

**THÈSE pour le  
DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

par

**Amandine ROUXEL**

*Présentée et soutenue publiquement le 13 juin 2008*

**ROLE DU PHARMACIEN D'OFFICINE FACE AU  
HANDICAP :**

**Accueil, Conseils et Accessibilité**

**Président de Jury :**

Mme Nicole GRIMAUD, Maître de Conférences en Pharmacologie

**Directeur de thèse :**

Professeur Françoise BALLEREAU, Pharmacie clinique et Santé Publique

**Membre du Jury :**

Mlle Cécile LEPAVEC, Pharmacien d'Officine

# Sommaire

<b>INTRODUCTION</b> .....	10
<b><u>PARTIE I : LE HANDICAP</u></b> .....	12
<b>I- Notion de handicap</b> .....	13
1-1- Définition du mot.....	13
1-1-1- Evolution du terme handicap du 17 <sup>ème</sup> siècle...	13
1-1-2- ...à nos jours.	14
1-2- La Classification Internationale du Handicap (CIH ou CIDIH).....	15
1-3- De la CIH à la Classification Internationale du Fonctionnement (CIF ou CIH-2).....	17
<b>II- Epidémiologie/Prévalence des handicaps</b> .....	22
2-1- Le handicap moteur.....	23
2-2- Le handicap visuel.....	23
2-3- Le handicap auditif.....	24
<b>III- Etiologie des handicaps</b> .....	26
3-1- Les facteurs organiques.....	26
3-2- Les facteurs biologiques.....	27
3-3- Les facteurs exogènes.....	30
<b><u>PARTIE II : SUPPORT JURIDIQUE ET PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE HANDICAPEE</u></b> .....	33
<b>I- Droit des personnes handicapées</b> .....	34
1-1- Les lois fondamentales et le dispositif institutionnel.....	34
1-1-1- Le cadre juridique et ses lois fondamentales	34
A- Loi du 30 juin 1975 : « loi d'orientation en faveur des personnes handicapées »	34

B- Loi du 10 juillet 1987 : « loi d'orientation en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés »	35
C- Loi du 10 juillet 1989 : « loi d'orientation sur l'éducation »	35
D- Loi du 13 juillet 1991	35
E- Loi du 2 janvier 2002 de rénovation de l'action sociale et médico-sociale	36
F- Loi du 11 février 2005 : « loi sur l'égalité des droits et des chances la participation et la citoyenneté des personnes handicapées »	36
1-1-2- <i>Le dispositif institutionnel</i>	38
A- La maison départementale des personnes handicapées (MDPH)	38
B- La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)	39
C- La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie	40
1-2- Les allocations aux personnes handicapées.....	41
1-2-1- <i>L'Allocation aux Adultes Handicapés</i>	41
A- Conditions d'attribution de l'allocation pour adulte handicapé	42
B- Montant de l'AAH et complément d'allocation	43
C- Demande d'attribution de l'AAH	43
1-2-2- <i>L'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)</i>	44
A- Conditions d'attribution de l'ACTP	44
B- Montant de l'ACTP	45
C- Demande d'attribution de l'ACTP	45
1-2-3- <i>La prestation de compensation du handicap (PCH)</i>	46
A- Conditions d'attribution	48
B- Montant de la PCH	48
C- Demande d'attribution	49
1-2-4- <i>L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)</i>	49
A- Conditions d'attribution	49
B- Le plan d'aide	51
C- Montant de l'APA	52
D- Demande d'attribution	52

<b>II-</b>	<b>L'accessibilité.....</b>	<b>54</b>
	2-1- L'accessibilité des établissements recevant du public.....	54
	2-1-1- Règles techniques à mettre en œuvre	54
	2-1-2- En cas de non respect	59
	2-2- L'accessibilité des transports.....	60
	2-2-1- Carte d'invalidité	60
	2-2-2- Carte de « priorité pour personnes handicapées »	61
	2-2-3- Carte européenne de stationnement	62
	2-2-4- Le stationnement réservé aux personnes handicapées	63

### **PARTIE III : TEMOIGNAGES ET ENQUETE SUR LE HANDICAP..** 66

<b>I-</b>	<b>Témoignages de personnes handicapées .....</b>	<b>67</b>
	1-1- ... porteuses d'un handicap moteur.....	67
	1-2- ... porteuses d'un handicap visuel.....	68
	1-3- ... porteuses d'un handicap auditif.....	71
<b>II-</b>	<b>Enquête auprès de pharmaciens d'officine.....</b>	<b>72</b>
	2-1- Objectifs.....	72
	2-2- Méthodologie.....	72
	2-2-1- Elaboration du questionnaire	72
	2-2-2- Modalités du déroulement de l'enquête	72
	2-3- Analyse et discussion.....	73
	2-3-1- Analyse	73
	2-3-2- Discussion	86

### **PARTIE IV : LE PHARMACIEN D'OFFICINE ET LA PERSONNE HANDICAPEE**..... 94

<b>I-</b>	<b>L'accueil.....</b>	<b>95</b>
<b>II-</b>	<b>Les difficultés d'une personne handicapée.....</b>	<b>97</b>

2-1- Les troubles urinaires.....	97
2-1-1- Mesures hygiéno-diététiques	99
2-1-2- La rééducation périnéale	100
2-1-3- Les médicaments	101
A- Traitements diminuant la contractilité vésicale	101
B- Traitements augmentant les résistances urétrales	102
2-1-4 La chirurgie	104
2-1-5 Les palliatifs	104
A- Les produits non absorbants	106
B- Les produits absorbants	110
2-2- Les troubles intestinaux.....	113
2-2-1- La constipation	113
2-2-2- Règles hygiéno-diététiques	113
2-2-3- Les traitements	115
A- Les laxatifs osmotiques	115
B- Les laxatifs lubrifiants	115
C- Les laxatifs de lest : laxatifs mucilagineux ou mucilages	116
D- Les laxatifs par voie rectale	116
E- Les laxatifs stimulants	116
2-3- Les escarres.....	119
2-3-1- Quelles en sont les causes ?	120
A- Les facteurs extrinsèques	120
B- Les facteurs intrinsèques	120
2-3-2- L'évolution d'une escarre	120
2-3-3- Traitement et prise en charge des escarres	121
A- La prévention	121
B- Traitements curatifs	125
<b>III- Les aides techniques.....</b>	<b>129</b>

3-1- Définition des aides techniques.....	129
3-2- Classification des aides techniques.....	130
3-3- Choix d'une aide technique.....	132
3-4- Financement d'une aide technique.....	133
3-4-1- <i>La prise en charge</i>	133
3-4-2- <i>Les financements complémentaires</i>	133
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>135</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>138</b>
<b>TABLE DES ILLUSTRATIONS.....</b>	<b>142</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>143</b>

## Liste des abréviations

AAH : Allocation aux Adultes Handicapés

ACFP : Allocation Compensatrice pour Frais Professionnels

ACTP : Allocation Compensatrice pour Tierce Personne

AEEH : Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé

AGEFIPH : Association de GEstion du Fonds pour l'Insertion professionnelle des Personnes Handicapées

AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources

ALD : Affection Longue Durée

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

AVK : Antivitamine K

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CAT : Centres d'Aide par le Travail

CB : Carte Bancaire

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

CDES : Commission Départementale d'Education Spéciale

CERFA : Centre d'Enregistrement et de Révision des Formulaires Administratifs

CH : Charrière

CIAS : Centres Intercommunaux d'Action Sociale

CIDIH : Classification Internationale des Déficits, Incapacités et Handicaps

CIF : Classification Internationale du Fonctionnement

CIH : Classification Internationale des Handicaps

CLIC : Centres Locaux d'Information et de Coordination

CNAF : Caisse Nationale d'Allocations Familiales

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie  
COTOREP : COMmission Technique d'OriEntation et de REclassement Professionnel  
dB : décibel  
DOM : Département d'Outre Mer  
GIC : Grand Invalide Civil  
GIG : Grand Invalide de Guerre  
GIR : Groupe Iso-Ressources  
HID : Handicaps, Incapacités, Dépendance  
IMC : Infirmité Motrice Cérébrale  
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques  
JO : Journal Officiel  
LPPR : Liste des Produits et Prestations Remboursables  
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées  
MSA : Mutualité Sociale Agricole  
MTP : Majoration Tierce Personne  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
ONAC : Office National des Anciens Combattants  
PCH : Prestation de Compensation du Handicap  
PPCH : Plan Personnalisé de Compensation du Handicap  
PVC : Polychlorure de vinyle  
TVA : Taxe sur la Valeur Ajoutée  
WC : Water-Closet

# INTRODUCTION

« Combien y a-t-il de personnes handicapées en France ? » Il n'y a pas de réponse unique à cette question, car la nature, l'origine et la gravité des atteintes peuvent être très diverses. Fauteuil roulant, canne blanche et lunettes noires, ces quelques objets nous évoquent un handicap. Mais, le handicap ne se limite pas à des objets.

Ainsi, toute personne, en France, a croisé une personne porteuse d'un handicap. Il ne faut pas oublier aussi, que selon la formule heureuse de Pierre Minaire, "le handicap n'est pas une constante mais une variable". Ceci exprime le fait que les capacités humaines évoluent (avec l'âge par exemple) ainsi que les situations de la vie et la subjectivité. Le handicap comporte quatre dimensions l'état corporel, l'état fonctionnel, les situations de la vie et la subjectivité de la personne.

La pharmacie étant un commerce de proximité et le pharmacien d'officine exerçant une profession de santé, chaque pharmacien peut-être amené à proposer ses services et son aide à une personne handicapée. Nous verrons qu'il n'est pas si complexe qu'il n'y paraît de connaître les informations essentielles destinées aux personnes porteuses d'un handicap.

L'objectif principal de cette thèse est d'évaluer et de valoriser le rôle du pharmacien d'officine auprès de personnes porteuses d'un handicap.

Des témoignages de personnes handicapées seront abordés, afin de connaître l'opinion de patients concernant l'accueil et l'accessibilité des officines fréquentées. Ces discussions permettront d'envisager des solutions appropriées.

Les pharmacies sont-elles accessibles aux personnes handicapées ?

L'enquête réalisée auprès des pharmaciens de Loire-Atlantique permettra d'évoquer les problèmes soulevés et nous discuterons des solutions possibles.

Enfin, dans une dernière partie, nous aborderons les complications principales d'une personne handicapée, et nous proposerons des conseils associés que peut apporter le pharmacien.

# **PARTIE I :**

## **LE HANDICAP**

## I- NOTION DE HANDICAP

### 1-1- Définition du mot

#### *1-1-1- Evolution du terme handicap du 17<sup>ème</sup> siècle ...*

Au 17<sup>e</sup> siècle, le mot apparaît dans la langue française : le terme « handicap » vient de « hand in cap » expression signifiant littéralement « la main dans le chapeau », du nom d'un jeu qui consistait en une sorte de troc avec arbitrage de la valeur des objets. Ce mot est étymologiquement associé à l'Irlande et au monde des jeux hippiques pratiqués au 16<sup>ème</sup> siècle.

Aux 18<sup>e</sup> et 19<sup>e</sup> siècles, on emploie ce terme dans les courses hippiques. Au début du 19<sup>ème</sup> siècle, ce mot est utilisé en France. T. Bryon expliquait alors dans son *Manuel de l'amateur de course* que : « une course à handicap est une course ouverte à des chevaux dont les chances de vaincre, naturellement inégales, sont, en principe, égalisées par l'obligation faite aux meilleurs de porter un poids plus grand ». Il était alors difficile de pronostiquer le résultat et l'on pouvait tout aussi bien tirer le nom des vainqueurs dans un chapeau. On voit ainsi apparaître la notion « d'égalisation des chances ». Plus tard, d'autres domaines de la compétition sportive ont adopté le terme « handicap » pour classer les joueurs selon les performances (exemples : le golf, le tennis), ceci permet d'en banaliser l'usage ce qui contribue à réduire la connotation stigmatisante d'un mot qui résiste à l'épreuve du temps [3].

Il est difficile de dater la période de l'extension du sens du mot « handicap » ; cependant, il semble que cette évolution soit tardive. Le « handicap » désigne, alors, la conséquence d'une limitation des capacités humaines, mentales ou physiques. Par extension, ce terme était utilisé pour désigner les infirmes et les invalides. En 1940, la notion de « handicap physique » apparaît.

Durant la période 1940-1980, le mot est utilisé pour la première fois dans le droit français et remplace les termes « débiles », « infirmes », ... Il a donc une connotation négative, avec un caractère péjoratif et dévalorisant.

Depuis 1980, il est à noter une évolution de la reconnaissance du terme et de la situation. Le mot est reconnu, officialisé par les associations et les organismes internationaux. Il désigne une situation plutôt qu'un état individuel. La définition s'est désormais élargie à toute personne souffrant d'une *incapacité* faisant suite à une *déficience* entraînant un *désavantage* [54].

