins complexes pourraient justifier une hospitalisation à domicile (HAD) de durée limitée dans le temps.

Les services d'accompagnement médicosocial pour adultes handicapés (SAMSAH), services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) peuvent intervenir selon les situations > voir [tableau XIV](#).

2. - Matériels et techniques d'amélioration de l'autonomie et des soins

- Certains équipements d'amélioration de l'autonomie ou de soins sont pris en charge par les Caisses d'assurance-maladie sur la base du tarif de remboursement (Liste des produits et prestations remboursables : LPPR) : lit médicalisé, chaise garde-robe, lève-malade, matelas anti-escarres, fauteuil roulant manuel ou électrique, cannes et déambulateurs.
- D'autres équipements peuvent faciliter la vie au domicile, mais ne sont pas pris en charge par l'Assurance-maladie : barres d'appui, rehausseur de cuvette de toilettes, siège pivotant pour baignoire, aide informatisée à la communication, que ce soit pour déficience visuelle ou pour troubles de la communication verbale, par exemple. La MDPH participe au financement des travaux ou des équipements rendus nécessaires.
- Un système de téléalarme peut être installé pour tout type de handicap ou pour les personnes âgées.

3. - Ressources financières et invalidité

- Différentes aides peuvent être demandées :
 - ◇ **pension d'invalidité de la Sécurité sociale pour les salariés** : groupe 1 avec activité professionnelle adaptée possible ; groupe 2 sans activité professionnelle possible ; groupe 3 avec majoration pour l'assistance d'une tierce personne ;
 - ◇ **allocation aux adultes handicapés (AAH)**, prestation de compensation du handicap (PCH) pour aides humaines ou pour l'acquisition de matériels et l'aménagement de véhicules : ces aides sont délivrées par les MDPH > voir [encadré MDPH](#), allocation logement ;
 - ◇ **assurances privées** : indemnisation en cas de tiers responsable ou assurance personnelle préalable ;
 - ◇ indemnisation attribuée dans le cadre de la réparation du préjudice (recours pénal à la suite d'un accident ou d'un dommage) ;
 - ◇ **au-delà de 60 ans : l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)**, dont le montant tient compte des ressources, après dossier retiré au centre d'action sociale du domicile, est financée par le département selon les besoins évalués en dépendance par la grille AGGIR > voir [tableaux XII](#) et [XIII](#) ;

4. Accessibilité du logement et de la ville

a.- Accessibilité du logement

- Elle doit être organisée à l'intérieur comme à l'extérieur : il faut, selon les handicaps moteurs, assurer la possibilité de déplacement en fauteuil roulant (largeur de portes, plan incliné, ascenseur...) ou la déambulation avec cannes ou déambulateur ; il faut assurer la facilité d'ouverture de certaines portes (portes automatiques), l'aménagement des toilettes, salle de bain, hauteur de lit...
- Les travaux d'accessibilité d'un logement peuvent faire l'objet d'aides spécifiques (CDAPH surtout et parfois Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat - ANAH -, après démarches faites au centre d'action sociale du domicile).

b.- Accessibilité de la ville

- La loi du 11 février 2005 réaffirme les principes de la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975 qui constituait le premier cadre législatif organisant la place de la personne handicapée dans la société. La dernière loi accentue les obligations, notamment en matière d'accessibilité des villes, des lieux recevant du public et des transports.
- L'accessibilité doit concerner tous les bâtiments quelle qu'en soit la nature (administratif, scolaire, loisirs...), qu'il s'agisse de l'accessibilité extérieure ou de la circulation intérieure. Les hôtels doivent avoir des chambres aménagées. La ville doit comporter des aménagements : bateaux d'accès aux trottoirs, absence d'obstacles, aide sonore pour les déficients visuels aux passages piétons, places de parking réservées...
- L'accessibilité des transports publics devrait être totale dans un délai maximal de 10 ans après la loi du 11 février 2005.

- Lorsque la mise en accessibilité est impossible (comme le métro parisien), les organismes gestionnaires doivent mettre à disposition des modes de transport alternatifs. D'importants progrès ont été effectués ces dernières années notamment dans les transports en commun par autobus et tramway.

5. Conduite automobile et handicap

- De très nombreux handicaps moteurs sont compatibles avec la conduite automobile, après aménagement spécifique.
- L'arrêté du 21 décembre 2005 dresse la liste des affections et des incapacités incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire des véhicules du groupe léger et du groupe lourd. Il faut souligner que les conditions plus exigeantes du groupe lourd s'appliquent aux enseignants de la conduite automobile et aux conducteurs de taxi, voitures de remise, ambulances, transport scolaire et transport public de personnes. Il faut obtenir le permis BF (aménagement spécifique) ou BEA (embrayage automatique).
- Les personnes handicapées doivent passer devant la commission départementale du permis de conduire et faire pratiquer les aménagements nécessaires. Ceux-ci peuvent concerner la conduite elle-même (boule au volant pour une conduite avec un seul membre supérieur, regroupement des commandes au volant en cas d'incapacité des membres inférieurs), ainsi que l'accès au véhicule pour une personne en fauteuil roulant.
- Le coût de ces adaptations n'est habituellement pas pris en charge par les Caisses d'assurance-maladie mais peut l'être par la MDPH ou en cas d'objectif professionnel par le Fonds d'insertion des personnes handicapées. Ces modifications doivent être signalées à l'assureur du véhicule.

6. Structures d'hébergement pour personnes adultes handicapées

- Lorsque le maintien ou le retour à domicile n'est pas possible, la personne handicapée doit être accueillie dans un établissement médicosocial.
- L'accès à ces structures est ouvert par décision de la CDAPH :
 - ◇ les **foyers d'hébergement** : ils assurent le gîte et le couvert à des travailleurs handicapés mentaux et physiques en établissement et service d'aide par le travail (ESAT) ou en entreprise adaptée ;
 - ◇ les **foyers de vie ou foyers occupationnels** : ils accueillent des personnes handicapées ne nécessitant pas de soins et ne pouvant pas travailler ;
 - ◇ les **foyers d'accueil médicalisé** (FAM) pour adultes très dépendants : les soins sont pris en charge par la Caisse d'assurance-maladie, l'hébergement est à la charge du pensionnaire ou de l'aide sociale départementale ;
 - ◇ les **maisons d'accueil spécialisées** (MAS) : elles accueillent les personnes handicapées totalement dépendantes pour des raisons psychiques et/ou physiques. Le financement est assuré par l'Assurance-maladie ; il existe bien entendu des structures spécifiques pour les personnes âgées de plus de 60 ans (cf. module 5), mais la part restant à charge est alors beaucoup plus importante.

B. Image du handicap dans la société

- Les personnes handicapées conservent trop souvent dans nos sociétés occidentales un **stéréotype négatif**.
 - En psychologie de la santé et en psychosociologie, un stéréotype est une représentation d'un individu ou d'un groupe social au sujet duquel existe un accord spontané et irrationnel dans l'ensemble de la population. Le stéréotype renvoie à la notion de norme, de personne à laquelle on souhaite s'identifier.
 - Puissamment exploité par la publicité, le stéréotype positif dans nos sociétés est d'être jeune, plutôt beau et attrayant sexuellement, riche, en bonne santé et exerçant un métier intéressant.
 - À l'inverse, le stéréotype négatif, source de méfiance, d'embarras, de rejet voire de répulsion, conduisant au processus d'exclusion, est d'être vieux, pauvre, malade... ou handicapé.
- **En cas de déficit mental ou cognitif**, les difficultés sont encore plus difficilement identifiables ce qui peut être source de mauvaises interprétations : folie, mauvaise volonté, simulation avec recherche de bénéfice...

