

**UE / ENSEIGNANT** : UE 18 - Mme Pons

**DATE** : 27 septembre 2024

**GROUPE** : Arthur Doritch, Adrien Joliff, Nathan Cariou

**REMARQUES** : Cours similaire à l'année dernière

---

## Concepts de handicap, notion de restauration et de compensation des fonctions altérées

---

### I- Introduction

### II- Que regroupe le handicap ?

- A) Handicap moteur
- B) Handicap mental
- C) Handicap sensoriel
  - 1) Handicap auditif
  - 2) Handicap visuel
  - 3) Pathologie chronique
  - 4) Coexistence fréquente de plusieurs handicaps
- D) Le Polyhandicap

### III- Perception de l'Homme handicapé

### IV- La place de l'infirmes dans l'histoire

- A) Antiquité méditerranéenne 4000/2000 av. JC
  - 1) Civilisation mésopotamienne
  - 2) Civilisation égyptienne
  - 3) Judaïsme primitif
- B) Civilisation gréco-romaine 2000 av. JC
- C) Moyen Age
- D) Vers le grand enfermement
- E) Siècle des Lumières et Révolution française
- F) Tournant du 19ème et virage du 20ème
- G) Eugénisme et extermination de l'idée à la mise en oeuvre
- H) A partir de 1948 droits de l'Homme et non-discrimination

### IV- Classification du handicap

### V- Projet de vie

### VI- Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)

## VII- Les outils en médecine physique et de réadaptation

- A) Restauration fonctionnelle
  - 1) Fonctionnement des organes
  - 2) Plasticité des organes
  - 3) Vicariance
- B) La Compensation

## VIII- Les intervenants autour de la personne handicapée

## IX- Organisation pratique des soins

## X- Conclusion

# I) Introduction

### Objectifs du cours:

- expliquer conception de la situation du handicap aujourd'hui
- déduire les grands principes de la réadaptation
- identifier une déficience, une limitation d'activité, une restriction de participation
- identifier des situations de handicap

*Quels termes connaissez-vous pour désigner une personne en situation de handicap ?*

-> Mobilité réduite, dépendance, limitation d'activité ou de participation sociale, incapacité,

déficience, adaptation, accompagnement

## II) Que regroupe le handicap ?

Différents classements possibles :

- **Congénital, héréditaire** (transmissions gènes), **non héréditaire** (maladie ou accident survenu pendant la grossesse ou lors de l'accouchement).
- **Acquis** (ex accident de voiture).
- **Maladies chroniques**

Avec une atteinte :

- **Motrice**
- **Cognitive**
- **Sensorielle**

La situation de handicap peut être :

- **Transitoire** ou **durable**.
- **Stable** ou **évolutive**
  - Évolution fluctuante avec rechutes ou aggravations

Quelques exemples :

- Transitoire : *enfant avec fracture osseuse de l'avant-bras.*
- Durable : *enfant avec ostéogenèse imparfaite.*
- Stable : *agénésie de l'avant-bras.*
- Évolutive : *myopathie de Duchenne : normal jusqu'à 3-4 ans, puis commence à tomber, à 12-13 ans perte de la fonctionnalité des membres inférieurs, puis perte de celle des membres supérieurs.*
- Fluctuante : *sclérose en plaque, il y a des poussés, la situation du handicap est différente si c'est pendant une poussée ou non.*

→ Quelles peuvent être les fonctions organiques et structures anatomiques qui peuvent être déficitaires ? Quelles peuvent être les origines d'une situation de handicap moteur ?  
Neurologique / Lésions périphérique / lésions articulaires / arthrose et arthrite

### A) Le handicap moteur

Plusieurs étiologies, et différents niveaux de handicap moteur

= **Aptitude limitée à se déplacer, exécuter des tâches manuelles, mouvoir certaines parties du corps.**

Ensemble hétérogènes des atteintes :

- Origine **cérébrale**
- Origine **médullaire**

- Origine **neuro musculaire**
- Origine **ostéo articulaire**

Lésions d'origine **cérébrale** : déficience liée à des lésions précoces des structures du cerveau (paralysie cérébrale), ou atteintes plus tardives (traumatismes crâniens, ou tumeurs cérébrales). Ces atteintes neurologiques ne sont pas évolutives, elles peuvent entraîner des problèmes de tonus, de contrôle moteur, trouble au niveau de la régulation du mouvement. Muscles et squelettes ne sont pas touchés, mais peuvent subir des déformations secondaires (notamment s'il y a de la croissance).

Lésions d'origine **médullaire** : liées à un traumatisme ou à une maladie de la moelle épinière : provoque des troubles de la conduction de l'influx nerveux moteur et sensitifs. Plus elle sera haute et plus l'atteinte (paralysie) sera importante (tétraplégie pour lésion haute, paraplégie pour lésion plus basse).

Lésions d'origine **neuro musculaire** : le plus souvent des maladies génétiques (dystrophie musculaire ou amyotrophie spinale infantile).

Lésions d'origine **ostéoarticulaire** : en lien avec une malformation, une absence/anomalie d'un membre, des lésions rhumatismales, des déviations de la colonne vertébrale, anomalie de la formation de l'os ou bien de l'usure de l'os/articulation.

Toutes ces atteintes peuvent entraîner une aptitude limitée à se déplacer, à exécuter des tâches manuelles, ou à mouvoir certaines parties du corps.

## **B) Le handicap mental**

= Retard mental, déficience intellectuelle avec les conséquences qu'elle entraîne au quotidien.

Les origines sont diverses :

- Génétique
- Malformation cérébrale
- Dysfonction du métabolisme
- Secondaire à une maladie contagieuse

## **C) Le handicap sensoriel**

= Résultat d'incapacités liées à une déficience auditive et/ou visuelle.

Entraîne des **difficultés de communication** (on trouve des solutions comme la langue des signes par exemple), par conséquent des problèmes d'intégration de la personne.

### 1) Handicap Auditif

= Perte partielle ou totale de la possibilité d'entendre et comprendre les sons de l'environnement.