### 1-1-2- ... à nos jours

La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (article 2, 1°) introduit, pour la première fois, dans le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) une définition du handicap :

« Art. L. 114.- 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. » [31]

Aujourd'hui, dans les dictionnaires de langue française, nous trouvons deux définitions distinctes dues au double sens du mot « handicap ».

Dans le Petit Larousse 2006, est appelé handicap :

- Désavantage quelconque : infirmité ou déficience, congénitale ou acquise.

Un handicap peut-être sensoriel (visuel, auditif), physique (neurologique, musculaire...), ou encore mental (déficience intellectuelle, trouble psychique). Les causes, très variées, en sont surtout les traumatismes, les malformations, les anomalies génétiques, les infections, les maladies cardio-vasculaires, respiratoires ou rhumatismales ; nous y reviendrons plus tard.

- Désavantage de poids, de distance ..., imposé à un concurrent, épreuve sportive dans laquelle on désavantage certains concurrents pour égaliser les chances de victoire.

Il est à noter, ainsi, l'évolution du vocabulaire au fil du temps. Une multitude d'appellations ont été utilisées pour désigner ceux qu'on appelle maintenant « handicapés » ou, pour ne pas réduire la personne à une de ses caractéristiques : personnes handicapées ou personnes avec un handicap.

Voici quelques exemples des termes qui sont, ou qui furent, employés pour parler de personnes handicapées : *arriérés, anormaux, déficients, diminués, impotents, infirmes, paralysés, personnes dépendantes...* [21]. Ces termes sont ou furent utilisés aussi bien dans le discours quotidien que dans une grande partie du langage médical, social et juridique [32].

## 1-2- La Classification Internationale des Handicaps : déficiences, incapacités, désavantages (C.I.H ou C.I.D.I.H)

Philip Wood, en 1980, clarifie la définition du handicap et détermine pour l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S) la Classification Internationale des Handicaps (C.I.H). Il définit, en effet, le handicap comme **la conséquence des maladies** sur la personne. La C.I.H est en réalité constituée de trois classifications distinctes (une pour les déficiences, une pour les incapacités, une pour les désavantages).

Ainsi, la lésion entraîne une *déficiences*. Cette déficiences peut générer une *incapacité*. Du fait de ces deux notions, le sujet peut souffrir de *handicap* ou de *désavantage social*.

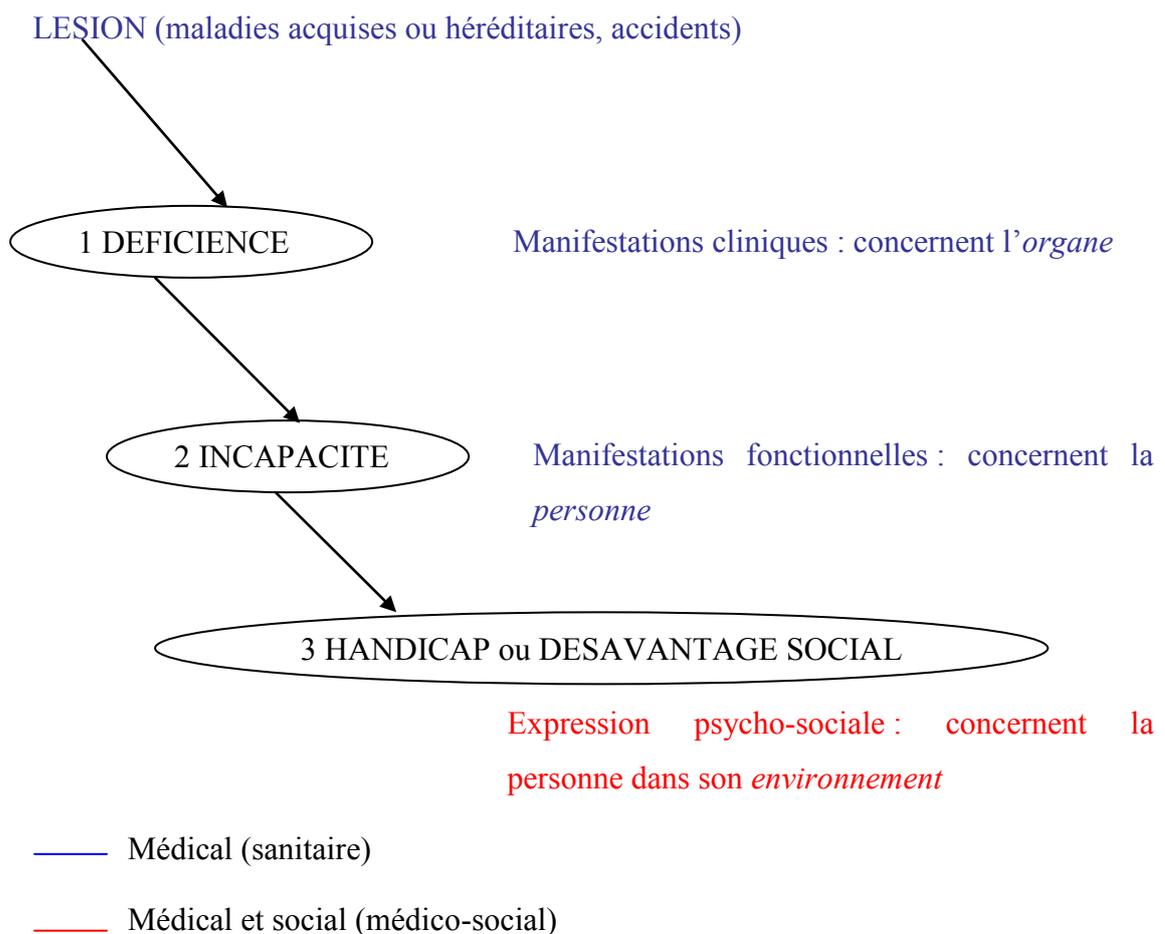


Figure 1 : Modèle de Wood [33]

**La déficience** est définie, par l’OMS, comme « *toute perte de substance ou altération d’une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique* ». Elle représente la traduction d’un état pathologique sur l’organe. C’est la conséquence de la maladie passée ou actuelle ou d’un accident ancien ou récent et désigne donc l’aspect organique. Elle peut-être transitoire ou définitive. La déficience peut être intellectuelle, motrice, sensorielle, du squelette et de l’appareil de soutien, ...

*Par exemple, un individu peut souffrir d’une déficience motrice et ne plus avoir l’usage de ses jambes suite à un accident de la voie publique.*

Plusieurs types de lésions peuvent être à l’origine d’une même déficience.

*Par exemple, une raideur du genou (déficience) peut être due à une arthrose ou à une arthrite infectieuse.*

**L’incapacité** est définie, par l’OMS, comme « *toute réduction (résultant d’une déficience), partielle ou totale, de la capacité d’accomplir une activité d’une façon, ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain* ». Elle représente donc toute réduction ou perte dans les performances fonctionnelles du corps ou de la personne, qui résulte d’une déficience. Ce n’est plus l’organe qui est considéré mais la personne dans ses différentes fonctions (communication, locomotion...).

*Pour reprendre l’exemple précédent, la personne en question ne peut plus utiliser son véhicule.*

Les incapacités peuvent résulter de déficiences différentes : une déficience motrice des jambes ou une insuffisance respiratoire sont toutes les deux responsables d’une incapacité à monter des escaliers. A l’inverse, toute déficience n’entraîne pas une incapacité (par exemple, une déficience visuelle peut-être compensée par des lunettes).

Le **désavantage social** (ou handicap) introduit une notion supplémentaire qui est celle de l’environnement ; il se définit comme « *le désavantage social pour un individu donné, qui résulte d’une déficience ou d’une incapacité et qui limite ou interdit l’accomplissement d’un rôle normal (en rapport avec l’âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels)* ». Le désavantage est caractérisé par une discordance entre l’état ou les performances du sujet et ce qui est attendu de lui (par lui-même ou par le groupe dont il est membre). Le handicap

représente donc les conséquences personnelles, sociales, économiques, de la déficience et de l'incapacité.

*L'individu ne pouvant plus conduire, ne peut plus exercer son activité professionnelle à savoir commercial. Cette personne ne peut donc plus accomplir son métier. Ceci entraîne alors des conséquences d'ordre social, économique, ...qui représentent donc un handicap pour la personne.*

Le handicap traduit une désadaptation de l'individu par rapport à son milieu. Il se réfère donc à des situations de contextes.

Un autre exemple, afin de clarifier cette classification : la classification des déficiences mentionne « les déficiences du langage et de la parole », la classification des incapacités, « les incapacités concernant la communication » et la classification des désavantages, « les désavantages d'intégration sociale » [11].

### 1-3- De la C.I.H à la Classification Internationale du Fonctionnement du Handicap et de la Santé (C.I.F ou C.I.H-2)

La C.I.H. est adoptée par la France en 1988 comme référence des nomenclatures statistiques sur le handicap.

Comme le précise I. VILLE, J.F. RAVAUD et A. LETOURMY, la C.I.H. suppose l'idée d'inclusion. La présence d'une déficience est le pré-requis à la présence d'incapacités qui est elle-même le pré-requis à la présence du handicap. Il n'est cependant pas toujours nécessaire d'être atteint d'une déficience pour être handicapé, c'est à dire pour être confronté à un désavantage social et plus généralement, à des situations d'exclusion [53,54].

La C.I.H « décrit » ainsi le handicap, à travers l'atteinte du corps (« déficiences »), mais aussi les difficultés ou impossibilités à réaliser les activités de la vie courante qui découlent de ces déficiences (« incapacités ») et les problèmes sociaux qui en résultent (« désavantages »).

## CIDIH

### Classification Internationale des Déficiences, Incapacités et Handicaps

DEFICIENCE	INCAPACITE	HANDICAP
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Intellectuelles</b> et /ou troubles du psychisme et/ou difficultés du comportement</li> <li>- Liées à l'épilepsie</li> <li>- De l'<b>audition</b></li> <li>- Du <b>langage</b> et de la parole</li> <li>- De la <b>vision</b></li> <li>- De la fonction <b>cardio-respiratoire</b></li> <li>- De la fonction et de la sphère digestive</li> <li>- De la fonction urinaire</li> <li>- Métaboliques, enzymatiques</li> <li>- Du système immunitaire et hématopoïétique</li> <li>- Motrices et de l'appareil locomoteur</li> <li>- Esthétiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Comportement</b></li> <li>- <b>Communication</b></li> <li>- <b>Locomotion</b></li> <li>- Soins corporels</li> <li>- Utilisation du corps pour certaines tâches précises</li> <li>- Maladresse</li> <li>- Retentissement sur certaines situations</li> <li>- Retentissement sur les aptitudes à la vie professionnelle et aux occupations</li> <li>- Autres restrictions d'activité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Orientation</b></li> <li>- <b>Mobilité</b></li> <li>- <b>Occupations</b></li> <li>- Intégration <b>sociale</b></li> <li>- Indépendance <b>physique</b></li> <li>- Indépendance <b>économique</b></li> </ul>

Figure 2 : Classification Internationale des Déficiences, Incapacités et Handicaps [33]

Cette approche présente deux principaux avantages :

- elle permet de clarifier les concepts : savoir de quoi l'on parle ;
- elle permet de « décliner » le handicap de façon différente pour chaque personne.

Cependant, cette classification a ses limites :

- L'enchaînement n'est pas univoque : le modèle proposé peut laisser croire que les événements se déroulent toujours dans l'ordre indiqué ; la réalité est plus complexe.

*Par exemple, une déficience (esthétique...) peut entraîner un désavantage social important sans incapacité ; de même, l'existence de déficiences ou même d'incapacités n'entraîne pas forcément de désavantage.*

- Ce modèle oublie le rôle de l'environnement : des barrières architecturales (problèmes d'accessibilité...) et sociales (discrimination...) jouent un rôle important dans la constitution du désavantage social [21].

Donc, on note que cette C.I.H impute toute la responsabilité du handicap à la maladie (ou à l'accident) d'origine et ignore l'impact des exigences de la société et des obstacles environnementaux sur le processus de production du handicap.

Ainsi, la C.I.F publiée par l'OMS remplace, depuis le 22 mai 2001, la C.I.H dont elle constitue une révision fondamentale.

Il s'agit d'une nouvelle approche qui se veut moins négative, et vise à faire reconnaître les efforts et les actions développées par les personnes handicapées pour s'insérer dans la société ; on parle d'« activités » et de « participation », et non plus d'« incapacités ». En outre, cette approche prend d'avantage en compte les facteurs environnementaux. Mais elle est plus complexe, a un peu perdu la simplicité logique du modèle de Wood, et elle est encore peu utilisée par les professionnels de santé qui ne se la sont pas appropriée.

Dans la C.I.F, le terme « fonctionnement » est un terme générique qui recouvre les fonctions organiques, les structures anatomiques, les activités et la participation.

Le terme « handicap » est un terme générique qui englobe l'ensemble des problèmes de fonctionnement : les déficiences, les limitations d'activité, les restrictions de participation.

La C.I.F est organisée en quatre classifications : deux pour décrire le fonctionnement du corps (une classification des fonctions organiques et une classification des structures anatomiques), une pour décrire les domaines d'activités et de la participation (classifications alternatives ou complémentaires pour les tâches et actions de la vie), une pour décrire l'environnement [31].