De multiples actions sont menées contre cette assimilation, notamment par les associations de personnes handicapées, plus ou moins bien relayées par les médias. Mais beaucoup reste à faire, et le rôle de chaque professionnel de santé, au quotidien, reste fondamental.

C. Vie sociale et loisirs

-
- La **vie sociale est déterminée** par la personne handicapée elle-même et par l'effort d'intégration plus ou moins réalisé par la société, ce qui recouvre à la fois l'image du handicap et les aides mises à la disposition des personnes handicapées.

→ *L'intégration sociale ne peut se faire que si la personne peut participer à toutes les activités associatives, politiques, de formation, de travail ou de loisir. L'accessibilité architecturale est la première des conditions, comme cela a été vu plus haut.*

- Une place particulière doit être donnée au **sport**, qui peut être pratiqué comme activité de loisir soit dans des clubs adaptés, soit, de préférence, dans les clubs pour personnes valides, ou en compétition. La fédération française Handisports propose 34 disciplines sportives. Pour les compétitions (jeux régionaux, nationaux, internationaux, paralympiques), une classification est faite en fonction de l'origine du handicap et du niveau fonctionnel (paraplégique, amputé, malvoyant, etc.).
- La pratique de ces activités a un intérêt sur le plan physique mais aussi psychologique (meilleure image de soi, lutte contre le repli sur soi). Elle est surtout source de bénéfices sur le plan de l'intégration sociale. Un suivi médical est nécessaire car des complications spécifiques des handicaps peuvent survenir.

D. Associations

- Les associations de malades se développent de plus en plus et ont des objectifs d'information, de défense des personnes handicapées. Certaines gèrent des structures de prise de charge (établissements médicosociaux, services d'aide à domicile...).
- Il existe :
 - des associations spécifiques de maladies (exemples : l'APNO pour la polyarthrite rhumatoïde, l'association d'aphasiques, l'UNAPEI pour les enfants handicapés, l'UNAFTC pour les familles de traumatisés crâniens, l'AFM pour les myopathies, Alliance maladies rares, Autisme France...);
 - des associations plus générales souvent plus importantes qui s'adressent à tous les types de handicaps comme l'APF (Association de paralysés de France) par exemple.
- Le rôle de ces associations est très important et une information sur leur rôle et leurs objectifs doit être donnée aux personnes handicapées. Cependant toutes ces personnes n'acceptent pas d'adhérer à ces associations.

E. Retentissement professionnel du handicap

> [Exemple clinique 7 : compensation du retentissement socio-professionnel](#)

Plusieurs type d'activité professionnelle sont possibles pour le salarié devenu handicapé.

- **Reprise de l'activité antérieure** : après avis du médecin du travail et aides éventuelles (AGEFIPH entreprises privées, FIPH secteur public).
- **Reclassement professionnel dans l'entreprise antérieure** : idem, avec ou sans reconnaissance par la CDAPH du statut de travailleur handicapé.
- **Reclassement professionnel autre** :
 - aide CDAPH, parfois Caisse d'assurance-maladie ;
 - puis marché du travail (avec ou sans le statut de travailleur handicapé).
- **Invalidité** : par la Caisse d'assurance-maladie (CPAM), obligatoire après 3 ans d'arrêt :
 - groupe 1 : activité professionnelle possible ;
 - groupe 2 : sans activité professionnelle ;
 - groupe 3 : avec majoration tierce personne.

Tous les médecins, que leur exercice soit général ou spécialisé, sont confrontés au besoin d'évaluer et

d'orienter des personnes handicapées. Parmi les spécialistes, le médecin en médecine physique et de réadaptation est celui dont c'est, entre autres, particulièrement la fonction (> item 53).

Fin item 49

- > Voir [Points clés](#)
- > Voir [Plan](#)
- > Voir [En savoir plus.....](#)

Tableau 1.I. Comparaison de la part prise par les principales pathologies sur la mortalité et l'incapacité dans les pays européens en % (Cermes IFR25, charge de morbidité Europe occidentale OMS 2001)

Part des décès		Années de vie corrigées de l'incapacité (part des DALYs* = * Disability Adjusted Life Ye)	
Cardiopathies ischémiques	18,1	Dépression unipolaire	7,7
Autres maladies cardiovasculaires	11,3	Cardiopathies ischémiques	7,3
Pathologies cérébrovasculaires	11,2	Démences	5,9
Cancers bronchopulmonaires	5,1	Alcoolisme	4,0
Infections respiratoires	4,2	Autres maladies cardiovasculaires	3,9
Autres cancers	3,5	Surdit�e acquise � l'âge adulte	3,5
Bronchopathie obstructive chronique	3,4	Bronchopathie obstructive chronique	3,3
Cancers du sein	2,3	Cancers bronchopulmonaires	3,1
Diabète	2,2	Arthrose	2,8

> [RETOUR texte item 49](#)

Encadré 1

Quelques jalons historiques

1893 : Nomenclature internationale des causes de décès.

1948 : 6e révision CIM (classification internationale des maladies).

Définition de la sant e comme un « * tat complet de bien-être physique, mental et social* » (constitution de l'OMS).

1980 : CIDIH = classification internationale des déficiences, incapacités, handicap.

2001 : CIF = classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la sant e.

> [RETOUR texte item 49](#)

Tableau 1.II. La séquence de Wood (classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps)

Niveau d'analyse	Conséquences
1 <i>Premier niveau</i>	Les déficiences = lésionnel Une d�ficiency est la perte de substance ou l'altération d'une fonction ou d'une structure psychologique, physiologique ou anatomique.
2 <i>Deuxième</i>	Les incapacités = fonctionnel L'incapacit�e est la réduction, résultant d'une d�ficiency, de la capacit�e d'accomplir une

niveau	action dans les limites considérées comme normales pour un humain.
3 Troisième niveau	Le handicap = désavantage social Le handicap est le préjudice qui résulte des déficiences et des incapacités et limite l'accomplissement des rôles normaux

> [RETOUR texte item 49](#)

Tableau 1.III. Structure de la CIF (classification internationale du fonctionnement)

	Partie 1 Fonctionnement et Handicap		Partie 2 Facteurs contextuels	
Composante	Fonctions organiques et structures anatomiques	Activités et participation	Facteurs environnementaux	Facteurs personnels
Domaines	Fonctions organiques et structures anatomiques	Domaines de la vie (tâches, actions)	Facteurs externes	Facteurs internes
Exemple de lésion = Fracture du col fémoral	Exemple : "fonctions de l'appareil locomoteur liées au mouvement Structures liées au mouvement	Exemple : d410 changer la position corporelle de base : prendre et quitter une position et passer d'un endroit à un autre, comme se lever d'un fauteuil et se coucher dans un lit, et prendre et quitter les positions à genoux et accroupi.	Exemple : obstacles xxx.0 aucun obstacle xxx.1 obstacle léger xxx.2 obstacle modéré xxx.3 obstacle grave xxx.4 obstacle absolu xxx.8 obstacle non précisé xxx.9 sans objet	
Aspect positif	Intégrité	Fonctionnement	Facilitateurs	
Aspect négatif	Déficience	Handicap	Barrières et obstacles	

>>> Site à consulter si vous voulez en savoir plus : www.who.int/classifications/icf

> [RETOUR texte item 49](#)

Encadré : déclaration de Madrid

La déclaration de Madrid (2002)

La déclaration de Madrid consacre l'adoption politique des États européens du modèle de la CIF et change fondamentalement les façons d'aborder les personnes handicapées et les problèmes liés au handicap. Elle préconise "d'*abandonner l'idée préconçue* :

- des personnes handicapées comme objets de charité pour en venir aux personnes handicapées détentrices de droits ;
- des personnes handicapées vues comme de simples patients pour en venir aux personnes handicapées comme citoyens et consommateurs autonomes ;
- de professionnels prenant les décisions au nom des personnes handicapées pour en venir à impliquer et responsabiliser les personnes handicapées et leurs organisations représentatives sur les questions qui les concernent ;
- de la déficience comme seule caractéristique de la personne pour en venir à la nécessité d'éliminer les barrières, de réviser les normes sociales, politiques et culturelles, ainsi qu'à la promotion d'un environnement accessible accueillant ;
- des personnes handicapées sous l'étiquette de leur dépendance et de leur inaptitude au travail pour en venir à mettre l'accent sur leurs aptitudes et sur des politiques actives d'accompagnement ;
- d'actions économiques et sociales pour le petit nombre pour en venir à la conception d'un monde pour tous."