Il y a différents types d'atteinte : Surdité de **transmission**, surdité de **perception**, ou **mixte**

Atteinte oreille ext/moyenne → transmission

Atteinte oreille interne → perception

Les causes peuvent être mixtes : **infections, dégénérescence, congénitales ou génétiques.**

### 2) Handicap Visuel

= Diminution de la possibilité de distinguer des objets, à voir des ondes lumineuses de son environnement. Encore une fois avec différents degrés d'atteinte allant d'une impossibilité à distinguer des objets à une certaine distance, à une c civit  complète.

Il y a différents types d'atteinte :

- Perte d'acuité visuelle (atteinte de la partie centrale de la rétine)
- Atteinte de la vision périphérique (partie latérale de la rétine)
- Vision floue des objets à partir d'une certaine distance → vision floue = atteinte cérébrale, on ne comprend pas l'image
- Déficience au niveau de l'aire visuelle cérébrale

Les causes :

- Conséquence d'une maladie métabolique (ex : diabète pour la cataracte)
- Dégénérescence des organes de la vision
- Malformation congénitale/origine génétique

### 3) Pathologie Chronique

De manière assez fréquente telle que l'insuffisance respiratoire, l'insuffisance cardiaque, ou le diabète peuvent être à l'origine de situation de handicap, il faut donc avoir cette vigilance : est-ce que cette pathologie est à l'origine d'une situation de handicap ?

-> dépendance car par exemple pour l'insuffisance cardiaque difficulté à monter les marches d'escaliers.

### 4) Coexistence fréquente de plusieurs handicaps

Le plus souvent, il y a une **coexistence de plusieurs handicaps**, par exemple chez un enfant traumatisé crânien :

- Séquelles neurologiques (épilepsie, hémiplégie ou monoplégie)
- Séquelles orthopédiques (rétractions musculo-tendineuses ou limitations articulaires),
- Des troubles de l'humeur et du comportement (irritabilité, troubles de l'attention)
- Des troubles de l'apprentissage (troubles neuropsychologiques : lenteur et troubles de la mémoire, troubles des fonctions exécutives...).

## D) Le polyhandicap

**Le plus souvent il y a coexistence de plusieurs handicaps**

= Handicap grave à expressions multiples, associant **toujours une déficience motrice et une déficience intellectuelle sévère** ou profonde, ce handicap entraîne une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation. Il y a la nécessité d'une assistance constante d'une tierce personne. La cause est en général une **atteinte neurologique sévère**.

## III) Perception de l'Homme handicapé

Le handicap existe depuis toujours mais les prises en charge et les dénominations ont **évolué** en fonction des époques. *On a retrouvé des hommes préhistoriques avec des fractures réduites donc on sait que le handicap à toujours existé.*

Il y a eu de nombreux synonymes du handicap en fonction des époques : Invalides / Déficiants / Tarés / Incurables / Diminués / Anormaux / Incapables / **Infirmes** / Monstres / Difformes / Éclopés / Arriérés / Dégénérés / **Handicapés** / Personnes à mobilité réduite.

→ Aujourd'hui, on dit : personnes **en situation** de handicap. Quand on lit ces mots, on voit qu'il y a des sens différents du handicap. Donc les prises en charge diffèrent aussi selon les époques.

Étymologie du mot **infirmes** ( mot le plus utilisé à travers les époques) vient du latin "*In-firmus*" qui désigne la faiblesse, la fragilité, le non solide, le non-ferme. Penchant pour une représentation dégradante de l'homme infirme au début de la perception de cette dimension humaine. À donné le terme **infirmière**.

Notion de malhonnêteté => dégradation de l'âme par rapport au corps "anormal".

Origine anglaise du mot **handicap** "Hand in Cap" = **mendier**, dimension d'une demande de charité. Utilisé à partir des années 50 en remplacement des termes stigmatisants en dé ou in, il apparaît officiellement dans le vocabulaire juridico-social en 1947 dans une loi sur les

travailleurs handicapés.

Désigne une personne mise en état d'infériorité.

Les représentations, les perceptions de la maladie et des différences déterminent les modalités d'exclusion et d'intégration ainsi que les traitements et les prises en charge.

Les facteurs sociétaux influencent les différentes manières de percevoir le handicap :

- **Les croyances et les concepts** (Religieuses / Philosophiques / Économiques / Sociales / Humanistes)
- **Les modèles culturels en usage** (Civilisation occidentale / Période historique / Héritage culturel / Modèle d'organisation sociale)

La manière dont une personne va être intégrée dépendra des représentations collectives mais aussi individuelles. L'infirmité renvoie à des représentations collectives et individuelles.

Perception de l'infirme :

- Réactions individuelles : perte des repères de "normalité" qui peut entraîner : gêne, peur, dérangement, déstabilisation, prise de conscience de sa propre vulnérabilité.
- L'infirmité marque la faiblesse humaine, elle témoigne de la limite des recours (impuissance médicale - *montre nos propres limites, qu'on n'est pas des magiciens*).

## IV) La place de l'infirme dans l'histoire

*Place de l'infirme dans l'histoire: comment l'homme handicapé est-il perçu en fonction des époques ? Quels facteurs explicatifs pouvez-vous trouver ?*

*"ce n'est pas ça qui est le plus important" elle s'en fiche qu'on connaisse l'histoire, elle veut juste qu'on remarque l'évolution et pourquoi ça a évolué.*

### A) Antiquité méditerranéenne 4000 2000 av JC

Il y a des approches opposées de l'infirmité et de la définition de l'infirme dans les différentes civilisations :

#### 1) Civilisation mésopotamienne

L'infirmité était l'expression de la **punition** des dieux qui désapprouvent une faute des hommes. A partir du moment où il y a un rejet des dieux, cela implique un **rejet** des hommes, il y aura donc une vision où il faut absolument **éliminer** l'infirme, car il est **maléfique**. La personne sera mise de côté et la famille sera punie pour éviter que le malheur ne se propage

à d'autres personnes.