Ainsi, deux individus présentant le même problème de santé peuvent-ils connaître des types ou des degrés de handicaps différents selon le milieu dans lequel ils vivent et leurs caractéristiques personnelles en terme d'âge, de sexe, d'origine sociale, d'expérience de vie préalable au trouble, etc.

La C.I.F se veut une approche « bio-psycho-sociale » : elle tend à faire la synthèse entre un modèle médical et un modèle social du handicap. Les domaines couverts par la C.I.F

peuvent donc être désignés par les termes de domaines de la santé et domaines liés à la Santé. La C.I.F s'est éloignée d'une classification des « **conséquences de la maladie** » (version 1980) pour proposer une classification des « **composantes de la santé** ». Les « composantes de la santé » définissent ce qui constitue la santé, alors que les « conséquences » se focalisent sur l'impact de la maladie ou tout état de santé qui peut en résulter.

Dans le contexte de la santé :

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

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

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

**Activité** désigne l'exécution d'une tâche par une personne.

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

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

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

**Les facteurs environnementaux** désignent l'environnement physique, social et attitudinal dans lequel les gens vivent et mènent leur vie. [48]

	<b>Partie 1 : Fonctionnement et handicap</b>		<b>Partie 2 : Facteurs contextuels</b>	
	<i>Fonctions organiques et structures anatomiques</i>	<i>Activités et participation</i>	<i>Facteurs environnementaux</i>	<i>Facteurs personnels</i>
<i>Domaines</i>	1. Fonctions organiques 2. Structures anatomiques	Domaines de la vie (tâches, actions)	Facteurs extérieurs affectant le fonctionnement et le handicap	Facteurs internes affectant le fonctionnement et le handicap
<i>Schémas</i>	Changement dans les fonctions organiques (physiologie)  Changement dans la structure anatomique	<i>Capacité</i> Réaliser des tâches dans un environnement standard  <i>Performance</i> Réaliser des tâches dans l'environnement réel	Impact (facilitateur ou obstacle) de la réalité physique, de la réalité sociale ou des attitudes	Impact des attributs de la personne
<i>Aspect positif</i>	Intégrité fonctionnelle et structurale	Activité  Participation  Fonctionnement	Facilitateurs	Sans objet
<i>Aspect négatif</i>	Déficience	Limitation de l'activité Restriction de la participation  Handicap	Barrières, obstacles	Sans objet

Figure 3 : Aperçu de la CIH-2

Ainsi, la CIH-2 adopte une position neutre par rapport à l'étiologie et permet aux chercheurs d'inférer les causes des situations qu'ils observent à l'aide de méthodes scientifiques.

## II- EPIDEMIOLOGIE DES HANDICAPS [24]

« Combien y a-t-il de personnes handicapées en France ? » Il n'y a pas de réponse unique à cette question, car la nature, l'origine et la gravité des atteintes peuvent être très diverses. On peut appréhender le handicap sous de multiples facettes : l'incapacité à accomplir certains actes simples de la vie quotidienne, la nécessité de recourir à une aide humaine ou technique, les limitations rencontrées dans certaines activités, etc.

### a) Plus de 40% des personnes vivant à domicile déclarent au moins une déficience :

Parmi la population vivant en domicile ordinaire, 42% des personnes déclarent rencontrer des difficultés physiques (13% des personnes déclarent des déficiences motrices, 10% des déficiences organiques...), sensorielles (11%) dans la vie quotidienne.

Outre leur nature très diverse, ces déficiences sont très hétérogènes sur le plan de la gravité (les déficiences motrices peuvent par exemple, aller de l'arthrose à la tétraplégie) et de l'origine : 12% des déficiences déclarées sont attribuées à des accidents, 10% à des causes « précoces » (complications de grossesse ou d'accouchement, malformations congénitales, maladies héréditaires), 26% au vieillissement... La proportion de personnes touchées croît avec l'âge.

### b) Plus de 20% des personnes vivant à domicile déclarent au moins une incapacité et 10% indiquent une limitation de leurs activités :

Ces incapacités peuvent se traduire par des limitations d'activité pouvant aller, dans le domaine de la mobilité par exemple, du besoin d'aide pour sortir du domicile (2.6 millions de personnes) au confinement au lit ou au fauteuil (280 000 personnes) en passant par l'incapacité à se laver ou à s'habiller seul (1.6 millions). Les personnes âgées ne sont pas les seules touchées : 11% des personnes confinées au lit ont moins de 60 ans.

### c) Près de 10% de la population vivant à domicile déclarent un recours à une aide humaine régulière :

9% des personnes vivant en domicile ordinaire (5.4 millions) déclarent bénéficier de l'aide régulière d'une autre personne en raison d'un problème de santé. Inférieure à 7% avant 60 ans, cette proportion dépasse 20% après 70 ans.

Ces résultats proviennent de l'enquête « Handicaps, incapacités, dépendance » (HID) mené par l'INSEE fin 1999 en métropole auprès des personnes vivant à leur domicile [8].

### 2-1- Le handicap moteur

Le **handicap physique** peut être purement moteur, modéré (détériorations articulaires) ou sévère (paralysies). Il toucherait 1,5 % de la population, selon les chiffres cités par le Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées [29]. Il peut aussi être associé à d'autres déficiences, faisant grimper le taux à 4 % de la population.

Le handicap moteur peut toucher un membre ou l'ensemble du corps. Ainsi, les personnes atteintes de ce handicap se déplacent soit debout en s'aidant d'une canne, soit en fauteuil roulant. En pratique, les déficiences motrices engendrent une gêne ou un empêchement dans les déplacements, la préhension d'objets et parfois la parole.

En France, on estime que 1.5 millions de personnes souffrent d'un handicap moteur (qu'il soit d'origine génétique, accidentel ou cérébral) dont 600 000 sont atteintes de paralysie [30].

### 2-2- Le handicap visuel

Le handicap visuel recouvre des réalités variées, s'échelonnant d'un trouble visuel à une cécité complète.

Les déficiences visuelles ont été classées par l'OMS en fonction de leur gravité. Cinq catégories ont été ainsi définies en tenant compte de l'acuité visuelle après correction :

- catégorie 1 : acuité visuelle entre 3/10 et 1/10,
- catégorie 2 : acuité visuelle entre 1/10 et 1/20,
- catégorie 3 : acuité visuelle entre 1/20 et 1/50,
- catégorie 4 : acuité visuelle entre 1/50 et perception de la lumière,
- catégorie 5 : pas de perception de la lumière.

Les catégories 1 et 2 représentent la malvoyance ou amblyopie. L'amblyopie est la baisse de l'acuité visuelle, alors qu'une personne est considérée comme malvoyante si elle a en dessous de 3/10 d'acuité visuelle du meilleur œil après correction.

Les autres catégories correspondent à la cécité [55]. La cécité est l'absence complète de vision d'un ou des deux yeux. Un aveugle est au sens administratif du terme une personne

ayant une vision centrale des yeux, après correction par des verres, inférieure à 1/20 de la normale.

L'exploitation de l'enquête « Handicaps, incapacités, dépendance » apporte un nouvel éclairage sur la situation des personnes ayant un handicap visuel en France. Les aveugles ou malvoyants profonds seraient environ 207 000 et les malvoyants moyens 932 000.

Actuellement, en France, 3 millions de personnes sont concernées, ce chiffre augmentant progressivement avec l'allongement de la durée de vie.

### 2-3- Le handicap auditif

Qu'il soit de naissance, dû à une maladie ou à un accident, le handicap auditif compromet sensiblement la communication et l'accès à l'information si l'environnement n'y veille pas. La personne sourde ou malentendante développe sa propre stratégie pour contourner son handicap et communiquer. Face à ce handicap peu visible et souvent sous-estimé, certaines personnes sourdes ou malentendantes réagissent en évitant les contacts et parfois en s'isolant progressivement.

Cependant, les modes de communication, les nouvelles méthodes d'apprentissage et l'appareillage leur permettent de s'intégrer et de vivre presque « normalement ». On estime à 5 millions le nombre de français ayant des difficultés d'audition et ce nombre ne cesse d'augmenter avec le vieillissement de la population [30,52].

Nous pouvons classer la déficience auditive en 5 classes :

- Elle est dite légère quand la perte (moyenne) est de 20 à 40 dB. La parole est perçue, mais dans la conversation courante certains éléments phonétiques échappent aux malentendants.
- Elle est moyenne quand la perte est de 40 à 70 dB. Seule la parole forte est perçue. Les difficultés sont certaines. Une prothèse auditive est nécessaire.
- Elle est dite sévère quand la perte auditive est de 70 à 90 dB. Dans ce cas, seule la voix puissante est perçue. La gêne est très importante. Appareillage, lecture labiale, rééducation sont indispensables à la vie sociale.
- Elle est profonde quand la perte dépasse 90 dB.
- Si la perte dépasse 120 dB, la surdité est considérée comme pratiquement totale : c'est une cophose [5].

Ainsi, quantifier le nombre de personnes handicapées n'est pas une mission simple ; ceci est principalement dû à la pluralité de définitions possibles du « handicap ».

Généralement, on estime que **10 % de la population française possède un handicap**.

**On s'accorde également sur le double constat :**

- **qu'il y a une proportion élevée de personnes présentant une incapacité légère ;**
- **que la probabilité d'apparition d'un handicap augmente avec l'âge (maladie, accidents du travail, vieillesse, ...).**

Figure 4 : Diverses approches du handicap selon l'âge (en %) [25]

	Femmes		Hommes		Ensemble	
	moins de 60 ans	plus de 60 ans	moins de 60 ans	plus de 60 ans	moins de 60 ans	plus de 60 ans
Recourir à des aides techniques	4,5	38,2	4,8	32,0	4,6	35,6
Etre titulaire d'un taux d'incapacité (1)	3,0	10,6	6,2	16,5	4,6	13,1
Rencontrer ou avoir rencontré un problème d'emploi (2)	15,5	11,7	14,5	12,4	15,0	12,0
Avoir une déficience (3)	31,1	76,9	29,9	72,6	30,5	75,1
Recevoir une allocation	2,3	5,0	4,5	10,8	3,4	7,5
Etre confiné au lit	0,7	9,4	1,0	7,5	0,9	8,6
Etre aidé pour sortir (4)	0,7	6,7	0,5	2,4	0,6	4,9
Recourir à une aide humaine	4,4	32,7	3,4	21,4	3,9	27,9

Note : Ce tableau concerne les personnes à domicile et celles résidant en institution socio-sanitaire ou psychiatrique, sauf la ligne "recours à une aide humaine" qui concerne uniquement les personnes à domicile.

(1) Proportion de personnes déclarant un taux officiel d'incapacité.

(2) Parmi les 20 ans et plus : personnes inaptes à l'emploi, ou ayant dû l'abandonner, ou devant avoir un emploi aménagé pour raison de santé.

(3) Les déficiences sont les pertes (amputations, scléroses,...) ou dysfonctionnement des diverses parties du corps ou du cerveau.

(4) Sont regroupées dans cette catégorie les personnes ni confinées au lit, ni ayant besoin d'aide pour la toilette et l'habillement.

### III- ETIOLOGIE DES HANDICAPS [5, 20, 38]

Au cours de recherches et lectures concernant ce thème, de nombreuses étiologies se recourent et peuvent être la cause d'un de ces trois handicaps : handicap moteur, handicap visuel et handicap auditif. C'est donc dans un souci de clarté et de compréhension que sont exposés les différents facteurs en partant du principe qu'ils peuvent être communs aux trois handicaps.

#### 3-1- Les facteurs organiques

Ils sont antérieurs à la grossesse ou se développent au moment de la fécondation. Il s'agit des maladies chromosomiques, génétiques et des facteurs héréditaires.

a) Les aberrations chromosomiques portent sur la structure ou sur le nombre de chromosomes.

Il peut s'agir de :

- la trisomie 21 (souvent liée à l'âge de la mère),
- les trisomies 13 ou 18, qui sont plus rares,
- la délétion d'un chromosome (perte d'un fragment de chromosome), ou la duplication, ou la translocation (cassure d'un fragment de chromosome puis transfert sur un autre), ou l'inversion de chromosome,
- les anomalies sur les chromosomes sexuels comme le Syndrome de l'X fragile ; le Syndrome de Turner (un seul X ou XXX chez la fille, XYY chez le garçon) ; le Syndrome de Klinefelter (XXY, soit un X en plus).

#### b) Les maladies génétiques

Les maladies génétiques sont portées par les chromosomes et transmises dans les gènes. Il s'agit de :

- la mucoviscidose (troubles digestifs et respiratoires chroniques),
- la myopathie (atrophie musculaire grave, à évolution progressive),
- le daltonisme (anomalie de la vision des couleurs),

- la phénylcétonurie (déficit en une enzyme provoquant des troubles neurologiques se traduisant par des crises d'épilepsie),
- syndrome d'Engelmann.