Remarques :

Le choix de la CIF par l'OMS s'est fait sur la pression des associations de personnes handicapées, refusant tout à la fois la charité et d'être traité comme des malades et non comme des citoyens ordinaires ; il a été retenu sur le plan mondial, en particulier en Europe par les états membres (*déclaration de Madrid*) il constitue en France le socle de la loi de compensation.

Ainsi, le choix du modèle dit participatif qui confie à la société l'intégration de tous ses membres différents s'est substitué celui du modèle intégratif où les malades ont à s'intégrer dans une société organisée pour le plus grand nombre.

« Compenser pour que tout citoyen participe au mieux normalement (ordinairement) à la vie » est à la base des objectifs de tous les états.

Dans cet esprit, le terme de « prise en charge » est de plus contesté par les associations de personnes handicapées, qui s'accordent à elles seules le droit de se prendre en charge (autonomie = se gouverner seul) et ne veulent pas être une charge. Le terme « accompagnement » (sinon "gouvernance") est un substitutif qui semble acceptable pour tous et qui a déjà été retenu par l'HAS.

> [RETOUR texte item 49](#)

Encadré : définition du handicap

Définition du handicap par la législation française

loi du 11-02-2005 : Pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

- « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société, subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive, d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »
- *Cette loi a mis en place un nouveau système de compensation du handicap développé plus bas.*

> [RETOUR texte item 49](#)

Exemple clinique : définition et concepts généraux

Exemple
clinique

Définitions Concepts

♦ *Un jeune homme de 20 ans, mécanicien, est victime d'un accident de moto. Il présente une fracture des vertèbres T3 et T4 avec une paraplégie complète de niveau T4. Il n'y a pas de lésion associée et la paraplégie est définitive.*

– **Les déficiences qui peuvent être constatées d'emblée sont :**

- une paralysie des membres inférieurs et d'une partie du tronc ;
- la perte de la sensibilité des membres inférieurs et d'une partie du tronc ;
- une déficience de la fonction génito-urinaire ;
- une déficience de la fonction intestinale.

La constatation de ces déficiences permet le diagnostic des lésions et les décisions thérapeutiques.

La fracture est traitée par une ostéosynthèse qui stabilise le rachis mais a peu d'influence sur la lésion médullaire, qui est définitive.

– **Les limitations d'activité que présente le sujet concernent :**

- la locomotion : non seulement la marche mais les simples déplacements (aller aux toilettes par exemple) ;
- les actes de la vie courante : faire sa toilette, s'habiller... ;
- les fonctions excrétrices et génito-sexuelles.

Initialement, ces incapacités sont totales et le patient est dépendant d'une tierce personne pour réaliser toutes ces fonctions. Les soins de rééducation vont lui permettre d'acquérir l'indépendance pour ces activités. Les incapacités se trouvent réduites alors même que la déficience reste inchangée. L'éducation thérapeutique permettra au patient

de maîtriser lui-même les risques liés aux déficiences et aux limitations d'activité, comme le risque d'escarre associé à l'immobilité et aux troubles sensitifs.

– **Les restrictions de participation vont dépendre des situations dans lesquelles se trouve le sujet : logement, contexte familial...**

Vis-à-vis de l'activité professionnelle, il ne pourra pas reprendre son travail. La situation serait différente pour un étudiant en informatique. Il rencontrera des obstacles dans la vie de loisirs.

> [RETOUR texte item 49](#)

Exemple 1 : Handicap moteur d'origine rhumatologique, exemple de la coxarthrose

Exemple
clinique

1

Coxarthrose

♦ *Monsieur B., 64 ans, maçon à la retraite, souffre particulièrement de la hanche droite depuis de nombreuses années et se décide à consulter.*

• *Sa douleur a des horaires mécaniques, survenant après 10 à 15 minutes de marche, mais est également ressentie à la station assise prolongée et parfois au décubitus.*

• *À l'examen, la hanche est légèrement limitée dans la flexion et l'extension. Le reste de l'examen est normal.*

• *Les radiographies objectivent une coxarthrose bilatérale, plus marquée à droite, avec une disparition presque complète de l'interligne articulaire.*

• *La décision thérapeutique, très probablement chirurgicale, dépend essentiellement du retentissement de cette coxarthrose dans la vie du patient, et c'est sur celui-ci que sera évalué le traitement.*

► Pour ce patient, l'évaluation de la marche peut être faite en cabinet, appréciant ses aspects qualitatifs et quantitatifs :

- par l'interrogatoire : durée de marche au domicile et à l'extérieur (temps et

distance) ; douleurs et leurs caractéristiques, consommation d'antalgiques ; capacité de monter et descendre les escaliers, nombre d'étages ; prise de transports en commun ; utilisation d'aides techniques (cannes, déambulateur...) ;

- par l'observation de la marche, pieds nus et chaussés : déroulement du pas, aisance et symétrie, utilisation d'aides techniques et d'orthèses. Les défauts sont ainsi relevés : boiterie pour le cas présent, steppage, fauchage, recurvatum, petits pas, élargissement du polygone de sustentation dans d'autres situations... ;
- certains paramètres spatiotemporaux de la marche (longueur et largeur du pas, vitesse, cadence) peuvent être quantifiés avec un chronomètre et des repères au sol ;
- des échelles spécifiques peuvent être utilisées : indice fonctionnel de Lequesne pour les coxarthroses et les gonarthroses (tableau 1.IV) ;
- l'analyse instrumentale pourrait compléter l'analyse clinique : divers instruments permettent de mesurer les paramètres spatio-temporels de la marche (analyse quantifiée de la marche, semelles baropodométriques), les forces d'appui au sol (plate-forme), les muscles impliqués (EMG de surface ou implantés), le déroulement de la marche (analyse cinématique par système 3D optoélectronique). Enfin, l'analyse de la dépense énergétique (consommation d'oxygène) peut être un excellent indicateur d'efficacité métabolique de la marche.

> [RETOUR texte item 49](#)

Tableau 1.IV. Indice algo-fonctionnel de Lequesne utilisé pour la coxarthrose

Douleur ou gêne ...

La nuit ?

Non 0
Seulement en remuant ou selon la posture 1
Même immobile 1

Lors du dérouillage matinal ?

Moins d'une minute 0
Pendant 1 à 15 min 1
Pendant plus de 15 min 2

Lors de la station debout ou s'il vous faut piétiner 1/2 heure ?

Non 0
Oui 1

Lorsque vous marchez ?

Non 0
Seulement après une certaine distance 1
Très rapidement et de façon croissante 2

Votre hanche vous gêne-t-elle lorsque vous restez assis longtemps (2 heures) ?