## 2) Civilisation égyptienne

Il y a une tendance à la **tolérance**, pas de notion de « est-ce qu'il le mérite ou pas ? », la situation est telle qu'elle est, il faut **accepter l'infirmité et la prendre en compte**. Les personnes handicapées étaient intégrées, représentées dans l'art, exonération de taxe, Toutankhamon

## 3) Judaïsme primitif

L'infirmité est une impureté, c'est une manifestation sacrée, c'est une épreuve qui impose un sacrifice permettant d'atteindre la perfection -> Une **épreuve à surmonter**.

-> **Perceptions très différentes dans ces 3 civilisations pour une même période.**

## B) Civilisation gréco-romaine 2000 av JC

Il y a une distinction entre :

- Les **malformés** (incompris), ils perturbent l'ordre de la société : eugénisme (il faut les éliminer). C'est la société qui décide et non les parents.

- Les **blessés de guerre, malades** (compris), c'est un type de handicap qui est accepté car la personne a eu un rôle dans la société. Ils ont le droit à une aide publique, ils ont le droit d'être gardés par leurs proches à la maison. Par contre, ils sont exclus de certains rôles sociaux.

La perception de l'infirmité est un **phénomène social**, la place que l'homme a eu dans la société va déterminer la manière dont il va être accepté ou rejeté.

## C) Moyen-Âge

rejeté de la société, punition de dieux mais aussi paternaliste

**Place importante de l'Église**, avec une double vision :

- Système de charité et d'assistance :
  - Devoir de charité chrétienne (forme de "deal")
  - L'aide apportée est un moyen de rédemption pour les aidants (s'occuper d'une

- personne pour potentiellement pouvoir aller au paradis)
- Fatalité pour la personne en situation de handicap, il en est là parce qu'il a péché.

### D) Vers le grand enfermement

La situation a évolué à cause du contexte politique et économique. Il y a eu un grand changement vers le XIVème siècle provoqué par 2 catastrophes : la guerre de 100 ans et la peste noire. Il y avait des moyens plus restreints, le fait de s'occuper des infirmes n'était plus possible/prioritaire. Tous ceux qui n'avaient pas un rôle dans la société ont été chassés/exclus.

-> Bascule vers l'exclusion, ces personnes se sont retrouvées sur les routes à mendier. "hand in cap"

Ensuite ordonnance de François 1er qui a fait une différenciation entre les "bons infirmes" et les "autres" (les bons ont le droit d'avoir des soins et les autres doivent assumer un rôle dans la société (aider/travailler)).

Puis enfermement sous Louis XIV, les infirmes sont coupables de leur situation. L'hôpital général est créé à Paris pour "nettoyer" les rues des mendiants et des infirmes - en les regroupant dans cette structure. (ex : de la création de l'hôpital la Pitié Salpêtrière).

### E) Siècle des Lumières et Révolution française

Progressivement passage d'un régime gouverné par la religion à un régime avec une vision humaniste. La bienveillance succède à la charité, il y a une remise en question des traitements violents sur les pauvres et les infirmes, on a vu apparaître la notion de respect, de bienfaisance publique.

La révolution française instaure le secours public comme un droit constitutionnel.

Il y a toujours coexistence entre l'Église et l'État avec la poursuite d'une PEC religieuse.

Exemple: Au 18ème siècle, Désire Magloire Bourneville et Edouard Sequin ont été les Véritables inventeurs de la médecine de réadaptation auprès des enfants "idiots", prétendument incurables ( Esquirol à Charenton), de Bicêtre. Les aspects fonctionnels et sociaux sont pris en compte.

### F) Tournant du 19ème siècle et virage du 20ème siècle

Avec la **révolution industrielle** il y a davantage de blessés au travail et beaucoup de blessés de guerre, ces personnes ont eu un rôle dans la société et on permet de faire évoluer la conception de la personne en situation de handicap avec l'apparition des premières grandes lois sociales avec les "ayants droits" : régime des accidentés du travail. Ou après la 1ere guerre mondiale : **régime des anciens combattants** avec environ 4M de mutilés.

=> les gueules cassées pas de punition divine, évolutions des traitements ( prothèse),

française des jeux pour financer les gueules cassées

On s'est questionné sur comment réinsérer ces personnes dans la société avec une première loi en 1924 : **loi pour la rééducation et le réentrainement au travail**.

### G) Eugénisme et extermination de l'idée à la mise en œuvre

De nouveau une période d'exclusion lors de la **2nd guerre mondiale**. Idéologie de la perfection de la performance et de l'analyse des coûts pas compatible avec le handicap.

Hitler « La nature ne destine à vivre que les meilleurs et anéantit les faibles »  
Régime de Vichy « société naturellement hiérarchisée »

### H) A partir de 1948 droits de l'Homme et non-discrimination

Défense des Droit de l'homme et **non-discrimination**, les Ordonnances de la sécurité sociale et une grande loi en 2005 pour l'égalité des droits et des chances et la **participation** à la citoyenneté des personnes handicapées (elle a défini que les personnes en situation de handicap devraient être scolarisées en milieu ordinaire par exemple).

#### **De l'intégration vers l'inclusion.**

La conception de l'homme en situation de handicap qu'on a aujourd'hui est héritée de ces différentes époques/étapes. Avec une construction qui s'est faite petit à petit, et qui a évolué en fonction des événements (politique, sociétaux, croyances religieuses).

religion, guerre, politique, situation économique.

### V) Classification du handicap

*Exemple*→ Une personne en fauteuil roulant devant les marches d'un escalier pour aller chercher son passeport à la mairie. Elle ne peut pas y aller, pourquoi ?