### c) Les facteurs héréditaires

Lorsque l'on parle de facteurs héréditaires, cela ne signifie pas que la transmission de la maladie en tant que telle soit systématique. Par contre, il peut s'agir d'une transmission d'un terrain fragile ou à risque. C'est ainsi que la cécité et la surdité héréditaires sont fréquemment transmises entre les générations.

## 3-2- Les facteurs biologiques

Ils concernent les phénomènes vitaux dans la cellule, les tissus, les organes... Les facteurs biologiques sont répartis selon qu'ils sont anténatals (transmis par la mère au fœtus), péri-natals (qui se déroulent autour du moment de la naissance : entre 22 semaines d'aménorrhée et 8 jours post-natals) ou post-natals (après la naissance).

a) Les étiologies anténatales regroupent les causes infectieuses, métaboliques, toxiques, congénitales, l'anoxie et les facteurs mécaniques.

*Les causes infectieuses* peuvent être d'origines :

- virales (rubéole, hépatite, sida, grippe ...). Une vingtaine de virus représentent un danger pendant la période embryogénèse,
- bactériennes (listériose, syphilis ...),
- parasitaires (toxoplasmose, paludisme...),

*Les causes métaboliques*

Lorsque l'organisme maternel fabrique une substance dangereuse pour le fœtus, il peut y avoir accumulation de cette substance, donc atteinte des cellules. On retrouve ce phénomène en cas :

- de diabète de la mère.
- d'hypertension artérielle maternelle.

*Les causes toxiques* regroupent les produits (ingérés ou injectés) pris par la mère pendant sa grossesse et qui ont une atteinte sur l'embryon ou le fœtus. On retrouve ces causes lorsque la mère a ingéré des produits tels que l'alcool, une drogue, le tabac.... Certains médicaments à fortes doses (les anticoagulants, les opiacés, certaines hormones...), notamment pendant les premières semaines de grossesse, peuvent représenter un risque ; de même que les vaccins à virus vivants représentent un risque potentiel.

*Les causes congénitales* sont pour la plupart d'origine inconnue et surviennent pendant la période embryonnaire et fœtale, avec une influence plus grave lors de la période embryonnaire. La phocomélie qui consiste en l'absence de membre ou de parties de membre est un exemple de cause congénitale.

*Les malformations* telles que les tumeurs cérébrales précoces, les microcéphalies.

*L'anoxie* correspond à la diminution ou à la suppression de l'oxygène dans les tissus. L'anoxie peut être due à l'intoxication de la mère par du dioxyde de carbone ou à l'asphyxie du bébé lors de l'accouchement.

*Les facteurs mécaniques*

Pendant la grossesse, le port d'une gaine pour camoufler les rondeurs peut comprimer un organe maternel ou fœtal. De même, une chute de la mère ou un accident automobile peut provoquer un écrasement du cordon ombilical et ainsi interrompre le fonctionnement vital.

Par ailleurs, il peut y avoir des conséquences sur l'embryon dans le cas de tentatives d'avortement non accompagnées par la chirurgie.

## b) Les étiologies péri-natales

*La prématurité*

On parle de prématurité lorsque la naissance intervient à partir du sixième mois de grossesse et avant le neuvième ou lorsque le nouveau-né a un poids inférieur à 2,5 kilogrammes.

Certains facteurs augmentent les risques de prématurité et peuvent se cumuler. Plus ces facteurs sont nombreux, plus le risque de prématurité est élevé. Les facteurs sont l'âge de la mère (avant 18 ans et après 40 ans) ; son anatomie (malformation de l'utérus...) ; son

hygiène de vie (tabagisme, alcoolisme, drogue, stress...) ; ainsi que son appartenance à un milieu social défavorisé.

#### *Les souffrances péri-natales*

Le travail d'accouchement trop lent, trop rapide, l'application des forceps ou les manœuvres difficiles sont dangereux et peuvent laisser de graves séquelles. L'inhalation de liquide amniotique ; l'anoxie de la naissance si elle dépasse 3 minutes ainsi que les infections qu'elles soient virales, bactériennes ou parasitaires sont également dangereuses et peuvent mettre en péril la santé du nourrisson.

#### *L'incompatibilité sanguine fœto-maternelle*

Il s'agit d'une incompatibilité des facteurs rhésus sanguins de la mère et de l'enfant.

#### c) Les étiologies post-natales

Elles interviennent directement sur le nourrisson après sa naissance, notamment dans le cas de certaines maladies congénitales ou héréditaires et peuvent également apparaître au cours des premières années de la vie de l'enfant.

#### *Les causes infectieuses*

Nous retrouvons, dans les causes infectieuses, les origines virales, bactériennes et parasitaires.

Lorsque l'origine est virale, le bébé peut être atteint d'une rubéole, d'une varicelle,...

Lorsque l'origine est bactérienne, il peut s'agir :

- d'une méningite qui correspond à l'inflammation des méninges, se traduisant par des céphalées, des vomissements et des raideurs,

- d'une encéphalite c'est à dire l'inflammation des centres nerveux.

L'encéphalite peut provoquer une infirmité motrice cérébrale caractérisée par des troubles moteurs, des troubles de l'élocution importants.

- des oreillons (gonflement et inflammation des glandes salivaires),

- d'une otite externe et otite interne caractérisée par une inflammation de l'oreille externe ou interne.

### *Les causes métaboliques*

Selon le Petit Larousse de la médecine [49], « le métabolisme est l'ensemble des réactions biochimiques se produisant au sein de l'organisme ». Ces réactions peuvent être le diabète (excès de glucose dans le sang), la phénylcétonurie,...

### *Les causes neurologiques (qui concernent le système nerveux)*

Nous retrouvons ici :

- l'épilepsie qui correspond à une décharge neuronale imprévue, anormale, excessive, à l'intérieur du système nerveux central,
- les hémorragies méningées et cérébro-méningées.

*Les causes endocriniennes* comme l'hyperthyroïdie.

## 3-3- Les facteurs exogènes

Les facteurs exogènes regroupent « tout ce qui se forme ou qui se développe hors de l'organisme ». On y retrouve donc les accidents, les carences alimentaires, les intoxications, le développement socio affectif.

a) Les accidents sont regroupés sous ce thème les accidents de la circulation (voiture, piéton, vélo) qui peuvent provoquer des traumatismes crâniens ou des infirmités motrices cérébrales ; les noyades, l'asphyxie, l'étouffement ; les électrocutions, les chutes ; les traumatismes acoustiques ou visuels ; les accidents survenus lors d'anesthésies ;...

### b) Les carences alimentaires

Il s'agit de l'absence ou de l'insuffisance d'éléments indispensables à l'organisme. On retrouve les carences alimentaires dans le cas de malnutrition, de sous-alimentation, de déshydratation.

c) Les intoxications sont provoquées par les produits ou fumées chimiques et/ou toxiques, qui peuvent être ingérés ou inhalés.

#### d) Les causes toxiques

Leurs origines sont :

- le tabagisme passif, lorsque l'enfant est à proximité de fumeurs,
- l'alcoolisme infantile,
- l'ingestion de produits chimiques.

#### **POUR RESUMER :**

**Les causes d'un handicap visuel [7]:**

- **nourrissons : affections oculaires héréditaires (cataractes et glaucomes congénitaux, rétinopathies pigmentaires, atrophie optiques, rétinoblastomes bilatéraux, ...)**
- **maladies infectieuses ou parasitaires lors de la grossesse, chez la mère**
- **risque de malformations par aberration chromosomique chez le fœtus s'accroît avec l'âge de la mère (plus de risque après 40 ans)**
- **chez le jeune enfant : accidents domestiques ou jeux dangereux**
- **adolescents/adultes : accidents de la route, du travail, de chasse, les bagarres, les tentatives de suicide, les maladies évolutives à réactions multiples ou héréditaires, ...**
- **personnes âgées (de plus en plus nombreuse) : principales causes après 60 ans : glaucome chronique et le diabète dus aux dégénérescences tissulaires et aux altérations de la circulation sanguine au niveau de l'œil**

**Les causes d'une surdité/baisse de l'audition [39] :**

- **après un traumatisme, une claque, un coup ... le tympan peut être perforé**
- **après un traumatisme sonore important (explosion d'un pétard par exemple)**
- **au cours d'une otite aigüe particulièrement douloureuse et souvent unilatérale, au décours d'une rhinopharyngite ou d'une sinusite**
- **après un bain, une perte d'audition brutale et indolore est souvent due à un bouchon de cérumen gonflé par l'eau entrée dans l'oreille et qui obstrue le conduit auditif externe**
- **après un rhume, un voyage en avion, une plongée sous marine, la baisse d'audition est due à une variation brutale de la pression qui n'a pas pu être compensée par la trompe d'Eustache**
- **otospongiose**

- **maladie de Ménière : vertige très spectaculaire accompagné d'une atteinte de l'audition qui peut passer inaperçue**
- **traumatisme acoustique chronique, non professionnel ou professionnel (tir, discothèque, baladeur, ...)**
- **médicaments toxiques (les aminosides, les oestrogènes, l'aspirine, ...)**
- **malformations héréditaires**

**Les causes d'un handicap moteur :**

- **par lésions cérébrales : IMC, traumatismes crâniens, AVC, tumeurs cérébrales, malformations cérébrales, ...**
- **par lésions médullaires et neuromusculaires : blessés médullaires, spina bifida, autres myélopathies, poliomyélite, neuropathies, myopathies, ...**
- **par lésions ostéo-articulaires : malformations, amputations, dysplasies et dystrophies osseuses, scolioses, lésions inflammatoires, infectieuses et/ou rhumatismales.**

**PARTIE II :**

**SUPPORT JURIDIQUE**

**ET**

**PRISE EN CHARGE**

**DE LA**

**PERSONNE HANDICAPEE**

## **I- DROIT DES PERSONNES HANDICAPEES**

### 1-1- Les lois fondamentales et le dispositif institutionnel

#### *1-1-1- Le cadre juridique et ses lois fondamentales*

Le champ du handicap est en relation avec différentes lois que je vais vous exposer en respectant l'ordre chronologique.

#### **A- Loi du 30 juin 1975 : « loi d'orientation en faveur des personnes handicapées » [31]**

Cette loi constitue la loi fondatrice de la prise en charge des personnes handicapées en France.

Cette loi reconnaît les personnes handicapées comme des citoyens à part entière en substituant une logique de solidarité à une logique d'assistance. L'objectif est donc de garantir aux personnes handicapées les mêmes droits que ceux reconnus aux autres citoyens :

**« La prévention et le dépistage des handicaps, les soins, l'éducation, la formation et l'orientation professionnelle, l'emploi, la garantie d'un minimum de ressources, l'intégration sociale et l'accès aux sports et aux loisirs du mineur et de l'adulte handicapés physiques, sensoriels ou mentaux, constituent une obligation (...) » [43]**

Elle reconnaît à la personne handicapée le droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie, et à la garantie d'un minimum de ressources lui permettant de couvrir la totalité des besoins essentiels de la vie courante. [45]

Elle rend l'ensemble des acteurs sociaux : familles, Etat, collectivités locales, établissements publics et organisme de Sécurité Sociale, responsables de la mise en œuvre de cette obligation.

Cette loi a également permis la création des Commissions Départementales d'Education Spéciale (C.D.E.S) et des Commissions Techniques d'Orientation et de Reclassement Professionnel (COTOREP). Ces structures, dans chaque département, évaluent le taux d'incapacité, proposent une orientation vers les structures les plus appropriées à leur situation et/ou déterminent si leur état justifie l'attribution d'allocations spécifiques au domaine du handicap.

**La loi du 30 juin 1975 marque le passage d'une prise en charge antérieurement basée sur la notion d'assistance à une prise en charge reposant largement sur la notion de solidarité**

**Cette loi a été rénovée par celle du 11 février 2005, que nous allons détailler ultérieurement.**

**B- Loi du 10 juillet 1987 : « loi d'orientation en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés » [31]**

Elle instaure une obligation d'emploi d'un quota de personnes handicapées, dans tous les établissements publics et privés **de plus de vingt salariés**. Ce quota est fixé à **6%** des effectifs présents dans un même établissement.

Les entreprises privées peuvent s'acquitter de cette obligation, sous la forme d'une pénalité versée au Fonds pour l'insertion professionnelle des handicapés. L'Association nationale de gestion de ce fonds (AGEFIPH) a pour but de mettre en œuvre diverses mesures destinées à favoriser toutes les formes d'insertion professionnelle des personnes handicapées en milieu ordinaire de travail.

**C- Loi du 10 juillet 1989 : « loi d'orientation sur l'éducation » [31]**

Elle affirme en son article 1<sup>er</sup> que *« l'éducation est la première priorité nationale »* et que *« le droit à l'éducation est garanti à chacun »*.

**L'objectif prioritaire est l'intégration en milieu scolaire ordinaire des enfants et adolescents handicapés.**

**Cette loi d'orientation sur l'éducation n'est pas spécifique au secteur du handicap.**

**D- Loi du 13 juillet 1991 [31]**

La loi du 30 juin 1975 prévoyait déjà des normes en matière d'accessibilité, mais peu de textes législatifs ou réglementaires étaient venus contraindre des pratiques insuffisantes en matière d'accessibilité.