Non 0
Oui 1

Périmètre de marche maximum (en acceptant d'avoir mal)

Aucune limitation 0
Limité mais supérieur à 1 km 1
Environ 1 km (environ 15 min) 2
500 à 900 m (environ 8 à 15 min) 3
300 à 500 m 4
100 à 300 m 5
Moins de 100 m 6

Une **canne** ou une béquille nécessaire + 1
Deux cannes ou deux béquilles nécessaires + 2

Difficulté dans la vie quotidienne pour :

- Mettre ses chaussettes par-devant 0 à 2*
- Ramasser un objet à terre 0 à 2*
- Monter ou descendre un étage 0 à 2*
- Sortir d'une voiture ou d'un fauteuil profond 0 à 2*

** 0 : pas de difficulté ; 0,5 : petite difficulté ; 1 : possible mais difficilement ; 1,5 : possible mais très difficilement ; 2 : impossible.*

Retentissement sur l'activité sexuelle 0 à 2*

Score total

D'après Lequesne M., Méry C., Samson M. et al. Indexes of severity for osteoarthritis of the hip and knee, Scand J Rheumatol, 1987 ; 65 (Suppl) : 85-89.

- > [RETOUR exemple clinique 1](#)
- > [RETOUR Texte item 49](#)

Exemple 2 : Handicap moteur d'origine neurologique, exemple de l'hémiplégie vasculaire

Exemple clinique	<p>♦ <i>Madame R. Catherine, âgée de 76 ans, veuve, ancienne enseignante, et aux antécédents d'hypercholestérolémie, de diabète, a été hospitalisée pour hémiplégie gauche massive par infarctus sylvien superficiel. Sur la notion d'un épisode paroxystique d'arythmie complète par fibrillation auriculaire, un mécanisme embolique a été suspecté et un traitement par héparine mis en œuvre, relayé rapidement par AVK. Les paramètres vitaux sont surveillés et l'équilibre des grandes fonctions est assuré.</i></p> <p>► L'inventaire et l'évaluation des différentes déficiences doivent être faits au cours de l'examen clinique afin d'évaluer la sévérité de l'atteinte et d'établir le programme de rééducation :</p>
	<ul style="list-style-type: none">• déficiences motrices : déficit moteur ou déficit de la commande ; troubles du tonus (spasticité) ; syncinésies ou co-contractions ; contrôle postural axial du tronc en position assise, voire durant les transferts ;• déficiences articulaires : recherche de limitations d'amplitudes articulaires ; troubles trophiques et douleurs ;• déficiences sensitives : élémentaires (hypoesthésie superficielle et profonde), paresthésies, allodynie et douleurs neuropathiques ;• déficiences sensorielles : troubles du champ visuel (hémianopsie latérale homonyme) ;• déficiences cognitives et psychiques : syndrome d'héminégligence de l'espace visuel gauche et de l'espace corporel gauche ; confusion ou détérioration cognitive globale (Mini mental state MMS) ; état dépressif-syndrome de glissement ;• déficiences de la déglutition et troubles sphinctériens ;• déficiences viscérales, vasculaires, digestives et respiratoires. <p>→ <i>Le score de Barthel est un bon reflet des limitations d'activités à ce stade.</i></p> <p>♦ <i>À la fin du 3e mois, la patiente a récupéré une autonomie partielle mais elle reste dépendante dans plusieurs activités de la vie quotidienne. Les principales fonctions peuvent être évaluées, notamment la marche, l'équilibre, la préhension.</i></p> <p>► L'autonomie peut-être reflétée de façon globale par l'échelle de Barthel et/ou la grille AGGIR (cette dernière pour les prestations médico-sociales compte tenu de son âge). Ces deux échelles</p>

sont décrites plus loin. L'évaluation de l'équilibre en cabinet se fait de la façon suivante :

- par l'interrogatoire : périmètre de marche, nécessité d'aides techniques ou d'accompagnement (cannes, fauteuil), fréquence et circonstance des chutes...
- par l'examen clinique : étude de la stabilité du patient en position debout, et analyse de schéma de marche, évaluation des troubles sensitifs et de la négligence ;
- de nombreuses échelles spécifiques ont été développées, parmi lesquelles il faut citer le Timed Up and Go test, validé chez le sujet âgé mais utilisable dans toute pathologie ([tableau 1.V](#)) ;
- l'analyse instrumentale de l'équilibre peut compléter cette évaluation, notamment par l'utilisation de plates-formes de force.

► L'évaluation de la préhension peut se faire en cabinet.

► L'examen clinique apprécie la position globale du tronc et du membre supérieur lors de la manipulation d'objet ; il analyse la saisie, c'est-à-dire la prise de l'objet, le transport puis le lâcher ; il analyse les différents types de prises :

- prises polydigitales : tridigitales (tenue du stylo), tétra- ou pentadigitales (ouverture d'une boîte) ;
- prises bidigitales ou pinces, réservées aux prises fines : prise digitale pouce/index : terminale en finesse (aiguille), pulpaire pour les prises fermes, terminolatérales pour les prises fortes (clé), interdigitales ;
- prises proximales (palmaires, ou digitopalmaires) pour saisir les objets volumineux et en force opposant la paume aux quatre derniers doigts avec ou sans le pouce.

→ La qualité de chaque prise est cotée ainsi : 0 = possible, 1 = perturbée ou partiellement efficace, 2 = efficace mais mal réalisée, 3 = normale.

> [RETOUR texte item 49](#)

Tableau 1.V. Timed Up and Go test

Sujet assis dans un fauteuil.
Se lever.
Marcher 3 mètres.
Retourner au fauteuil, en faire le tour.
Se rasseoir.
Quantification en temps
Possibilité d'utiliser l'aide technique habituelle si besoin

D'après Lequesne M., Méry C., Samson M. et al. Indexes of severity for osteoarthritis of the hip and knee, Scand J Rheumatol, 1987 ; 65 (Suppl) : 85-89.

> [RETOUR exemple clinique](#)

> [RETOUR texte item 49](#)

Exemple 3 : Handicap cognitif de l'adulte, exemple du patient aphasique

Exemple

clinique

3

Aphasie

♦ *Mme G., 46 ans, comptable, mère de deux enfants, a été hospitalisée pour un accident vasculaire cérébral hémorragique de la région temporopariétale gauche. Elle n'a pas de déficit moteur, mais souffre d'un trouble du langage. Son langage spontané est abondant, mais difficilement compréhensible. Voici un exemple de phrase spontanée :*

« Je suis absolument brétécalement pour y voidure un ptit ritolge fergule... »

Elle ne comprend pas les ordres verbaux simples, répondant à chaque fois des phrases non compréhensibles. Elle n'arrive pas non plus à nommer des objets usuels (une montre, un stylo) ni à répéter des mots simples, produisant à chaque fois des mots inintelligibles. Elle est agitée, ne semblant pas comprendre les raisons de son hospitalisation.

► La principale déficience concerne le langage. Il existe un trouble de l'expression, caractérisé par un jargon. On note de nombreuses paraphrasies. La compréhension est également déficitaire. L'ensemble évoque un tableau d'aphasie de Wernicke. Les différents versants du langage sont touchés, qu'il s'agisse de la production comme de la compréhension. Il s'y associe une anosognosie et un trouble du comportement, fréquents dans ces aphasies postérieures sévères.

► L'évaluation clinique au lit de la patiente repose sur des tests simples (dénommer des objets courants, répéter des mots simples, exécuter des ordres simples ou plus complexes). Le langage écrit, souvent touché de façon parallèle au langage oral, doit aussi être évalué (lecture, écriture). Dans un deuxième temps, lorsque l'état médical le permettra, une évaluation plus précise des différentes composantes du langage pourra être réalisée par une orthophoniste, au moyen d'épreuves d'aphasie standardisées et validées en français, telles que le Boston Diagnostic Aphasia Evaluation (BDAE).

► Les limitations d'activité concernent les possibilités de communication avec son entourage (famille, amis, utilisation du téléphone, écouter la radio ou regarder la télévision, lire le journal). Des échelles fonctionnelles de communication normalisées comme l'Échelle de communication verbale de Bordeaux (ECVB) sont utilisées. Si le déficit de communication est sévère et persistant, la sécurité de la personne peut être compromise et conduire notamment à proposer une mesure de protection judiciaire.