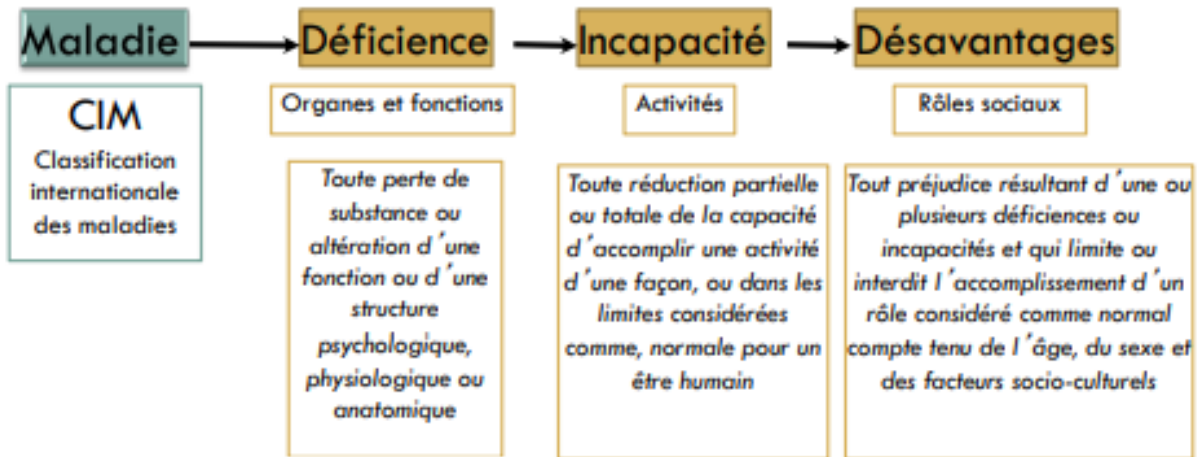
Pas de rampe / pas d'adaptation / manque d'accessibilité.

=> on essaie de cumuler la vision **individuelle** et la vision **environnementale** : double réflexion à chaque fois (pour le personnel de santé en l'occurrence).

La classification du handicap: aujourd'hui la **CIM** est héritée de la **CIDIH**.

**Philip Wood** (OMS) 1980 définit la **CIDIH** = Classification internationale des déficiences incapacités handicap. Elle est centrée sur ce que la personne **ne peut pas faire** (modèle plutôt médical). Elle permet une **linéarité** entre la maladie et le handicap.

La CIDIH complète la **CIM** (Classification International des Maladies), elle décrit l'ensemble des phénomènes qui succèdent à la lésion et conduisent aux handicaps. C'est un modèle **linéaire** du handicap.



Cela montre la perception du handicap dans les années 80. Il y a eu une **évolution récente avec une vision plus sociale et moins centrée sur les déficiences de la personne.**

Il y a 2 types de modèles :

- **Individuels ou médicaux** : la personne est paralysée c'est une approche purement médicale (déficience), la personne ne peut pas marcher, le modèle est fonctionnel (limitation d'activité / compensation).
- **Sociaux** : immeuble inaccessible, l'approche est environnementale (aménagement), on considère que la société est discriminante et ségrégative, inégalité des droits de l'Homme et du citoyen. Il y a une absence de respect de la loi de 2005, avec une approche **sociétale** et **politique**.

Il faut cumuler les deux modèles. +++

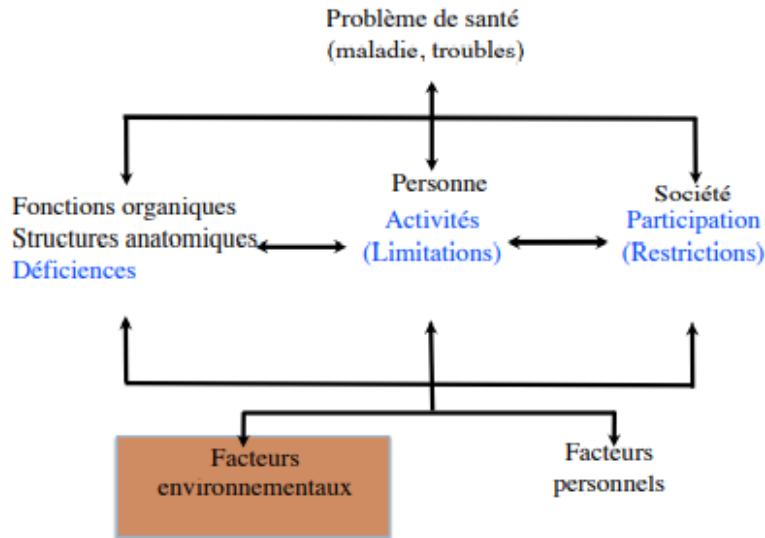
Classification actuelle : **Classification internationale du fonctionnement (CIF)** :

Elle est internationale en vigueur depuis **2001** quel que soit le pays, prônée par l'OMS. On parle de **fonctionnement**, et plus de déficience, on se concentre sur la **santé/les possibilités** plutôt que sur les manques/restrictions de la personne. On se heurte toujours à des limites, le fait de vouloir intégrer toutes les personnes, que tout le monde ait la possibilité d'accéder aux différentes activités est compliqué.

L'idée est d'avoir une **synthèse entre les modèles médicaux et les modèles sociaux**. C'est une classification **polyvalente** conçue pour servir diverses disciplines et différents secteurs.

Elle a des buts spécifiques :

- Fournir une base scientifique pour comprendre et étudier les états de la santé, les conséquences qui en découlent et leurs déterminants (recherche).
- Établir un langage commun.
- Permettre une comparaison des données entre pays, entre disciplines de santé, entre services de santé et à différents moments.
- Fournir un mécanisme de codage systématique. *"on s'en fiche un petit peu"*



Sur ce schéma on voit le lien entre les 2 modèles (médicaux et sociaux).

**La CIF conserve le modèle linéaire et on ajoute un plus les facteurs environnementaux et personnels.**

La CIF s'organise en 2 parties :

### 1) Les composantes du fonctionnement et du handicap

#### ● **L'organisme**

- Fonctions des systèmes organiques : désigne les fonctions physiologiques des systèmes organiques (y compris les fonctions psychologiques).
- Les structures anatomiques désignent les parties anatomiques du corps, telles que les organes, les membres et leurs composantes.

Déficience = problème de la fonction organique, ou de la structure anatomique.