La loi de 1991 portant sur diverses mesures destinées à favoriser l'accessibilité aux personnes handicapées des locaux d'habitation, des lieux de travail et des installations recevant du public, rappelle cette nécessité en l'introduisant dans le Code de la construction et de l'habitation.

## **E- Loi du 2 janvier 2002 de rénovation de l'action sociale et médico-sociale**

Cette loi révoque la loi d'orientation sur les institutions sociales et médico-sociales du 30 juin 1975. Par cette loi, c'est le projet de l'utilisateur qui prime sur celui de l'institution. La loi tend à promouvoir l'autonomie et la protection des personnes en renforçant les droits des usagers. Elle énonce quelques droits fondamentaux des personnes et évoque leurs modalités d'application tels que : le respect de l'intégrité, de la dignité, de la vie privée et de l'intimité ; la possibilité pour la personne de choisir entre une aide à domicile ou une aide au sein d'un établissement spécialisé ; un accompagnement individualisé ; la confidentialité des informations la concernant ; l'information des personnes sur leurs droits fondamentaux, sur la protection dont elles peuvent bénéficier ainsi que des recours dont elles disposent....

### **La loi du 2 janvier 2002 a plusieurs objectifs :**

- **élargir le champ d'application de la loi de 1975 à d'autres établissements et services,**
- **déterminer le droit des personnes dans ces établissements et services,**
- **préciser ou fixer les conditions de création, de financement et de régulation des établissements ou services.**

## **F- Loi du 11 février 2005 : « loi sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » [31]**

La loi organise l'accès des personnes handicapées au droit commun, elle l'adapte ou le complète par des dispositifs spécifiques afin de garantir une égalité d'accès aux soins, à l'école, à la formation, à l'emploi, au logement, à la cité et de reconnaître une pleine citoyenneté aux personnes handicapées.

Elle introduit pour la première fois une définition du « handicap » au Code de l'Action Sociale et des Familles et reconnaît officiellement que constitue un handicap « l'altération des fonctions psychiques » et le « polyhandicap ».

Ce texte met l'accent sur le droit à l'intégration pour toute personne en situation de handicap. Il s'appuie sur plusieurs points :

- La « **prestation de compensation** » : le texte part du principe que le droit à la compensation du handicap s'applique quel que soit l'âge, le mode de vie, la déficience, l'origine ou la nature. Cette prestation est destinée à financer le coût des aides techniques, humaines, spécifiques ou exceptionnelles, animalières (chien guide), utilisées par les personnes pour pallier leurs incapacités. Cette prestation remplace l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne.

- La création des **maisons départementales du handicap** qui sont des Groupements d'Intérêt Public, gérées par les départements. Elles garantissent l'accueil, l'information, l'accompagnement et le conseil des personnes handicapées et de leur famille, dans leurs démarches ; mènent des campagnes de sensibilisation, mettent en place et organisent la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.
- La **commission des droits et de l'autonomie** des personnes handicapées prend en charge les fonctions de la CDES et de la COTOREP. Elles sont compétentes sur l'orientation de la personne, la désignation d'un établissement ou d'un service compétent pour répondre aux besoins de la personne, l'attribution de la reconnaissance de travailleur handicapé, l'accompagnement des personnes handicapées de plus de 60 ans, l'attribution des différentes allocations.
- Un chapitre important aborde **la scolarité, l'enseignement supérieur et professionnel**. La loi ne fait plus le parallèle entre l'éducation spéciale et l'éducation ordinaire. Tout enfant doit être inscrit dans un établissement scolaire le plus proche de chez lui qui est l'établissement de référence. C'est la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées qui prend les décisions avec les parents sur le mode de scolarisation de l'enfant tout en favorisant l'orientation en milieu scolaire ordinaire. Des aménagements, pour garantir l'égalité des chances, devront être effectués par les établissements. De plus, les écoliers et collégiens seront sensibilisés à la connaissance, au respect et aux problèmes des personnes handicapées.
- Par rapport à l'emploi, la loi insiste sur **le principe de non-discrimination**. A l'employeur de fournir les aménagements possibles pour maintenir, faire accéder ou faire évoluer professionnellement une personne handicapée dans son entreprise (aide de l'AGEFIPH).
- Enfin, la loi traite de **l'accessibilité** du cadre bâti et modifie le Code de la construction et de l'habitation afin que les constructeurs prennent en compte l'ensemble des handicaps, notamment physique, sensoriel, cognitif, mental, psychique et non plus seulement le handicap moteur. Les établissements recevant du public devront être accessibles dans un délai maximum de dix ans, tout comme les services de transports collectifs. Dans les communes de plus de 5 000 habitants, le maire doit créer une commission communale pour l'accessibilité.

L'évolution de ces lois, notamment celles de janvier 2002 et de février 2005, montre l'intérêt du législateur par rapport à la question des personnes en situation de handicap. En effet, celui-ci insiste sur des notions telles que l'intégration et la citoyenneté, visant à effacer les différences par des droits, notamment le droit à a compensation.

### *1-1-2- Le dispositif institutionnel [31,37]*

Pour pouvoir accéder aux dispositions législatives spécifiques aux personnes handicapées, il est souvent nécessaire de formuler la demande auprès d'un organisme (la MDPH), qui détermine les droits de chacun.

#### **A- La maison départementale des personnes handicapées (MDPH)**

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006, un nouveau dispositif d'accompagnement du handicap est mis en place : les maisons départementales du handicap (MDPH) au sein desquelles les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) reprennent les attributions des commissions départementales de l'éducation spéciale (CDES) et des COTOREP. La CDES était une instance départementale d'aide aux enfants et adolescents handicapés de la naissance jusqu'à l'âge de 20 ans. La COTOREP s'adressait aux adultes à partir de 20 ans (ou de 16 ans en cas d'entrée dans la vie active) et sans limite d'âge au-delà.

Dans chaque département, une MDPH est créée afin de faciliter les démarches des personnes handicapées et de leur famille. Elle permet de leur offrir un accès unique aux droits et prestations, à toutes les possibilités d'appui dans l'accès à la formation, à l'emploi et à l'orientation vers des établissements et services.

La MDPH gère le fond départemental de compensation chargé d'accorder des aides financières destinées à permettre aux personnes handicapées de faire face aux frais de compensation restant à leur charge, après déduction de la prestation de compensation.

Pour bénéficier des droits ou prestations, la personne handicapée ou, le cas échéant, son représentant légal dépose une demande auprès de la MDPH du lieu de résidence de la personne handicapée.

**La MDPH exerce une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens aux handicaps.**

## **B- La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)**

Les Commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) ont été créées par la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour "l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées". Elles résultent de la fusion des commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) et des commissions départementales d'éducation spéciale (CDES).

Elle est chargée de prendre, sur la base de l'évaluation réalisée par l'équipe pluridisciplinaire, les décisions relatives à l'ensemble des droits de la personne handicapée. L'équipe pluridisciplinaire réunit des professionnels ayant des compétences médicales ou paramédicales, des compétences dans les domaines de la psychologie, du travail social, de la formation scolaire et universitaire, de l'emploi et de la formation professionnelle.

La CDAPH est compétente pour :

- se prononcer sur l'orientation de la personne handicapée et les mesures propres pour assurer son insertion scolaire, professionnelle ou sociale,
- apprécier le taux d'incapacité de la personne handicapée,
- justifier l'attribution de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) et de l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) et éventuellement son complément,
- attribuer la prestation de compensation, apprécier la capacité au travail et reconnaître la qualité de travailleur handicapé,
- statuer sur l'accompagnement des personnes handicapées de plus de 60 ans hébergées dans des structures pour personnes handicapées.

La commission se prononce aussi sur :

- l'attribution de la carte d'invalidité,
- la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé,
- l'affiliation à l'assurance vieillesse de la personne qui s'occupe de la personne handicapée.

**La Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) prend les décisions relatives aux droits des personnes handicapées, notamment en matière d'attribution de prestations et d'orientation.**

### **C- La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie**

La **CNSA** est un nouvel établissement public pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. La CNSA rassemble, au sein d'un même organisme des moyens issus de la solidarité nationale, de l'Etat et de l'assurance maladie. Elle est chargée de financer les aides en faveur des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées, de garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire et pour l'ensemble des handicaps et d'assurer une mission d'expertise, d'information et d'animation pour suivre la qualité du service rendu aux personnes.

La CNSA est donc à la fois une « caisse » chargée de répartir les moyens financiers et une « agence » d'appui technique [57,58].

Ainsi, **au niveau départemental**, nous avons une organisation bicéphale avec :

- la MDPH : assure l'instruction médico-sociale, l'information des usagers, l'accompagnement et la coordination ;
- la CDAPH : lieu de décision pour les prestations légales spécialisées et les orientations.

**Au niveau national**, la CNSA a pour rôle d'animer la politique de compensation de la perte d'autonomie et d'en garantir l'application égale sur tout le territoire dans le cadre d'une convention d'objectifs et de gestion passée avec l'Etat.

## 1-2- [Les allocations aux personnes handicapées \[1\]](#)

Les personnes handicapées bénéficient des allocations de droits communs comme toutes les personnes résidant sur le territoire français.

### 1-2-1- *L'Allocation aux Adultes Handicapés*

L'**A.A.H** a été créée par la loi du 30 juin 1975. Elle constitue avec le complément de ressources une garantie de ressources pour les personnes handicapées. L'A.A.H garantit un minimum de ressources (selon un barème) aux personnes handicapées reconnues comme telles par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées et dont les droits à l'invalidité ne sont pas ouverts. S'y ajoutent éventuellement une **majoration pour la vie autonome** et un **complément de ressources** (anciennement nommé complément d'AAH), destinés à permettre aux personnes adultes handicapées de couvrir les dépenses supplémentaires qu'elles ont à supporter pour les adaptations nécessaires à une vie autonome à domicile. La majoration pour la vie autonome permet aux personnes handicapées, qui sont au chômage en raison de leur handicap, de faire face à leurs dépenses de logement. L'AAH est versée par les CAF mais financée par l'Etat.

<b>Le complément de ressources</b>	<b>La majoration pour la vie autonome</b>
Il est attribué sur décision de la CDAPH. Aux conditions suivantes :	Elle sera versée automatiquement. Aux conditions suivantes :
- avoir moins de 60 ans	
- avoir une capacité de travail inférieure à 5%	- ne pas exercer d'activité professionnelle
- ne pas avoir perçu de revenus professionnels depuis au moins un an et ne pas exercer d'activité professionnelle	
- disposer d'un logement indépendant	- disposer d'un logement indépendant avec aide au logement
Le montant mensuel du complément de ressources est de 179,31 €	Le montant mensuel de la majoration est 103,63 €

La personne handicapée remplit les conditions pour bénéficier des deux compléments : elle recevra le complément de ressources uniquement si elle en fait la demande [56].

## A- Conditions d'attribution de l'allocation pour adulte

### handicapé

Les conditions sont les suivantes :

- **condition liée au handicap** : La personne doit être atteinte d'un taux d'incapacité permanente d'au moins 80% (apprécié selon un barème spécifique à la CDAPH), ou compris entre 50 et 79% (dans ce cas, elle doit remplir deux conditions supplémentaires : être dans l'impossibilité de se procurer un emploi compte tenu de son handicap et ne pas avoir occupé d'emploi pendant un an à la date du dépôt de sa demande d'allocation),

*Note : - le pourcentage d'incapacité est apprécié d'après un guide barème annexé au décret n°2004-1136 du 21 octobre 2004 (annexe 2-4 du code de l'action sociale et des familles)*

*- l'article 131 de la loi de finances pour 2007 a modifié cette dernière condition ; il suffira à l'avenir qu'il soit reconnu à l'intéressé, compte tenu de son handicap, une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi qui doit encore être précisée par décret*

- **condition de nationalité** : l'ensemble des personnes de nationalité étrangère peut bénéficier de l'AAH dans les mêmes conditions que les ressortissants français, sous réserve de la régularité de leur séjour,

- **condition d'âge** : le demandeur doit avoir plus de vingt ans (fin de droit à l'Allocation d'Education de l'enfant handicapé), et en principe l'AAH n'est plus versée à partir de 60 ans (basculement dans le régime de retraite pour inaptitude),

- **conditions de ressources** : les ressources prises en compte pour le calcul du droit à l'AAH sont les revenus nets catégoriels du demandeur. Ces revenus ne doivent pas dépasser les plafonds de ressources fixés chaque année. Ces ressources ne doivent pas dépasser un montant supérieur à douze fois le montant de l'AAH, si la personne vit seule. Ce plafond est doublé si la personne n'est pas célibataire.

#### - **condition d'inactivité** :

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées a ajouté une nouvelle condition applicable depuis le 1er juillet 2005 : le bénéficiaire ne doit pas avoir occupé un emploi depuis un an à la date de la demande d'AAH. Dans une circulaire datée du 8 février 2006, la Caisse Nationale d'Allocations Familiales (Cnaf) rappelle que l'activité exercée dans les Centres d'Aide par le Travail (CAT) ne doit pas être comptabilisée comme activité professionnelle pour l'appréciation de la condition d'inactivité. À l'inverse, ce type d'activité fait obstacle à l'examen des droits au complément de ressources ou à la majoration pour vie autonome.