► Les restrictions de participation chez cette patiente concernent les activités sociales (conduire, faire ses courses, activités de loisir), professionnelles (avec des conséquences économiques) et familiales (s'occuper de ses enfants, par exemple).

► Une rééducation spécialisée, par une orthophoniste, peut permettre de favoriser la récupération.

> [RETOUR texte item 49](#)

Exemple 4 : Handicap cognitif de l'enfant, exemple du retard mental

Exemple
clinique

4

Retard

♦ *Louis, 8 ans, présente depuis 3 ans environ des difficultés d'apprentissage de la lecture, de l'écriture et des difficultés en mathématiques. Sa naissance et sa petite enfance se sont déroulées sans incident particulier. Il est gaucher. Il a redoublé son CP, le début de CE1 se passe très mal. Il est suivi par un orthophoniste en libéral, qui constate un retard global de langage oral et écrit, et des difficultés dans le repérage spatial et temporel. Il voit une fois par mois le psychologue du CMPP (centre médicopsychopédagogique), qui a parlé d'angoisses, d'immatrité.*

► Les déficiences concernent le langage oral (par exemple, le vocabulaire ou la syntaxe), l'apprentissage du langage écrit et du calcul, l'utilisation des repères corporels dans l'espace, la perception du temps, la maturation affective.

mental

- ▶ Louis est gêné (limitations d'activités) pour communiquer, par exemple s'exprimer en public à l'école, lire, écrire, compter, résoudre des problèmes, se déplacer et s'orienter.
- ▶ Les restrictions de participation s'exercent surtout vis-à-vis de l'école ; les enseignants craignent le retard, voire l'échec scolaire. Peut-être envisage-t-on déjà de le retirer de l'école ordinaire pour le confier à une filière d'éducation spécialisée.
Il y a aussi des restrictions de participation sur le plan des loisirs et de la vie relationnelle : pendant que les autres enfants s'amuse, Louis va chez l'orthophoniste ou le psychologue.

> [RETOUR texte item 49](#)

Exemple 5 : Handicap d'origine respiratoire, exemple de la BPCO

Exemple
clinique

5

BPCO

♦ *Mr. A., 53 ans, est suivi depuis de nombreuses années pour une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) post-tabagique dont le retentissement fonctionnel est très important. L'arrêt de l'intoxication tabagique est effectif depuis 3 mois.*

- ▶ Le retentissement de la BPCO est facile à évaluer en cabinet par :
 - l'interrogatoire : distance de marche ou durée d'efforts physiques avant essoufflement ;
 - l'examen clinique : l'intensité de la dyspnée après effort, le mode de ventilation, la fréquence respiratoire, l'état de la musculature, les caractères de l'expectoration, et l'intensité de la toux ;
 - le test de marche de 6 minutes : c'est la plus grande distance parcourue pendant 6 minutes.

Aisément utilisé en pneumologie ou chez le sujet âgé, il est bien corrélé à la capacité aérobique et suffisamment discriminant pour permettre la comparaison du sujet à lui-même.

- ▶ Cette évaluation peut être complétée par :
 - l'échelle d'impression de perception de l'effort de Borg (> voir [tableau VII](#)) ;
 - une épreuve d'effort sur tapis roulant, cyclo-ergomètre ou manivelle ergométrique (les critères d'arrêt en sont : dyspnée ou fatigue musculaire trop importante, plafonnement de la fréquence cardiaque sur les 3 dernières minutes, atteinte de la limite prévue pour l'âge, toute hyper- ou hypotension, toute modification du rythme cardiaque ou troubles de repolarisation) ;
 - la mesure des gaz du sang, de la VO₂ max ou des épreuves fonctionnelles respiratoires (spirométrie, débitmétrie).

> [RETOUR texte item 49](#)

Tableau 1.VII. Échelle de perception de l'effort de Borg

Intensité de l'exercice	Niveau de l'effort
	6
Très, très léger	7
	8
Très léger	9
	10
Léger	11
	12
Légèrement difficile	13

	14
Difficile	15
	16
Très difficile	17
	18
Très, très difficile	19
	20

Le patient mesure l'effort qu'il perçoit durant les exercices physiques (d'après Borg G., *Perceived exertion as an indicator of somatic stress. Scand J Rehab Med 1970a ; 2 (2/3) : 92-8*).

> [RETOUR texte item 49](#)

Tableau 1.VIII. Échelle de Rankin

Items
0 - Aucun symptôme
1 - Pas d'incapacité significative en dehors d'éventuels symptômes ; capable d'assumer ses rôles et de mener ses activités
2 - Légère incapacité ; incapable de mener à bien toutes ses activités antérieures, mais capable de mener ses propres affaires sans assistance
3 - Incapacité modérée ; requiert certaines aides, mais capable de marcher sans assistance
4 - Incapacité modérément sévère ; incapable de marcher sans assistance et incapable de s'occuper de ses propres besoins sans assistance
5 - Incapacité sévère ; confiné au lit, incontinent et nécessitant une attention et des soins constants de nursing

D'après Rankin (1957) et Van Swieten et al. (1988).

> [RETOUR texte item 49](#)

Tableau 1.IX. Index de Barthel

Items	Score
Alimentation	
Indépendante et normale	10
Aide pour couper	5
Impossible	0
Toilette	
Peut se baigner seul	10
Se rase, se peigne, se lave le visage	5
Impossible	0
Habillage	
Indépendant	10
Avec aide modérée	5
Impossible	0
Vessie	
Parfaitement contrôlée	10
Problèmes occasionnels	5
Constants	0
Selles	
Parfaitement contrôlées	10

Problèmes occasionnels	5
Problèmes habituels	0
Utilisation des WC	
Indépendante	10
Aide partielle	5
Totalement dépendante	0
Transferts lit-chaise	
Indépendante	15
Aide minimale ou surveillance	10
Peut s'asseoir mais doit être installé	5
Ambulation	
Indépendante 50 m	15
Avec aide pour 50 m	10
50 m en fauteuil roulant	5
Impossible	0
Escaliers	
Indépendant	10
Aide ou surveillance	5
Score total	/ 100

D'après Mahoney FI, Barthel DW., Functional evaluation : the Barthel index, Md State Med J, 1965 ; 14 : 61-5.

> [RETOUR texte item 49](#)