- **Activités** : les limitations d'activité désignent les difficultés que rencontre une personne dans l'exécution d'activités. (*Ex : marcher*)
- **Participation** : les restrictions de participation désignent les problèmes qu'une personne peut rencontrer dans son implication dans une situation de vie réelle. (*Rôle social*)

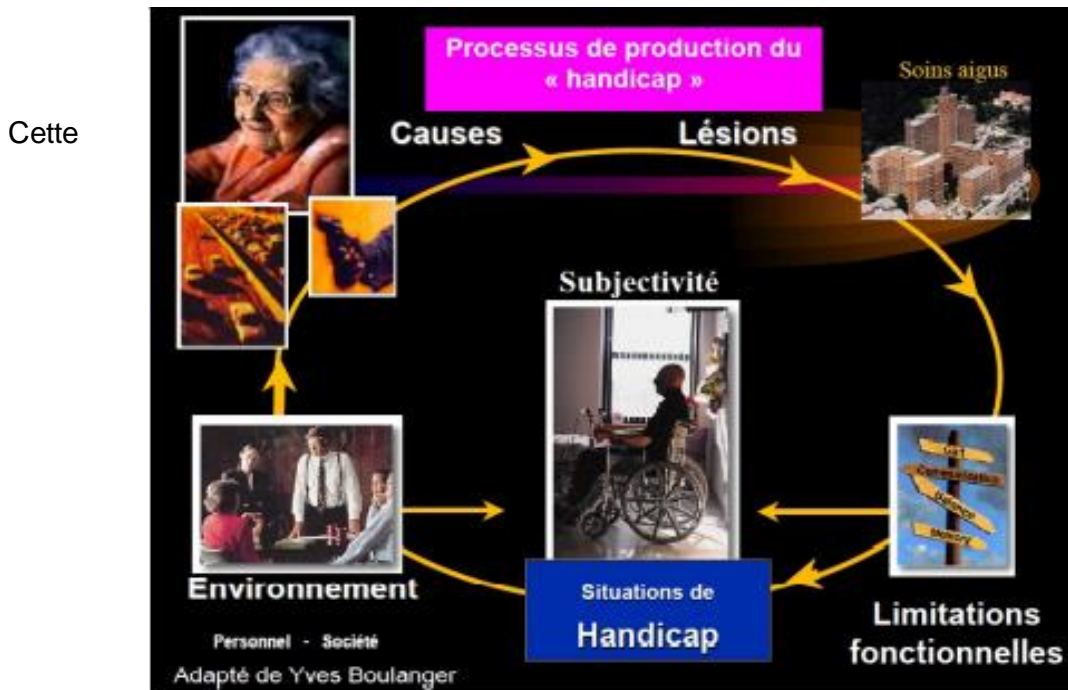
Activités et Participation sont regroupées ensemble. Concerne à la fois d'avoir une vie communautaire sociale et civique, ou le fait d'avoir une mobilité adaptée à ce que l'on souhaite faire. L'objectif est de pouvoir de manière précise ce que la personne peut faire ou non.

### 2) Les composantes des facteurs contextuels

- **Facteurs environnementaux** : ils désignent l'environnement physique, social et attitudinal dans lequel les gens vivent et mènent leur vie.

• **Facteurs personnels**

(Le détail n'est pas à retenir, mais la manière dont s'organise la CIF et ses objectifs)



classification permet d'avoir un aperçu de la situation de la personne en situation de handicap, avec à la fois des éléments liés à la maladie, et des éléments environnementaux.

Dans le processus de prise en charge Il faut inclure la **subjectivité**, car on parle de la vie



quotidienne des gens (chose importante pour certaines personnes, d'autres qui n'ont pas d'importance ex : certaines veulent continuer de faire du sport malgré leur handicap, d'autres

*s'en foutent et préfèrent faire de la musique)*

**Donc se poser la question : est-ce que c'est un problème pour cette personne, ou bien elle s'en fiche ?**

**Définition globale d'une situation de handicap notre période :**

Constitue un handicap ( ou une situation de handicap) le fait, pour une personne , de se retrouver, de façon temporaire ou durable, limitée dans ses activités personnelles ou restreinte dans sa participation à la vie sociale du fait de la confrontation entre ses fonctions physiques, sensorielles, mentales et psychiques lorsqu'une ou plusieurs sont altérées et, d'autre part, les contraintes physiques et sociales de son cadre de vie.

Handicap = interaction entre:

- les incapacités qu'une personne peut connaître
- l'inadaptation totale ou partielle de son environnement

### **EXEMPLES À BIEN COMPRENDRE +++**

#### **Exemple n° 1 :**

Mr AA, 70 ans, a une arthrose du genou droit. Il trouve son genou très raide, à moins de force au niveau du genou droit par rapport au genou gauche et a donc du mal à mobiliser le genou douloureux. Le périmètre de marche est limité du fait des douleurs, la montée et la descente des escaliers est presque impossible. Il vit seul à la campagne dans une maison avec chambre à l'étage. Depuis deux mois, il a arrêté les sorties avec son club du 3e âge du fait de ses difficultés à la marche. Il a également décidé de dormir sur le canapé dans le salon au rez-de-chaussée pour ne pas avoir à monter les escaliers.

→ Quelles sont les déficiences ?

Atteinte articulaire (de ce fait le genou est très raide), il y a une différence de force et une difficulté à la mobilisation.

→ Quelles sont les limitations d'activité ?

Limitation des possibilités de marche et montée/descente des escaliers presque impossible.

→ Quelles sont les restrictions de participation ?

Ne peut plus assurer son rôle social, ne peut plus entrer en interaction avec les autres pour pouvoir avoir un rôle dans la société (aller à son club de marche).

#### **Exemple n°2 :**

Suite à une chute de toit au travail, Monsieur Didier V (33 ans) est devenu paraplégique. Il ne peut pas mobiliser ses membres inférieurs, doit faire des sondages pour uriner. Mr V est autonome pour les transferts, la toilette, l'habillage et les autosondages. Il habite une maison avec chambre au rez-de chaussée, avec 3 marches pour y rentrer. Il a deux garçons de 5 et 7 ans inscrits dans un club de football dans lequel il est également entraîneur.