## **B- Montant de l'AAH et complément d'allocation**

Le montant maximum de l'AAH au 1<sup>er</sup> janvier 2008 est de 628,10 €.

L'AAH est perçue à taux plein ou en complément d'un avantage de vieillesse ou d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail, quand leur montant est inférieur au plafond fixé pour l'AAH.

L'AAH peut-être cumulée :

- avec le complément d'AAH (à titre transitoire pour les derniers bénéficiaires, ce complément étant remplacé par la majoration pour la vie autonome depuis le 1er juillet 2005),
- avec la majoration pour la vie autonome,
- avec le complément de ressources (dans le cadre de la garantie de ressources).

**Une déclaration du Président de la République annonce une prochaine revalorisation de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) en septembre 2008. Cette revalorisation portera alors le taux d'augmentation du montant de l'AAH pour l'année civile à 5%.**

## **C- Demande d'attribution de l'AAH**

La demande d'attribution de l'AAH, accompagnée de toutes les pièces justificatives, est à adresser ou à déposer à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH). Celle-ci transmet le dossier, dans les meilleurs délais, à la CDAPH pour l'examen des conditions techniques d'attributions de l'AAH (évaluation de l'incapacité) et à l'organisme payeur (Caisse d'Allocations Familiales ou Mutualité Sociale Agricole) pour l'examen des conditions administratives (conditions de résidence, d'âge et de ressources).

L'allocation est versée mensuellement, elle est attribuée le premier jour du mois civil qui suit le dépôt de la demande.

L'AAH est attribuée pour une période de un à cinq ans renouvelable. Cependant, les personnes dont le taux d'incapacité est d'au moins 80% et dont le handicap n'est pas susceptible d'amélioration peuvent se voir attribuer l'allocation pour une durée plus longue, dans la limite de dix ans.

Le versement de l'AAH permet d'être affilié à l'assurance maladie maternité, elle permet aussi de bénéficier de l'exonération de la taxe d'habitation et de la réduction sociale téléphonique. L'AAH n'est pas imposable.

Demande d'allocation aux Adultes Handicapés et de complément de ressources :

Cerfa n°12690\*01

### *1-2-2- L'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) [55]*

L'allocation compensatrice tierce personne est une aide versée par le conseil général.

Cette aide est destinée aux personnes handicapées dont le taux d'incapacité, apprécié par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), est au moins de 80% et qui ont besoin de l'aide d'une autre personne pour les actes essentiels de la vie (exemple : se laver, marcher, s'habiller...).

A domicile, la tierce personne peut-être quelqu'un de l'entourage, une personne rémunérée directement par le titulaire de l'ACTP ou par l'intermédiaire d'une association d'aide à domicile (informations auprès du CCAS de la mairie) [59].

#### **A- Conditions d'attribution de l'ACTP**

Les conditions sont les suivantes :

- **condition liée au handicap** : le demandeur de l'ACTP doit être en mesure de justifier de la nécessité de l'aide d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie, le demandeur a un taux d'incapacité permanente d'au moins 80%,

- **condition de résidence** : le demandeur doit résider en France métropolitaine, être de nationalité française, ou disposer d'un titre de séjour régulier pour les personnes de nationalité étrangère,

- **condition d'âge** : le demandeur doit être âgé d'au moins 20 ans (ou d'au moins 16 ans si elle n'est plus considérée à la charge de ses parents au sens des prestations familiales), et de moins de 60 ans, âge à partir duquel elle peut bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA),

**A noter** : la demande d'APA peut être effectuée auprès du président du conseil général deux mois avant le 60ème anniversaire.

- **conditions de ressources** : comme pour l'AAH, les ressources prises en compte pour le calcul du droit à l'ACTP sont les revenus nets catégoriels du demandeur. Ces revenus ne doivent pas dépasser les plafonds de ressources fixés chaque année. Toutefois, seul le quart des ressources provenant du travail de la personne handicapée est pris en compte dans cette évaluation. Les rémunérations versées aux stagiaires de la formation professionnelle sont assimilées à des revenus du travail.

## **B- Montant de l'ACTP**

Tout d'abord, cette allocation n'est pas attribuée aux personnes qui bénéficient :

- de l'allocation pour assistance d'une tierce personne éventuellement versée en complément d'une rente accident du travail,
- de la majoration pour tierce personnes (MTP) éventuellement liée à une pension d'invalidité ou de vieillesse.

L'allocation compensatrice peut se cumuler avec l'AAH, un avantage vieillesse, un avantage invalidité ou une allocation de chômage.

Le montant de l'ACTP varie en fonction des besoins de la personne handicapée et de la façon dont ils sont pris en charge.

**ACTP au taux maximum** (80% de la MTP) : 808,65 €

Le bénéficiaire obtient le taux maximum, si son état nécessite l'aide d'une autre personne pour la plupart des actes essentiels de la vie et si cette personne est rémunérée pour cette aide ou si, faisant partie de l'entourage de la personne handicapée, elle subit de ce fait un manque à gagner (par exemple, arrêt de travail).

**A noter** : les personnes atteintes de cécité ou ayant une vision centrale < 1/20 bilatérale bénéficient automatiquement de l'ACTP au taux plein.

**ACTP à taux variable** (40 à 70% de la MTP) : de 404,32 € à 707,57 €

Le montant varie en fonction du besoin de la personne handicapée d'avoir recours à une tierce personne :

- soit pour seulement un ou quelques actes essentiels de l'existence,
- soit pour l'ensemble de ces actes essentiels, mais sans que cela entraîne un manque à gagner pour la (ou les) personnes de l'entourage qui apporte(nt) cette aide.

## **C- Demande d'attribution de l'ACTP**

L'aide est versée par le conseil général, qui vérifiera auparavant si les conditions administratives sont effectives.

Le dispositif de l'allocation compensatrice est remplacé par celui de la prestation de compensation, en vigueur au 1er janvier 2006. Cependant, les personnes admises au bénéfice de l'ACTP avant cette date pourront continuer à la percevoir, tant qu'elles en rempliront les conditions d'attribution et qu'elles en exprimeront le choix, à chaque renouvellement des

droits. Ce droit d'option est assorti d'une information préalable de la personne bénéficiaire sur les montants respectifs de l'allocation et de la prestation auxquels elle peut avoir droit.

**A noter** : à défaut d'avoir exprimé leur choix, les bénéficiaires de l'ACTP seront présumés avoir opté pour la prestation de compensation.

Le versement de l'allocation est effectué mensuellement.

Le versement de l'allocation peut être suspendu ou interrompu lorsqu'il est établi que son bénéficiaire ne reçoit pas l'aide d'une tierce personne pour effectuer les actes essentiels de l'existence. Le versement peut-être repris dès que les justificatifs de l'aide sont présentés. Par exemple, en cas d'hospitalisation au-delà de 45 jours consécutifs, cette allocation est suspendue.

Un contrôle est effectué chaque année par les services d'aide sociale pour s'assurer de la juste utilisation de cette allocation.

Remarque : il existe une allocation compensatrice équivalente, destinée à permettre aux personnes handicapées d'assumer les frais supplémentaires occasionnés par l'exercice d'une activité professionnelle ou d'une fonction élective (allocation compensatrice pour frais professionnels). Si une personne remplit à la fois les conditions pour bénéficier de l'Allocation Compensatrice pour Frais Professionnels (ACFP) et de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), elle perçoit le montant de l'allocation la plus élevée, augmenté de 202,16 EUR (montant valable depuis le 1er janvier 2008).

Demande de renouvellement d'allocation compensatrice :

Cerfa n°12695\*01

### *1-2-3- La prestation de compensation du handicap (PCH) [4]*

L'article L.114-1-1 nous indique que la compensation englobe de manière générale « des aides de toute nature à la personne ou aux institutions pour vivre en milieu ordinaire ou adapté » en réponse aux besoins des personnes handicapées.

La prestation de compensation, créée par la loi du 11 février 2005, est une nouvelle prestation accordée depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006 par la CDAPH. Elle a pour vocation à remplacer l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne. Elle constitue l'aspect individuel du droit à compensation.

La PCH permet de prendre en charge, dans le cadre d'un plan personnalisé de compensation, les dépenses liées à un handicap. Elle est ouverte aux personnes qui ne peuvent pas faire **seule au moins une activité essentielle de la vie quotidienne** ou difficilement au moins deux de ces activités. Elle ne se cumule pas avec l'allocation compensatrice pour tierce personne. Les activités prises en compte relèvent des domaines de la mobilité, de l'entretien personnel, de la communication, des tâches et exigences générales, des relations avec autrui.

Cette prestation englobe des aides de toute nature, déterminées en fonction des besoins et du « projet de vie » de la personne handicapée.

- **aides humaines** (y compris des aidants familiaux), concourant aux actes essentiels de la vie quotidienne, par exemple, des auxiliaires de vie,

- **aides techniques** (équipements adaptés ou conçus pour compenser une limitation d'activité), par exemple, achat d'un fauteuil roulant, d'un ordinateur à lecture optique,

- **aménagement du logement, du véhicule ou financement des surcoûts liés au transport,**

- **aides spécifiques ou exceptionnelles** (lorsque le besoin n'est pas financé par une autre sorte d'aide : par exemple, achat de nutriments pour un régime alimentaire particulier, frais liés à l'incontinence),

- **aides animalières**, contribuant à l'autonomie de la personne handicapée, par exemple, entretien d'un chien d'assistance ou d'un chien guide d'aveugle.

**Remarque : La prise en charge des chiens guide d'aveugle ou d'assistance**  
Les charges correspondant à l'acquisition et l'entretien d'un chien d'aveugle ou à un chien d'assistance ne sont prises en compte dans la prestation que si le chien a été éduqué dans une structure labellisée et par des éducateurs qualifiés. Les chiens remis aux personnes handicapées avant le 1<sup>er</sup> janvier 2006 sont présumés remplir ces conditions.

La PCH est un des éléments du plan personnalisé de compensation (PPCH). Les besoins de compensation doivent être inscrits dans un plan personnalisé défini par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH, sur la base du projet de vie exprimée par la personne.

## **A- Conditions d'attribution**

Comme pour l'ACTP, il y a :

- une **condition de résidence** (résider en France ou dans les DOM, ou bénéficier d'un titre de séjour),

- une **condition d'âge** (avoir entre 20 et 60 ans, cependant si le handicap date d'avant le 60<sup>ème</sup> anniversaire, la personne handicapée peut solliciter la PCH jusqu'à l'âge de 65 ans),

- **conditions de ressources**, sont exclues les revenus d'activité professionnelle de la personne handicapée.

Le handicap de la personne doit générer de façon définitive ou pour une durée prévisible d'au moins un an : une difficulté **absolue** pour réaliser au moins **une activité essentielle** ou une difficulté **grave** pour réaliser au moins **deux activités essentielles**.

La difficulté à accomplir ces activités est **qualifiée** : **d'absolue** lorsqu'elles ne peuvent pas du tout être réalisées par la personne elle-même, **de grave** lorsqu'elles sont réalisées difficilement et de façon altérée par rapport à l'activité habituellement réalisée par une personne du même âge et en bonne santé.

A noter que la PCH est accessible aux enfants pour les volets : aménagements du domicile et du véhicule et surcoûts liés aux transports. Les enfants devraient avoir accès à l'ensemble de la PCH en 2008, les personnes âgées de plus de 60 ans en 2010.

## **B- Montant de la PCH**

Le montant varie en fonction d'une base tarifaire, du type de dépenses et dans la limite d'un taux de prise en charge qui tient compte des ressources de la personne.

La PCH est attribuée selon des sommes plafonds et des durées maximales, selon la nature de l'aide demandée.

La prestation de compensation est versée mensuellement. Mais, à la demande de la personne handicapée ou de son représentant légal, la décision attributive de la prestation peut prévoir un ou plusieurs versement(s) ponctuel(s) pour certains de ses éléments, lorsqu'ils relèvent d'une aide technique, d'un aménagement du logement ou du véhicule, d'une acquisition d'une aide animalière, ou d'aides spécifiques ou exceptionnelles. Dans ce cas, le nombre de versements ponctuels est limité à trois. Le président du conseil général peut, à tout moment, faire contrôler sur place ou sur pièces si les conditions d'attribution de la prestation de compensation restent réunies ou si le bénéficiaire consacre effectivement l'intégralité des sommes prévues selon leur destination.

### **C- Demande d'attribution**

Le dossier est à retirer auprès de la MDPH ; il doit être complété et accompagné de pièces comme un justificatif de domicile, une pièce d'identité, un certificat médical de moins de 3 mois, des devis éventuels pour les aides techniques, l'aménagement de l'habitation ou du véhicule, ...

La décision d'attribution de la PCH, de son montant et des conditions relève de la CDAPH. Cette prestation est servie par le conseil général du département du lieu de résidence de la personne handicapée.