Tableau 1.X. Mesure d'indépendance fonctionnelle – MIF

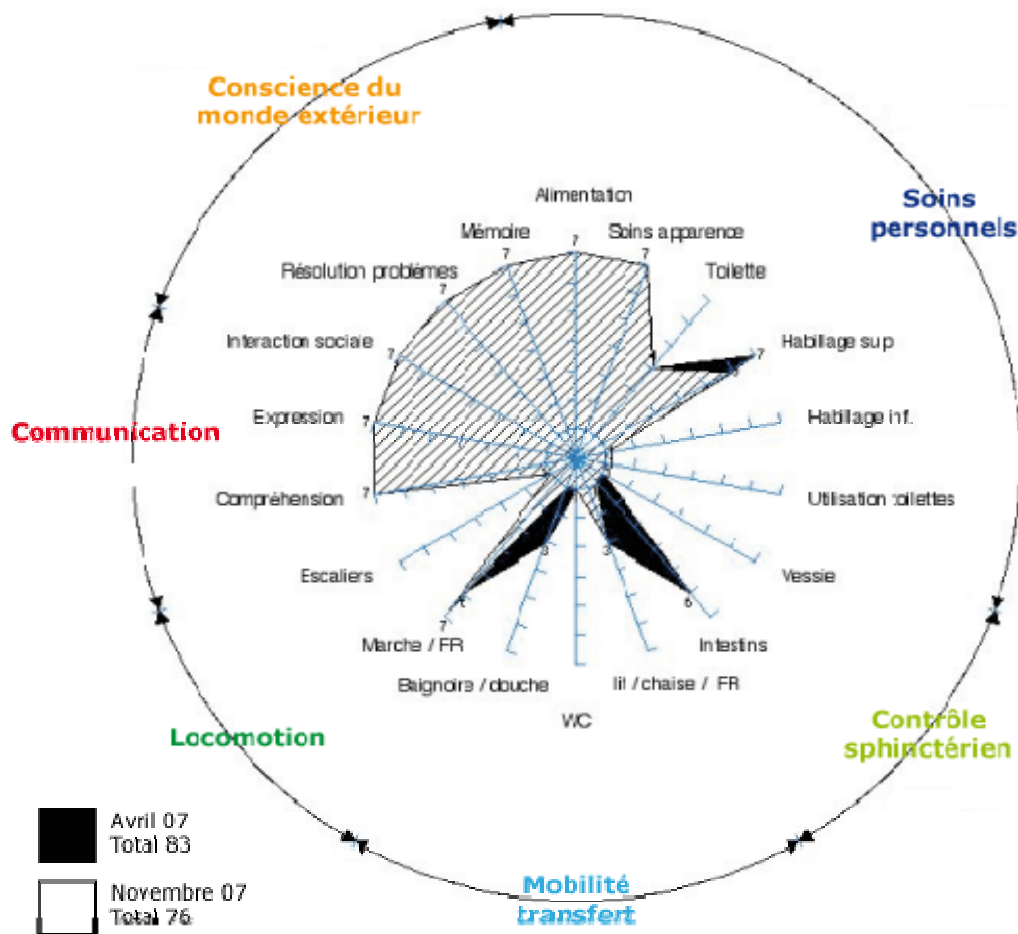
ITEMS	NIVEAUX
Soins personnels	
A Alimentation	
B Soins de l'apparence	
C Toilette	
O Habillage partie supérieure	
E Habillage partie inférieure	
F Utilisation des toilettes	
Contrôle des sphincters	
G Vessie	
H Intestins	
Mobilité Transferts	
1 Lit, chaise, fauteuil roulant	
J WC	
K Bainoire, douche	
Locomotion	
L Marche (M). fauteuil roulant (F)	
M Escaliers	
Communication	
N compréhension	
O Expression	
Conscience du monde extérieur	
P Interaction sociale	
Q Résolution des...E !"oblèmes	
R Mémoire	
Total	Score /126
NIVEAUX	
7 : Indépendance complète (appropriée aux circonstances et sans danger)	
6 : Indépendance modifiée (avec appareillage par exemple)	
5 : Surveillance	
4 : Aide minimale (25%)	

- 3 : Aide moyenne (50%)
- 2 : Aide maximale (75%)
- 1 : Aide totale (100%)

D'après Granget' CV, Hamilton BB, KeithRA, Zielezny M, Sherwin FS. Advances infunctional assesement for medical rehabilitation. Top Geriatr Rehabil 1986 ; J (3) : 59-74.

> [RETOUR texte item 49](#)

Fig. 1.1.Exemple d'une mesure d'indépendance fonctionnelle, présentée sous forme de cible, faite à 7 mois d'intervalle chez un sujet tétraplégique.



xxxxxxxxxx

> [RETOUR texte item 49](#)

Tableau XI : Échelle d'activités instrumentales de la vie courante (IADL Lawton) utilisée pour les troubles cognitifs

Capacité à utiliser le téléphone
Je me sers du téléphone de ma propre initiative, cherche et compose les numéros moi-même
Je compose un petit nombre de numéros bien connus
Je réponds au téléphone, mais je n'appelle pas

Je suis incapable d'utiliser le téléphone
Capacité à utiliser les moyens de transport
Je peux voyager seul(e) et de façon indépendante (par les transports en commun, ou avec ma propre voiture) Je peux me déplacer seul(e) en taxi, pas en autobus Je peux prendre les transports en commun si je suis accompagné(e) Transport limité au taxi ou à la voiture, en étant accompagné Je ne me déplace pas du tout
Responsabilité pour la prise des médicaments
Je m'occupe moi-même de la prise : dose et horaire Je peux les prendre moi-même, s'ils sont préparés et dosés à l'avance Je suis incapable de les prendre moi-même
Capacité à gérer son budget
Je suis totalement autonome (gérer le budget, faire les chèques, payer les factures...) Je me débrouille pour les dépenses au jour le jour, mais j'ai besoin d'aide pour gérer mon budget à long terme (planifier les grosses dépenses) Je suis incapable de gérer l'argent nécessaire à payer mes dépenses au jour le jour

D'après Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people : self-maintening and instrumental activities of daily living, Gerontologist, 1969 ; 9 : 179-186

> [RETOUR item 49](#)

Tableau XII. Grille AGGIR (Autonomie Gérontologique – Groupes Iso-Ressources)

Variables discriminantes	Modalités*
Cohérence Conserver et/ou se comporter de façon sensée	
Orientation Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux	
Toilette Concerne l'hygiène corporelle	
Habillage S'habiller, se déshabiller, se présenter	
Alimentation Se servir, manger	
Élimination Assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	
Transferts Se lever, se coucher, s'asseoir	
Déplacement à l'intérieur Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant	
Déplacement à l'extérieur À partir de la porte d'entrée sans moyen de transport	
Communication à distance (alerter) Utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme	

* A : Fait seul, totalement, habituellement ou correctement ; B : Fait partiellement, ou non habituellement ou non correctement ; C : Ne fait pas.

> [RETOUR texte item 49](#)

Tableau XIII. : Groupes iso-ressources GIR : Niveaux de dépendance des personnes âgées établis à partir de la grille AGGIR.

Niveaux	Caractéristiques
GIR 1	• Le groupe iso-ressources 1 comprend les personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les

	fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable e continue d'intervenants.
GIR 2	<ul style="list-style-type: none"> Le groupe iso-ressources 2 concerne les personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante. Ce groupe s'adresse aussi aux personnes âgées dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer.
GIR 3	<ul style="list-style-type: none"> Le groupe iso-ressource 3 réunit les personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui ont besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'être aidées pour leur autonomie corporelle.
GIR 4	<ul style="list-style-type: none"> Le groupe iso-ressources 4 intègre les personnes âgées n'assumant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur de leur logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage. Ce groupe s'adresse également aux personnes âgées n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour les repas.
GIR 5	<ul style="list-style-type: none"> Le groupe iso-ressources 5 comporte des personnes âgées ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
GIR 6	<ul style="list-style-type: none"> Le groupe iso-ressources 6 réunit les personnes âgées ayant pas perdu leur autonomie pour les actes essentiels de la vie courante.

> [RETOUR texte item 49](#)

Encadré CDAPH

La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)

- ▶ se prononce sur l'**orientation** de la personne handicapée (en établissement, en milieu ordinaire, etc.) et les mesures visant à assurer son insertion scolaire ou professionnelle et sociale ;
- ▶ **désigne les établissements ou les services correspondant aux besoins** de l'adulte ou de l'enfant handicapé et en mesure de l'accueillir ;
- ▶ **attribue à l'adulte** :
 - l' allocation aux adultes handicapés,
 - le complément de ressources,
 - la prestation de compensation du handicap,
 - le financement des dépenses :
 - liées à un besoin d'aides humaines,
 - liées à un besoin d' aides techniques,
 - liées à l'aménagement du logement et du véhicule de la personne handicapée, ainsi qu'à d'éventuels surcoûts résultant de son transport,
 - liées à des charges spécifiques ou exceptionnelles,
 - liées à l'attribution et à l'entretien des aides animalières,
 - la carte d'invalidité (si le taux d'incapacité permanente est au moins de 80 %, ou si le patient a été classé en 3e catégorie de la pension d'invalidité de la Sécurité sociale),
 - la carte de priorité (pour ceux ayant une capacité inférieure à 80 % rendant la station debout pénible) ;
- ▶ **attribue à l'enfant** : l' allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et, éventuellement, son complément et la majoration, la prestation de compensation, ainsi que la carte d'invalidité et la carte de priorité ;
- ▶ **reconnait la qualité de travailleur handicapé** ;
- ▶ statue sur l'**accompagnement des personnes handicapées de plus de 60 ans hébergées** dans les structures pour résidents handicapés.