→ Quelles sont les déficiences ?

La paraplégie (perte motricité), déficience au niveau vésico-sphinctérien (l'impossibilité d'uriner) l'obligeant à se sonder.

→ Quelles sont les limitations d'activité ?

La marche n'est pas possible. Il peut cependant s'habiller seul.

→ Quelles sont les restrictions de participation ?

Ne pourra plus être entraîneur dans le club de foot de ses fils, et problème au travail s'il n'est pas adapté à une personne à mobilité réduite.

Les intervenants qui vont agir autour de lui : ergothérapeute, aide-soignant pour les soins du corps.

### **Exemple n°3 :**

Mme X, 40 ans, est porteuse d'une sclérose en plaques. Elle a fait plusieurs poussées. Suite à celles-ci, elle présente des difficultés d'équilibre et à la réalisation des mouvements fins, une hémiparésie gauche, une hémianopsie latérale homonyme gauche, quelques troubles de la concentration. Son périmètre de marche est limité à 1000 m avec une canne, elle ne peut plus conduire, ni porter ses enfants. Elle est autonome pour l'habillement, la toilette et l'alimentation. Elle était secrétaire mais ne peut plus exercer son métier.

→ Quelles sont les déficiences ?

Les troubles de l'équilibre, son hémiparésie et son hémianopsie latérale homonyme gauche (ce sont les symptômes dont peuvent se plaindre les patients), troubles de concentration.

→ Quelles sont les limitations d'activité ?

Les conséquences des symptômes dans les activités quotidiennes : marcher, porter des choses.

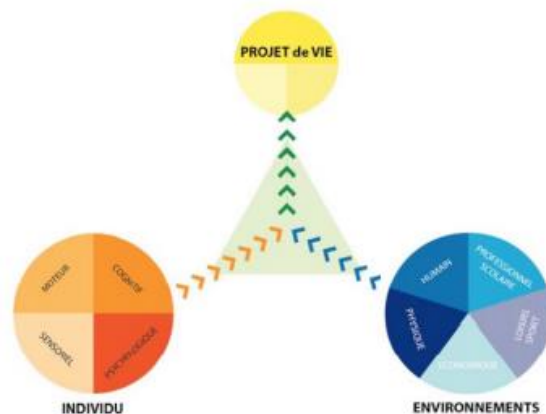
→ Quelles sont les restrictions de participation ?

Son métier de secrétaire. (restriction de participation = ce qui se passe avec la société)

autour de cette femme va intervenir : l'APA ( marche), le kiné (marche), orthoptiste (travailler l'hémianopsie latérale homonyme gauche), orthophoniste (travailler sur les troubles de la concentration), neuro-psychologue ( bilan et rééducation des fonctions), assistante sociale (il n'y a pas de souci à avoir deux objectifs identiques pour deux corps de métiers, car plus on stimule de manière différentes, plus on progresse)

## **VI) Le projet de vie ++**

Le handicap est compte ce qui est ce qui ne l'est pas, même suivant les dans personne.



subjectif, il faut prendre en important pour la personne et le ressenti ne sera pas le loisirs. Besoin de cohérence l'accompagnement de la

Il y a une expression de la personne handicapée (ou de ses parents et/ou du représentant légal) concernant la projection dans l'avenir et ses aspirations et de ses choix de vie.

Le **projet de vie** peut concerner tous les domaines de la vie de la personne : la vie personnelle (privée et familiale), la vie professionnelle et la scolarité, le lieu et mode de vie, le parcours médical, la vie sociale, les loisirs, la culture.

Le but du projet de vie: est d'offrir la possibilité au demandeur de préciser ses *souhaits*, afin que le projet thérapeutique et la réponse de la MDPH (chargée de la compensation) soient le plus **adapté possible à la situation individuelle et aux attentes de la personne** dans le **respect** de son choix de vie ou de celui de son enfant.

Selon l'OMS la **réadaptation** ou **réhabilitation** est un continuum entre prévention, soins curatifs, soins de réadaptation, accompagnement social et actions collectives en faveur du handicap.

La **réadaptation** est définie comme « **un ensemble d'interventions conçues pour optimiser le fonctionnement et réduire le handicap des personnes souffrant de problèmes de santé lorsqu'elles interagissent avec leur environnement** ».

Il faut prendre en compte la **singularité** et la **subjectivité** de chaque personne.

Les intérêts sont : la fixation de repères, la gestion des priorités, l'accompagnement éclairé et partagé, le maintien de la motivation, la gestion du temps et un projet collaboratif et fédératif

Exemple: dame âgée de 70 ans, après un AVC, sort de neurologie, vit seule après le décès de son mari dans un appartement au quatrième étage sans ascenseur, ne marche pas et est aphasique.

→ *Que faire pour elle ? Que peut-on proposer à une personne en situation de handicap pour limiter l'impact de son handicap ? Sur quels principes peut-on se baser dans la prise en charge ?*

-> ergothérapeute, ehpad...

-> classer en 3 catégories (rééducation, réadaptation environnement, psycho-sociale)

Pour la réadaptation, il faut associer la restauration fonctionnelle à une compensation.

## VII) Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)

*Pas autant développé à l'oral*

Lieu unique du service public dans chaque département, créé par la loi Handicap de 2005.

Ses missions sont nombreuses :

- Information, écoute, accueil
- Evaluation des besoins de compensation
- Attribution des prestations et orientation scolaire, médico-sociale ou professionnelle
- Suivi des décisions
- Médiation et conciliation

Dans les équipes de la MDPH il y a médecin, infirmier, assistante sociale, ergo, kiné, ...

La MDPH effectue une évaluation des besoins de la personne (projet de vie) > **Plan personnalisé de compensation du handicap** +++ IMPORTANT, ce sont des mots clés  
Le projet de vie n'est pas figé il est évolutif, les aides peuvent différer en fonction de ce projet de vie.