Demande de prestation de compensation : Cerfa n°12695\*01

#### *1-2-4- L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) [12, 19, 44]*

Entrée en vigueur en 2002, l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) s'adresse aux personnes dépendantes âgées de 60 ans et plus, dont la perte d'autonomie nécessite un soutien de la collectivité. L'allocation concerne à la fois les personnes âgées résidant à domicile et celles demeurant en établissement. Elle est fondée sur le libre choix du lieu de vie de la personne âgée et sur la possibilité, pour sa famille, de bénéficier d'un soutien dans l'aide qu'elle lui apporte.

L'APA est une prestation en nature personnalisée : elle est donc affectée à des dépenses précisément adaptées aux besoins particuliers de chaque allocataire. Ainsi, l'APA peut être mobilisée pour financer toute une palette de services tels que l'aide ménagère, l'accueil de jour, l'accueil temporaire, les aides techniques (pour la part non couverte par la sécurité sociale) ou l'adaptation du logement et de l'environnement matériel.

### **A- Conditions d'attribution**

La loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie fixe un certain nombre de règles générales d'accès à l'APA. Pour les demandeurs résidant à domicile comme pour ceux vivant en établissement, les conditions de résidence, d'âge et de perte d'autonomie sont identiques.

- **conditions de résidence** : le demandeur doit résider de manière stable et régulière en France, soit ce dernier est de nationalité française et réside en France, soit le demandeur est une personne étrangère titulaire d'un titre de séjour en cours de validité.

En l'absence de résidence stable, les personnes concernées peuvent demander élire domicile auprès d'un établissement social ou médico-social agréé.

Exemples : centres communaux ou intercommunaux d'action sociale (CCAS ou CIAS), des centres locaux d'information et de coordination (CLIC), des mutuelles, des services d'aides à domicile... ;

### **Attention**

*La loi définit une condition de résidence et non de nationalité. Les personnes étrangères peuvent donc prétendre à l'APA, dès lors qu'elles remplissent les conditions d'âge, de résidence et de perte d'autonomie prévues par la loi, et qu'elles attestent d'une carte de résidence ou d'un titre de séjour régulier*

- **conditions d'âge** : l'APA n'est accordée qu'aux personnes âgées de 60 ans et plus, toutefois, les bénéficiaires ayant obtenu l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) avant 60 ans peuvent déposer une demande d'APA deux mois avant leur soixantième anniversaire,

- **conditions de perte d'autonomie** : l'APA s'adresse aux personnes qui, au-delà des soins qu'elles reçoivent, ont besoin d'être aidées pour accomplir les actes de la vie quotidienne, ou dont l'état nécessite d'être surveillé régulièrement.

La grille nationale AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources) permet d'évaluer le degré de perte d'autonomie des demandeurs, l'évaluation se fait sur la base de dix variables relatives à la perte d'autonomie physique et psychique comme par exemple : la cohérence, l'orientation, la toilette, l'habillement, l'alimentation... Seules ces dix variables, dites "discriminantes", sont utilisées pour le calcul du GIR. Sept autres variables, dites "illustratives", n'entrent pas dans le calcul du GIR, mais apportent des informations utiles à l'élaboration du plan d'aide (gestion, cuisine, ménage, transport, ...). Chacune de ces dix sept rubriques est cotée A, B ou C :

- A correspond à des actes accomplis seul spontanément, totalement et correctement ;
- B correspond à des actes partiellement effectués ;
- C correspond à des actes non réalisés.

La grille comprend six catégories, selon le degré de dépendance. Seules les catégories 1 à 4 ouvrent droit à l'APA. Pour leur part, les personnes classées en GIR 5 et 6 peuvent bénéficier des prestations d'aide ménagère servies par leur régime de retraite ou par l'aide sociale départementale.

- **conditions de ressources** : l'attribution de l'APA n'est pas liée à une condition de ressources, toutefois ces dernières sont prises en compte lors de l'établissement du montant de l'APA versé.

L'APA est gérée par les départements. L'APA est attribuée dans les mêmes conditions sur tout le territoire. L'uniformisation des tarifs et des barèmes nationaux garantit l'égalité et la transparence du dispositif vis-à-vis des usagers.

## **B- Le plan d'aide**

L'APA attribuée dans le cadre du maintien à domicile repose sur l'élaboration d'un plan d'aide prenant en compte tous les aspects de la situation de la personne âgée (degré d'autonomie, environnement familial et social...). Etabli par une équipe médico-sociale, dont l'un des membres au moins se déplace chez le bénéficiaire (la composition minimale de l'équipe étant d'un médecin et d'un travailleur social), le plan recense précisément les besoins du demandeur et les aides de toutes natures nécessaires à son maintien à domicile.

### **Pour les interventions à domicile :**

Il peut s'agir d'heures d'aide ménagère ou de garde à domicile (de jour comme de nuit) effectuées par une tierce personne, des frais d'accueil temporaire en établissement, d'un service de portage de repas, d'une téléalarme, de travaux d'adaptation du logement, d'un service de blanchisserie à domicile, d'un service de transport, de dépannage et de petits travaux divers.

### **Pour les aides techniques :**

Il peut s'agir d'un fauteuil roulant, de cannes, d'un déambulateur, d'un lit médicalisé, d'un lève-malade, de matériel à usage unique pour incontinence (pour la part de ces dépenses non couvertes par l'assurance maladie)...

En fonction des besoins du demandeur, le plan d'aide peut ne contenir que des aides techniques.

Si le demandeur réside en établissement, l'évaluation est faite par l'équipe médico-sociale de la structure sous la responsabilité du médecin coordinateur ou d'un médecin conventionné, puis confirmée par les services du département et la caisse d'assurance maladie.

Une fois le plan d'aide établi, le demandeur peut faire connaître par écrit ses observations ou son éventuel refus de tout ou partie du plan d'aide, dans un délai de dix jours.

### **C- Montant de l'APA**

Le montant de l'APA est déterminé en fonction :

- des besoins du demandeur relevés par le plan d'aide et de la nature des aides nécessaires (notamment, rémunération de l'aide à domicile, paiement des services rendus par des accueillants familiaux agréés, frais de transports éventuels) ;
- des revenus (certaines ressources étant exclues du calcul, notamment les allocations logement, le capital décès, l'indemnité versée suite à un accident du travail, la retraite du combattant...).

En outre, les règles de calcul présentent des différences selon que le demandeur réside à son domicile ou dans un établissement.

Montant maximum mensuel du plan d'aide :

- 1208,94 € en cas de classement en GIR 1 (dépendance la plus lourde),
- 1036,19 € en GIR 2,
- 777,32 € en GIR 3,
- 518,55 € en GIR 4.

Montants depuis le 1er janvier 2008.

Dans tous les cas, une somme reste à la charge du demandeur (le « ticket modérateur ») sauf si ses revenus sont inférieurs à un certain seuil (revenus inférieurs à 677,25 € par mois, montant valable depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

### **D- Demande d'attribution**

Le dossier de demande est délivré par les services du conseil général du département du demandeur, il est aussi possible de l'obtenir auprès d'organismes sociaux et médico-sociaux agréés.

Le dossier rempli et accompagné d'un certain nombre de pièces justificatives (carte d'identité, avis d'imposition, relevé d'identité bancaire ou postal) est à adresser au président du conseil général du département du demandeur.

Les droits sont ouverts à la date de notification de la décision d'attribution par le président du conseil général, depuis avril 2003 (auparavant, ils étaient ouverts à compter de la date de dépôt du dossier de demande complet).

L'APA est versée mensuellement (au plus tard le 10 du mois). L'APA fait l'objet d'une révision périodique, dans un délai fixé lors de son attribution. Elle peut être aussi révisée à la demande de la personne, ou à celle du président du conseil général en fonction d'éléments nouveaux.

Le versement de l'APA est suspendu si :

- la personne handicapée ne remplit pas ses obligations en matière de déclaration du personnel ou de l'organisme auquel elle a recours,
- la personne handicapée n'acquitte pas sa part de participation financière,
- l'équipe médico-sociale constate que le service rendu n'est pas celui prescrit ou présente un risque pour sa santé ou sa sécurité.

Déclaration d'une allocation personnalisée d'autonomie : Cerfa n°10544\*02

## II- L'ACCESSIBILITE

La nouvelle réglementation renforce de manière significative les obligations en matière d'accessibilité et d'adaptabilité des personnes handicapées quel que soit leur handicap. « Les dispositions architecturales, les aménagements et équipements intérieurs et extérieurs des locaux d'habitation, qu'ils soient la propriété de personnes privées ou publiques, des établissements recevant du public, des installations ouvertes au public et des lieux de travail doivent être tels que ces locaux et installations soient accessibles à tous, et notamment aux personnes handicapées, quel que soit le type de handicap, notamment physique, sensoriel, cognitif, mental ou psychique » [31].

### 2-1- L'accessibilité des établissements recevant du public [36]

La loi handicap prévoit que les établissements recevant du public doivent être accessibles à toute personne handicapée afin qu'elle puisse y accéder, y circuler et y recevoir les informations qui y sont diffusées dans les espaces ouverts au public.

La mise en accessibilité des établissements existants doit intervenir dans un délai de 10 ans (d'ici 2015). Les préfectures et universités doivent être accessibles dans un délai de 5 ans.

Certaines dérogations peuvent être accordées en cas d'impossibilité technique de procéder à la mise en accessibilité ou dans le cas de contraintes liées à la conservation du patrimoine architectural ou encore lorsqu'il y a disproportion entre les améliorations apportées et leurs conséquences.

#### 2-1-1- *Règles techniques à mettre en œuvre* [28]

« Le cheminement accessible devra être le cheminement le plus usuel pour éviter tout effet de ségrégation », nous indique la circulaire n° 2000-51 du 23-06-00.

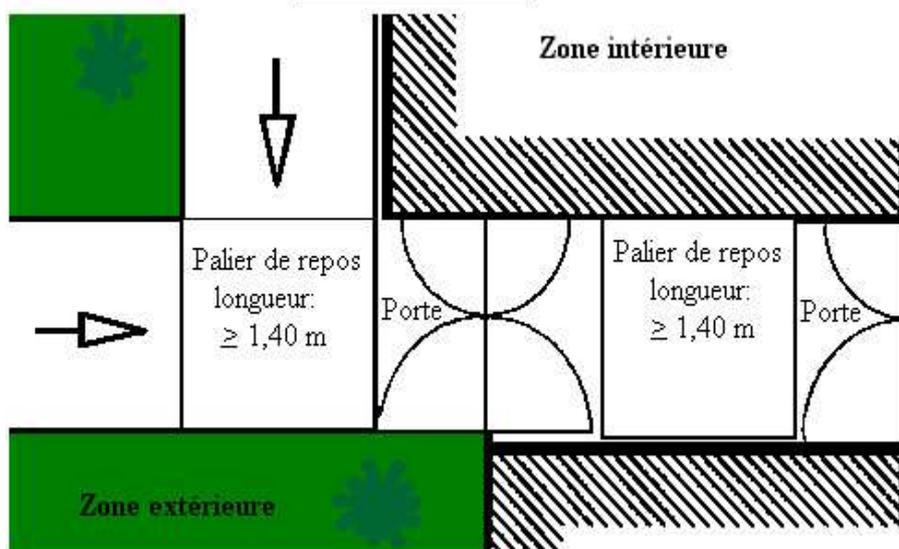
Les règles techniques à mettre en œuvre sont définies par l'arrêté du 1<sup>er</sup> août 2006 (JO du 24 août 2006). Elles doivent se traduire par :

- **des cheminements praticables**, c'est-à-dire : d'une largeur suffisante (1,40 m, elle peut-être réduite à 1,20 m lorsqu'il n'y a aucun mur de part et d'autre du cheminement), sans obstacle, ... . Le sol ou le revêtement de sol du cheminement accessible doit être non meuble, non réfléchissant et sans obstacle à la roue d'un fauteuil roulant.

Par exemple : sable, graviers sont des revêtements à exclure car la roue d'un fauteuil s'enfonce et ceux-ci bloquent la mobilité ; un revêtement conseillé est le gravillon collé.

Figure 5 :

CHEMINEMENT



**Caractéristiques:** largeur du cheminement  $> 1,40$  m (tolérance 1,20 m si aucun mur de part et d'autre). Les tourniquets et portes à tambour sont à proscrire et à remplacer par des portes automatiques coulissantes.

Les trous ou fentes (grilles, par exemple), dans le sol, doivent avoir un diamètre ou une largeur inférieur à 2 cm.

Le revêtement doit être non glissant par tous les temps afin de maintenir l'adhérence (pied, canne).