Remarque : la CDAPH s'est substituée à la COTOREP en 2007. Certains patients continuent -à tort- de désigner la CDAPH sous son sigle antérieur...

> [RETOUR texte item 49](#)

Encadré CNSA

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

- ▶ La CNSA est à la fois une « caisse » chargée de répartir les moyens financiers et une « agence » d'appui technique. Elle rassemble l'essentiel des moyens de l'État et de l'Assurance-maladie consacrés à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. Son budget pour 2006 est de 14 milliards d'euros : 3 milliards issus de la contribution solidarité autonomie et de la CSG, 11 milliards des crédits de l'Assurance-maladie destinés aux personnes handicapées et aux personnes âgées.
- ▶ Elle verse aux Conseils généraux dans les départements une partie de ces ressources pour contribuer à financer les aides individuelles : l'allocation personnalisée d'autonomie pour les personnes âgées (1,4 milliard d'euros), la nouvelle prestation de compensation pour les personnes handicapées (500 millions d'euros), et le fonctionnement des nouvelles maisons départementales des personnes handicapées (20 millions d'euros).
- ▶ La CNSA répartit l'autre partie de ces ressources en matière d'offre collective et avec les services de l'État au niveau local, la CNSA identifie les priorités dans ce domaine. Elle arrête ensuite pour chaque département, sur la base d'une analyse régionale des besoins, le montant des dotations annuelles destinées aux établissements et services médicosociaux, accueillant ou accompagnant des personnes âgées et des personnes handicapées (11 milliards d'euros).

> [RETOUR texte item 49](#)

Exemple 6 : Retour à domicile

Exemple
clinique

6

Retour à
domicile

♦ *Madame F., 42 ans, mère de 3 enfants, divorcée, secrétaire dans une association, est atteinte d'une sclérose en plaques révélée il y a 10 ans par une paraplégie sensitivomotrice. Elle habite un pavillon en périphérie d'une petite ville. En 10 ans, l'évolution a été marquée par de nombreuses poussées accumulant les déficiences neurologiques malgré les traitements par corticoïdes. Elle est en invalidité depuis cinq ans.*

La dernière poussée a conduit Mme F. à une nouvelle hospitalisation avec une forte dégradation de son autonomie. Elle présente une paraplégie spastique avec atteinte du tronc et des deux membres inférieurs, incomplète mais empêchant la marche ; un syndrome cérébelleux cinétique principalement du membre supérieur gauche et à un moindre degré du membre supérieur droit ; des troubles vésicosphinctériens avec mictions impérieuses et incomplètes nécessitant la pratique d'hétérosondages 2 fois par jour. Elle peut se déplacer seule en fauteuil roulant manuel, en intérieur sur de petites distances et à l'extérieur en fauteuil roulant électrique. Elle peut boire seule et prendre un repas préparé. Elle a besoin d'une aide pour la toilette, l'habillage et les transferts..

▶ Afin de préparer son retour à domicile, il faudra s'interroger sur :

- les aides humaines, matérielles et financières dont elle peut bénéficier ;
- les problèmes que lui pose la vie en fauteuil roulant ;
- son aptitude à conduire un véhicule automobile ;
- et, si le retour au domicile s'avérait impossible, les alternatives à lui proposer.

> [RETOUR texte item 49](#)

Tableau XIV. Services de soins et services d'accompagnement médicosociaux à domicile

Services de soins infirmiers à domicile

Services d'aide à la vie sociale (SAVS)

<p align="center">(SSIAD) Décret du 25 juin 2004</p>	<p align="center">et services d'accompagnement médicosocial pour adultes handicapés (SAMSAH) Décret du 11 mars 2005</p>
<p>- Public : personnes âgées dépendantes, mais également personnes adultes handicapées de moins de 60 ans</p> <p>- Prestations : soins infirmiers sous la forme de soins techniques ou de soins de base et relationnels. Interventions à domicile ou dans des établissements d'hébergement pour adultes handicapés.</p> <p>- Équipes : infirmiers, aides-soignants et aides médicopsychologiques, pédicures-podologues, ergothérapeutes ou psychologues. L'organisation des interventions est assurée par un infirmier coordinateur salarié. Les infirmiers et pédicures-podologues libéraux peuvent exercer au sein d'un SSIAD, dans le cadre d'une convention.</p> <p>- Accès sur prescription médicale.</p>	<p>► Public : personnes adultes handicapées (sans limite d'âge)</p> <p>- Prestations : pour les SAVS, assistance et accompagnement dans tout ou partie des actes de l'existence et accompagnement social en milieu ouvert, pour favoriser le maintien ou la restauration des liens sociaux, dans le milieu familial, universitaire ou professionnel, en facilitant l'accès aux services offerts par la collectivité. Les SAMSAH intègrent aussi une dimension thérapeutique à travers des prestations de soins ou un accompagnement médical et paramédical.</p> <p>- Équipes : équipe pluridisciplinaire adaptée en fonction des besoins des personnes : assistantes sociales, AMP, psychologues, éducateurs... Les SAMSAH comprennent, en outre, des auxiliaires médicaux, aides-soignants et un médecin (au sein du service ou associé).</p> <p>- Accès sur décision de la Commission départementale des droits et de l'autonomie (CDAPH).</p>

> [RETOUR texte item 49](#)

Exemple clinique 7 : réadaptation professionnelle

<p align="center">Exemple clinique</p> <p align="center">7</p> <p align="center">Réadaptation professionnelle</p>	<p>♦ <i>Mr Jean M., âgé de 35 ans, titulaire du Bac S, comptable depuis 10 ans, présente une rétinite pigmentaire d'aggravation progressive ne lui permettant pas de poursuivre ses activités professionnelles qui, outre le travail en cabinet, nécessitent de nombreux déplacements en voiture dans le département chez les clients, avec retour à son domicile en fin de journée, voire la nuit.</i></p> <p><i>La rétinite pigmentaire est une affection héréditaire d'évolution progressive touchant essentiellement la vision périphérique : le champ visuel se rétrécit jusqu'à devenir tubulaire..</i></p>
	<p>► Mr M. conservera une capacité de lecture, mais pour lire efficacement il faudra que la taille des caractères soit réduite pour ne pas dépasser la largeur du champ visuel. Compte tenu des logiciels de comptabilité, des tableurs, cela peut poser des problèmes. Par ailleurs, il a besoin d'une quantité de lumière plus importante que la moyenne pour voir efficacement, ce qui implique des difficultés dans ses déplacements, notamment lorsque la vision nocturne est sollicitée ; la réduction du champ visuel rend difficile les déplacements, l'empêchant d'assurer une partie de ses rendez-vous. D'ailleurs, compte tenu des précédentes données, la conduite automobile est désormais problématique.</p> <p>► Pour bénéficier d'une reconversion professionnelle, il lui faudra :</p> <ul style="list-style-type: none"> • dans un premier temps, avoir une reconnaissance de travailleur handicapé, délivrée par la CDAPH (voir encadré, p. 29) ; • puis avoir une acceptation pour une reconversion professionnelle. Il sera ensuite adressé à une équipe d'évaluation pluridisciplinaire, qui évalue les handicaps restant après correction des troubles, comportant par exemple dans ce cas : le médecin ophtalmologiste, l'orthoptiste, l'ergothérapeute,

l'instructeur de locomotion et l'opticien.