AEEH (Allocation d'éducation de l'enfant handicapé)

Les instances des M.D.P.H:

- commissions exécutives présidés par le Président du Conseil Général,
- un directeur qui dirige la MDPH et met en oeuvre les délibérations de la Commission Exécutive,
- une équipe pluridisciplinaire qui évalue les besoins de compensation en fonction du projet de vie et qui propose le PPC (plan personnalisé de compensation),
- un Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (C.D.A.P.H) qui prend la décision relative à l'ensemble des droits de la personne handicapée sur les bases de l'évaluation réalisée par l'équipe pluridisciplinaire,
- un Comité de Gestion qui décide de l'attribution des sommes versées.

## VII) Les outils en médecine physique et de réadaptation

→ *Que peut-on proposer en MPR à une personne en situation de handicap pour limiter l'impact de son handicap ? Sur quels principes peut-on se baser dans la PEC ?*

Aides physiques, financières, travail sur l'environnement. Restauration fonctionnelle (partie plutôt médicale) et compensation (humaine, financière ou avec des aides techniques).

### A) Restauration fonctionnelle

= utiliser **toutes les capacités du corps humain** et l'ensemble des moyens techniques, humains et financiers pour assurer la réalisation d'activités dépendantes des fonctions que l'on pourra restaurer. Il y a 3 notions qui concourent à la récupération :

#### 1) Fonctionnement des organes

Travail en rééducation : l'objectif étant de redonner la capacité à chaque partie du corps de fonctionner de façon optimale.

Exemples :

-*Articulation* : travail mobilité en faisant des mouvements répétés avec des amplitudes de plus en plus importantes.

-*Muscles* : récupération de la force et de l'élasticité.



- *Peau : certaines cicatrices peuvent limiter la mobilité, on peut restaurer la souplesse de la peau en kinésithérapie par des massages pour faciliter la mobilité.*

## 2) Plasticité des organes

= capacité d'un organe à se **transformer** pour assurer ses fonctions.

Au niveau du cerveau, si une aire motrice est lésée, une autre aire motrice assure sa fonction, l'organe se transforme (réorganisation). Il faut faire un travail de rééducation : stimuler l'organe pour favoriser la plasticité.

Ex: AVC

## 3) Vicariance

Un organe ne fonctionne plus mais on le **remplace (ou sa fonction) par une autre fonction** ou un autre organe.

Ex:

- peindre avec pinceau dans la bouche au lieu de l'avoir dans la main.
- quelqu'un qui utilise son bras gauche à la place du droit qu'il ne peut pas utiliser c'est de la vicariance (avec toujours la notion de performance, car ça peut être difficile)
- on remplace la sensibilité profonde (proprioception) par la vision ( ex: stabilisation de la marche)

## B) La compensation

= Éléments de la restauration fonctionnelle à l'échelle globale (**le sujet dans son milieu**)

Objectif : réduction des situations de handicap, réductions de limitations.

Il y a 2 principes :

- La **vicariance** (ex : prothèse remplace le membre amputé, fauteuil roulant permet le déplacement devenu impossible)
- La **suppléance** (ex : adaptation d'un couteau fourchette pour paralysie du membre supérieur droit).

C'est ici qu'est la place de la MDPH (Maison départementale des Personnes Handicapés), elle attribue/détermine la place de la compensation dans la vie de la personne.

Il existe une complémentarité dans les techniques que l'on va proposer à la personne.

## C) Le droit à la compensation

**PCH** = Prestation de Compensation du Handicap, elle permet de financer les aides individuelles déterminées en fonction du besoin et des projets de vie de la personne handicapée. Elle est attribuée sans condition de ressources.

Conditions d'obtention:

- résider de façon stable et régulière en France,
- avoir moins de 60 ans,
- avoir une difficulté absolue pour la réalisation d'une activité essentielle de la vie quotidienne ou une difficulté grave à la réalisation de deux activités essentielles.

La PCH comprend 5 types d'aides différentes:

- aides humaines,
- aides techniques,
- aides pour des besoins spécifiques ou exceptionnels,
- aménagements du logement et du véhicule,
- aides animalières. ( ex : chien d'aveugle)

## **D) Principes d'accessibilité**

### ● **la scolarité**

L'évolution fondamentale de la loi du 11 février 2005 = le besoin d'inscrire à l'école tout enfant qui présente un handicap.

Le principe: la scolarisation en milieu ordinaire avec aménagement d'horaires, projet **individualisé** de la scolarisation, un référent aide et suit le parcours de formation de cet élève, égalité des chances lors des concours et examens.

### ● **L'emploi**

Non discrimination: l'employeur doit prendre les mesures appropriées pour permettre au travailleur handicapé d'accéder à un emploi, de le conserver et d'y progresser ( principe de proportion). Aides et incitations à l'emploi.

Fonction publique: un Fond d'Insertion Professionnelle des Travailleurs Handicapés dans la fonction publique est créé. Il est abondé par les contributions des employeurs publics qui n'ont pas atteint le taux de 6%. Obligation d'emploi dans le secteur privé.

### ● **Déplacement**

La personne handicapée doit pouvoir accéder à tous les bâtiments privés ou publics et évoluer de manière continue sans rupture ( établissements recevant du public, voirie, transports, logements). Normes mises en place.

Exemple : Mettre son tee-shirt lorsque l'on est tétraplégique C7

-> *qu'est ce qu'on peut proposer à ce patient ?*

*Fonction motrice* : travail de la récupération (kiné, ergo)

*Plasticité* : travail de l'équilibre du tronc, renforcement musculaire des membres supérieurs

*Vicariance* : s'aider de sa bouche, utiliser autrement ses mains.

*Suppléance*: choix du tee shirt adapté ( fermeture ...)

*Suppléance* : choix du tee shirt au lieu d'une chemise avec pleins de boutons

## VIII- Les intervenants autour de la personne handicapée

Implication de nombreuses personnes, avec différents outils et un coordinateur. Il y a :

- *Médecins, infirmiers, aides-soignants, puéricultrices*
- *Ergothérapeute* (propose des outils pour **s'adapter à l'environnement**, récupération de la motricité fonctionnelle sur les membres supérieurs).
- *Assistant social* (accompagne le patient ou sa famille pour la rédaction du projet de vie, il favorise l'autonomie et la réinsertion dans la société, pour que la personne ait accès à la compensation).
- *Masseur-kinésithérapeute* (restauration des capacités fonctionnelles, de la motricité, action antalgique et respiratoire).
- *Psychologue*
- *Auxiliaire de vie* (aide humaine pour la compensation).
- *Orthophoniste* (évaluer les troubles de la voix, parole, déglutition, trouble de la langue écrite ou orale).
- *Psychomotricien* (axe les interventions sur les communications verbale et non verbale, par des techniques de relaxation, lien entre les troubles moteurs et tout ce qui est psycho-comportemental).
- *Ortho Prothésiste* (création et suivi de l'appareillage chez le patient, création de l'appareillage).

NB : Orthèse = chose qu'on rajoute pour suppléer une fonction, compensation d'une fonction, on ajoute qq chose sur un truc qui existe déjà et Prothèse = sur qq chose d'inexistant.

- *Orthoptiste* (troubles de la vision comme le strabisme)
- *Diététicien*
- *Pédicure, podologue*
- *Éducateurs sportifs et spécialisés*
- *AESH ( ex AVS)*

Le projet de vie est collaboratif et fédératif ce qui permet à tous les intervenants d'interagir dans l'intérêt de la personne. La prise en charge se fait souvent sur une durée prolongée sans unité de lieu ni unité de système. A partir d'objectifs pour avoir une cohérence dans l'accompagnement.

Projet de soin : découle du projet de vie. nous concerne + en tant que médecin

Il est réalisé avec le patient en fonction du projet de vie, permet une cohérence et une continuité des soins

Il définit une attitude de traitements et de soins adaptés à chaque patient (hospitalisé ou non). Il peut permettre de prévenir l'acharnement thérapeutique inutile.

Il faut un accord avec le patient, son souhait est vraiment le plus important ++

Projet de compensation (rôle de la MDPH) : élaboré avec une équipe pluridisciplinaire en accord avec le patient (discussion avec lui en fonction de ses besoins et de ses envies).

Compensations financières, humaines, techniques... Le médecin fait partie de ce projet parce qu'il sera, entre autres, chargé de la rédaction du certificat de demande d'aide à la MDPH.

intérêts : fixation de repères, gestion des priorités, accompagnement éclairé et partagé (++), maintien de la motivation, gestion du temps, projet collaboratif et fédératif.

## **IX - Organisation pratique des soins**

- Secteur sanitaire (hospitalisation de courte durée MCO, soins de suite et de réadaptation) ⇒ toujours provisoire.
- Secteur médicosocial
- Domicile

⇒ Le projet de soins est mis en œuvre en fonction du projet de vie de la personne.

L'objectif des soins en SSR (Soins de Suite et de Réadaptation) est de redonner au patient la capacité d'agir.

Circonstances de passage en SSR pour les personnes handicapées

- Après le diagnostic (polytraumatisme, AVC...)
- En cas d'événement aigu

Différents SSR:

- polyvalents
- spécialisés

## **X- Conclusion**

Les situations de handicap sont diverses (moteur, mental, sensoriel, polyhandicap) et les pathologies en cause le sont aussi. Les conséquences de cette situation seront différentes en fonction de l'environnement et de la vie personnelle du patient.

La personne handicapée (et son entourage) est actrice de la prise en charge puisque l'on prend en compte le projet de vie.

C'est un travail d'équipe pluridisciplinaire, l'objectif étant une restauration fonctionnelle et une compensation.

### **IMPORTANT :**

La classification est à connaître (comment elle s'organise et ses buts).

Il faut savoir différencier les facteurs personnels et les facteurs sociétaux.

Il faut avoir une idée de la prise en charge des personnes avec les notions de compensation et de restauration fonctionnelle.

Question 1 :

M. Z rentre chez lui. Il vit à la campagne dans une maison avec chambre à l'étage. Son épouse l'aide pour s'habiller. Il fait une chute dans les escaliers. À la suite de cette chute, il limite sa marche à une marche d'intérieur et refuse de sortir. Il arrête les sorties avec son club de bridge. Il arrête également de recevoir ses petits enfants chez lui. Il a décidé de dormir sur le canapé dans le salon au rez de chaussée pour ne pas avoir à monter les escaliers.

Quelles sont ses restrictions de participation ? (Une ou plusieurs réponses exactes)

- A - Hémiparésie Droite
- B - Difficulté à l'habillage
- C - Difficulté à monter les escaliers
- D - Arrêt des sorties avec le club de bridge
- E - Arrêt de l'accueil des petits-enfants

Réponse : D, E

Question 2 :

Ce patient est actuellement pris en charge dans un service de SSR neurologique à la suite de cet AVC survenu il y a 2 mois. Lorsque vous le voyez, il présente une légère dysarthrie, une difficulté à la motricité du membre supérieur et du membre inférieur droit. Il est en difficulté pour marcher sur de longues distances, il a du mal à s'habiller et peut être en difficulté pour communiquer du fait de sa dysarthrie. Quels intervenants pourrez-vous retrouver autour de M. Z ? (Une ou plusieurs réponses exactes)

- A - Psychologue
- B - Orthophoniste
- C - Kinésithérapeute
- D - Assistante sociale
- E - Ergothérapeute

Réponse : A,B,C,D,E

Question 1: Quelles sont les 2 composantes de la CIF ?

Question 2: Quelle est la différence entre restauration fonctionnelle et compensation ?

1: Le fonctionnement et le handicap, et les facteurs contextuels

2: La restauration fonctionnelle vise à récupérer la fonction, tandis que la compensation cherche à pallier une perte de fonction en utilisant des moyens alternatifs. Les deux approches peuvent être complémentaires dans le processus de réhabilitation.