♦ *L'évaluation étant réalisée, M. Jean M. souhaite s'orienter vers la profession de masseur-kinésithérapeute au sein d'une école pour malvoyants.*

- ▶ Une fois son dossier accepté, il pourra bénéficier de l'AAH (allocation aux adultes handicapés) s'il a été reconnu en invalidité supérieure ou égale à 80 %, puisqu'il a moins de 60 ans et réside en France. Pendant sa formation, il percevra par ailleurs 60 % de son salaire antérieur.
- ▶ L'accès au travail d'une personne handicapée est encadré en partie par la loi (loi de 1987 en faveur de l'emploi des personnes handicapées, renforcée par celle du 11 février 2005), qui prévoit que tout employeur de plus de 20 salariés doit réserver une proportion de 6 % de l'effectif à des travailleurs handicapés. Les employeurs peuvent s'acquitter de cette obligation en versant à un fonds spécifique (AGEFIPH : Association pour la gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées) une contribution annuelle pour chacun des bénéficiaires qu'ils auraient dû employer. L'AGEFIPH finance l'insertion professionnelle des personnes handicapées et peut être sollicitée pour des aides particulières. Un fonds similaire pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique a été créé en 2005.

> [RETOUR texte item 49](#)

Encadré CDAPH

Rôle des CDAPH

(commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées)

-
- ▶ Les CDAPH sont des commissions départementales qui ont remplacé les COTOREP et CDES.
 - ▶ Elles se prononcent sur l'orientation de la personne, et les mesures d'insertion scolaire, professionnelle et sociale.
 - ▶ Elles désignent les structures correspondant aux besoins des personnes.
 - ▶ Elles attribuent les différentes allocations :
 - allocation adulte handicapé ;
 - allocation compensatrice (tierce personne) ;
 - allocation logement.
 - ▶ Elles attribuent également deux nouvelles prestations (l'une ou l'autre) :
 - complément de ressources (si incapacité de travail > 95 %) ;
 - majoration pour la vie autonome (relative au logement).
 - ▶ Elles attribuent la carte d'invalidité et le macaron GIC (grand invalide civil).

> [RETOUR texte item 49](#)

Encadré MDPH

Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)

-
- ▶ Instaurées par la loi du 11 février 2005, placées sous la direction du président du conseil général, leurs missions sont les suivantes : accueil, informations, accompagnement et conseils de la personne handicapée et de sa famille.

- ▶ Elles donnent accès aux différentes aides par l'intermédiaire de la CDAPH.
- ▶ Elles gèrent un fonds départemental de compensation du handicap : une équipe pluridisciplinaire évalue les besoins de la personne handicapée sur la base de son projet de vie et propose un plan personnalisé de compensation du handicap.
- ▶ Elles mettent à disposition de la personne handicapée une équipe de veille pour les soins infirmiers.

> [RETOUR texte item 49](#)

Points clés

• Définitions

- déficience : altérations de la fonction organique ou de la structure anatomique, telles qu'un écart ou une perte importante ;
- activité : exécution d'une tâche ou d'une action par une personne ;
- participation : implication d'une personne dans une situation de vie réelle ;
- handicap selon la loi du 11 février 2005 : limitation d'activités ou restriction de participation à la vie en société, subie dans son environnement par une personne, en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive, d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

• Il faut **évaluer la fonction et les handicaps** parce que c'est très souvent de cette manière que le patient exprime sa plainte et que c'est ainsi qu'il évalue les traitements.

• Il est **important de connaître le retentissement fonctionnel** d'une maladie ou d'un traumatisme :

- pour établir la réalité des handicaps, en mesurer la sévérité et en suivre l'évolution ;
- pour orienter les choix thérapeutiques et évaluer l'efficacité des traitements ; pour évaluer le coût et l'intérêt des différentes techniques de rééducation et d'adaptation ;
- pour argumenter les mesures de protection juridique et d'indemnisation.

• La mesure d'indépendance fonctionnelle MIF, l'index de Barthel et la grille AGGIR sont des outils génériques qui s'appliquent à tous les handicaps quelle qu'en soit l'origine.

• Les **implications professionnelles et sociales des handicaps** sont très importantes et concernent : la vie personnelle et familiale, la vie sociale (accessibilité des lieux publics et privés, transports, loisirs), la vie professionnelle, le vécu et la perception par les autres (problèmes de l'image du handicap).

• Les **maisons départementales des personnes handicapées** regroupent l'ensemble des structures d'orientation, de conseils, et d'aide aux personnes handicapées (guichet unique). Leurs deux composantes sont la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées et l'équipe pluridisciplinaire qui évalue le besoin de compensation.

• La **loi du 11 février 2005 reconnaît un droit à compensation du handicap** pour toute personne handicapée, indépendamment des ressources. Les personnes handicapées peuvent solliciter des aides humaines, techniques ou financières.

> [RETOUR début texte item 49](#)

Ce paragraphe vous présente les grandes définitions relatives au handicap. Un dossier, portant notamment sur une pathologie chronique, pourrait comporter une question du type :

« Identifier limitations d'activité de ce patient »,

« Quelles sont les restrictions de participation de ce patient »,

« Quels éléments du contexte du patient repérez-vous à l'interrogatoire pour évaluer le handicap »...

> [RETOUR texte item 49](#)

Conseils ENC 2

Ce chapitre présente les grands principes de l'évaluation des déficiences, limitations d'activité et restrictions de participation.

• Un dossier pourrait comporter une question du type

« Quels sont les outils qui peuvent vous permettre, chez ce patient, d'évaluer les limitations de mobilité »,

« Citez pour ce patient une échelle générique et une échelle spécifique permettant d'évaluer les limitations d'activité ».

• Un dossier proposé dans une épreuve de LCA pourrait comporter :

- les résultats d'une échelle d'évaluation standardisée,

- une question sur sa pertinence, et ses propriétés métrologiques.

► Il faut dans ce cadre :

- évaluer la fonction et les handicaps, car c'est très souvent de cette manière que le patient exprime sa plainte et c'est ainsi qu'il évalue les traitements ;*
- établir ainsi la réalité des handicaps : en mesurer la sévérité et en suivre l'évolution ;*
- mieux comprendre les déficiences sous-jacentes, ce que permet parfois l'analyse du retentissement fonctionnel ;*
- orienter les choix thérapeutiques (traitements rééducatifs, appareillages, médicaux, chirurgicaux...) ; l'évaluation initiale, centrée sur les besoins de la personne, est à la base de toute prescription. Les évaluations fonctionnelles régulières sont indispensables pour ajuster la rééducation et les mesures de réadaptation ;*
- mesurer l'efficacité des traitements ;*
- déterminer le coût et évaluer l'intérêt des différentes techniques de rééducation et*

de compensation ;

• apporter des arguments pour les mesures de protection juridique : sauvegarde, curatelle et tutelle, ainsi que pour les indemnisations (intérêt majeur dans les barèmes de réparation d'un dommage).

> [RETOUR texte item 49](#)

Conseils ENC 3

Cette partie présente les dispositifs légaux de compensation du handicap. Un dossier pourrait comporter une question du type :

« Quelles sont les démarches nécessaires pour permettre à ce patient de financer les aides techniques et humaines dont-il a besoin ? »,

« Quelles sont les démarches nécessaires à l'organisation de la sortie de l'hôpital ? »

• La réponse à de telles questions peut nécessiter d'associer des connaissances de ce document, du document national de gériatrie, et de connaissances de santé publique, médecine légale et médecine du travail concernant par exemple la rédaction de certificats.

> [RETOUR item 49](#)