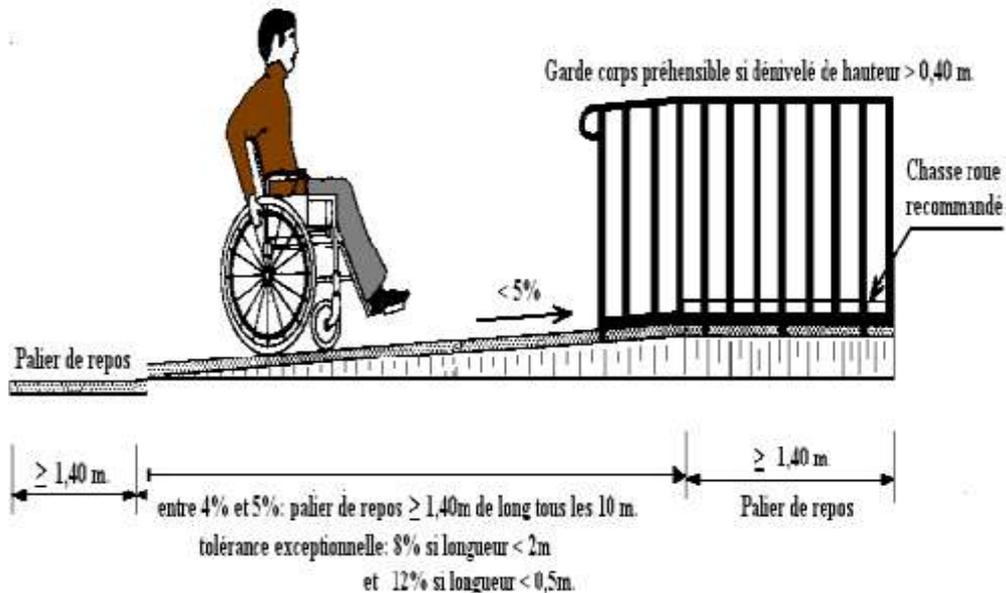
Les personnes non voyantes ou malvoyantes qui se déplacent doivent pouvoir détecter, avec leur canne, les différents obstacles. Ces derniers seront de couleur contrastée par rapport à l'environnement immédiat pour les personnes malvoyantes. De plus, il est conseillé d'utiliser judicieusement des revêtements de sol différents et des tons de couleur en opposition pour servir de repères.

Astuce : avoir un revêtement de plusieurs matériaux pour créer un cheminement praticable au milieu d'un revêtement non empruntable (brique/béton ou bois/sable, par exemple).

- des accès aux bâtiments de plain-pied ou, à défaut, compensé par un plan incliné inférieur à 5%, un palier de repos est nécessaire en haut et en bas de chaque plan incliné ;

**Figure 6 :**

**PENTE**



- **des largeurs de portes** de 0,80 m minimum, voire 0,90 m dans certains cas.

« La largeur minimale de portes est de 0,90 m lorsqu'elles desservent un local pouvant recevoir moins de 100 personnes, toutefois lorsqu'une porte ne dessert qu'une pièce d'une surface inférieure à 30 m<sup>2</sup>, la largeur de porte minimale est de 0,80 m. »

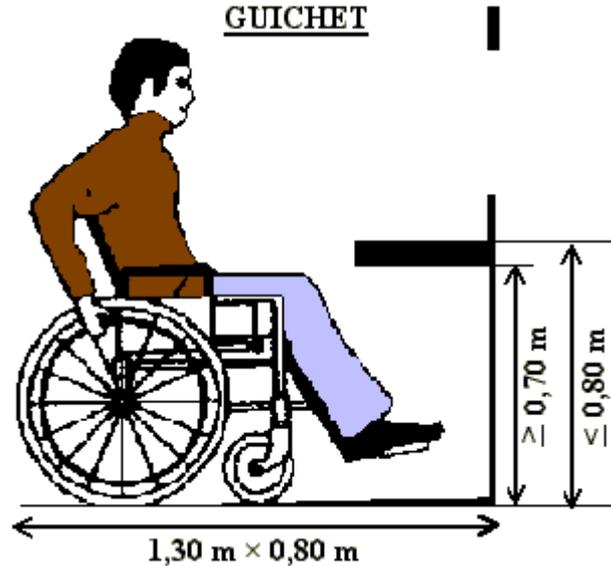
Toutes les portes situées sur les cheminements doivent permettre le passage des personnes handicapées et pouvoir être manoeuvrées par des personnes ayant des capacités physiques réduites, y compris en cas de système d'ouverture complexe. Les portes comportant une partie vitrée importante doivent pouvoir être repérées par les personnes malvoyantes de toutes tailles et ne pas créer de gêne visuelle. Lorsqu'une porte est à ouverture automatique, la durée d'ouverture doit permettre le passage de personnes à mobilité réduite. Le système doit être conçu pour pouvoir détecter des personnes de toutes tailles ;

- **un ascenseur en libre service.** Cet équipement est obligatoire si l'établissement peut recevoir 50 personnes ou plus aux niveaux inférieurs et/ou supérieurs. Il est également obligatoire si des prestations ne peuvent être offertes au rez-de-chaussée.

- **lorsque l'ascenseur n'est pas obligatoire,** des dispositions particulières sont prévues pour les escaliers : hauteur et profondeur des marches, implantation d'une main-courante de chaque côté si le cheminement compte plus de trois marches... ;

- **des équipements divers** (tables, guichets, distributeurs...) utilisables par tous et en toute autonomie. Ce qui implique nécessairement des hauteurs de commande à ne pas dépasser, une implantation privilégiant une zone d'approche...

Figure 7 :  
GUICHET

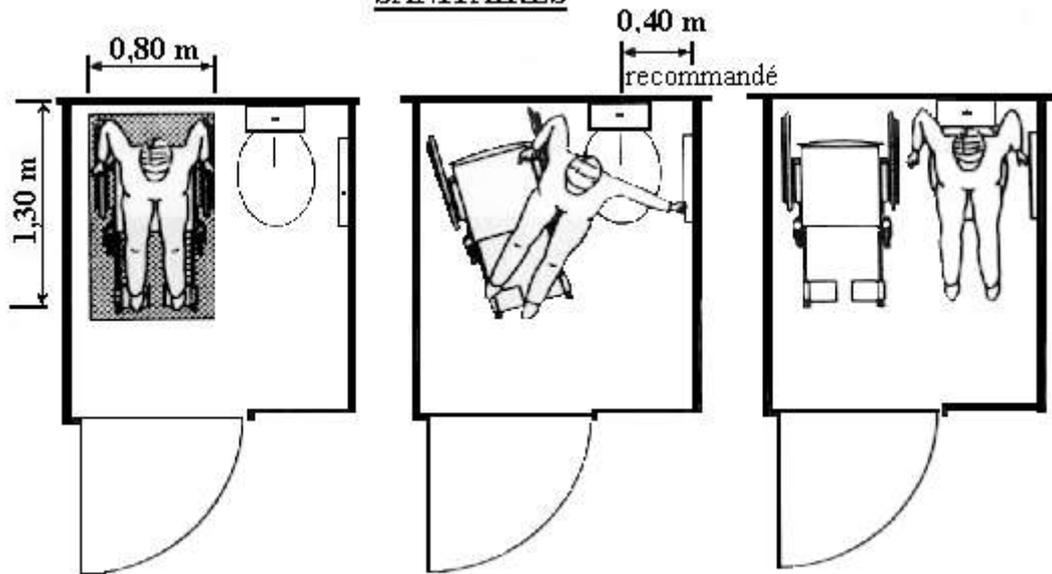


**Caractéristiques:** le guichet doit comporter une partie surbaissée avec un bord inférieur à 0,70 m du sol et un bord supérieur à 0,80 m du sol. Un emplacement aux dimensions minimales de 1,30m × 0,80 m doit être prévu en face ou à côté du guichet. Un cheminement praticable est nécessaire pour accéder au guichet.

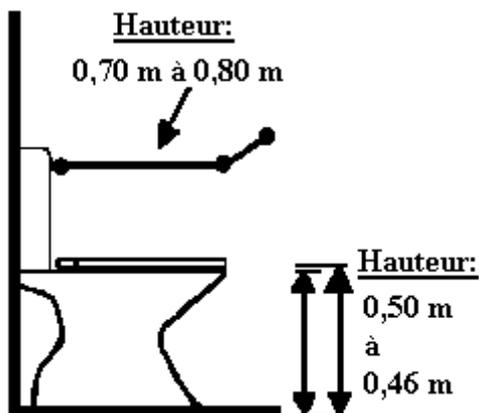
- **l'éclairage**, qu'il soit naturel ou artificiel, doit être suffisant et ne pas créer de gêne visuelle ;

- **un cabinet d'aisances** aménagé pour les personnes handicapées circulant en fauteuil roulant et comportant un lavabo accessible, ainsi que les divers accessoires tels que miroir, distributeur de savon, sèche-mains ;

Figure 8 :  
SANITAIRES



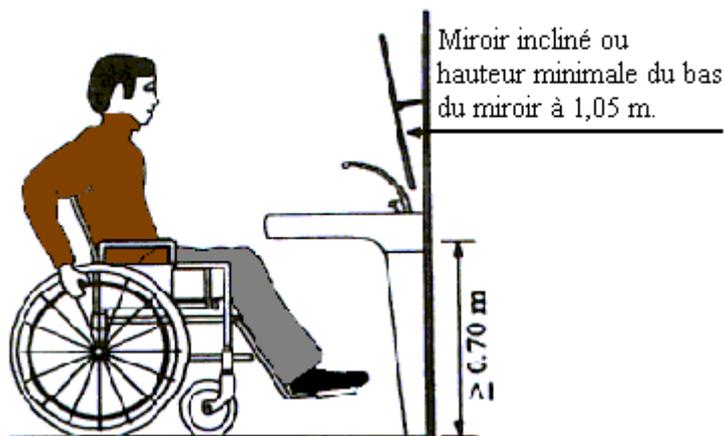
*Caractéristiques:* ce WC doit présenter un espace libre latéral à la cuvette d'au moins 0,80 m × 1,30m, hors de tout obstacle et des débattements de portes. La distance de l'axe cuvette-mur est comprise entre 0,35 m et 0,40 m.



*Caractéristiques:* la hauteur de la cuvette doit être comprise entre 0,46 m et 0,50 m. Une barre d'appui horizontale doit être disposée entre 0,70 m et 0,80 m du sol. La commande de chasse d'eau doit être facile à atteindre et à manoeuvrer.

**Figure 9 :**

**LAVABOS**



**Caractéristiques:** le lavabo est sans colonne avec un bord inférieur à plus de 0,70 m du sol, et le miroir a une base inférieure à 1,05 m du sol. Tous les accessoires du sanitaire (porte-savon, séchoir...) doivent être disposés à moins de 1,30 m du sol.

- lorsqu'il y a lieu à déshabillage ou essayage en cabine, au moins une cabine doit être aménagée et accessible par un cheminement praticable avec un espace de manoeuvre avec possibilité de demi-tour et un équipement permettant de s'asseoir et de disposer d'un appui en position « debout » ;

- certains établissements (établissements recevant du public assis, par exemple) sont soumis à un quota de places adaptées pour les personnes handicapées.

**Enfin, quels que soient les services et les prestations ouverts au public, les personnes handicapées doivent pouvoir y accéder dans des conditions satisfaisantes de sécurité et d'autonomie. En officine, la circulation horizontale prime avant la circulation verticale (ascenseur, escalier...).**

*2-1-2- En cas de non respect*

L'autorité administrative compétente peut fermer un établissement recevant du public qui ne se serait pas mis en conformité.

Deux sanctions sont fixées en cas de non respect de ces règles :

- fermeture de l'établissement ne respectant pas le délai de mise en accessibilité,
- remboursement des subventions publiques,

- amende de 45 000 euros pour les architectes, entrepreneurs et toute personne responsable de l'exécution des travaux.

En cas de récidive, la peine est portée à 6 mois d'emprisonnement et à 75 000 euros d'amende.

## 2-2- L'accessibilité des transports

### 2-2-1- *Carte d'invalidité*

La carte d'invalidité civile a pour but d'attester que son détenteur est handicapé.

Visée par le code de la famille et de l'aide sociale, la carte d'invalidité constitue une forme d'aide matérielle attribuée aux personnes handicapées (mineurs ou adultes).

Elle est délivrée, sur demande à la MDPH, à toute personne dont le taux d'incapacité permanente est au moins de 80%, à toute personne bénéficiaire d'une pension d'invalidité classée en troisième catégorie par la sécurité sociale ou à toute personne atteinte d'une incapacité inférieure à 80% rendant la station debout pénible.

#### **Les mentions :**

Différentes mentions peuvent figurer sur cette carte, comme :

- mention « besoin d'accompagnement » :

1. pour les enfants ouvrant droit au troisième, quatrième, cinquième ou sixième complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé,
2. pour les adultes qui bénéficient de l'élément « aides humaines de la prestation de compensation »,
3. pour les adultes qui perçoivent – d'un régime de Sécurité Sociale – une majoration pour avoir recours à l'assistance d'une tierce personne,
4. pour les adultes qui perçoivent l'Allocation Personnalisée d'Autonomie ou l'ACTP.

Cette mention permet d'attester de la nécessité pour la personne handicapée d'être accompagnée dans ses déplacements

- mention « cécité », si la vision centrale de la personne est nulle ou inférieure à un vingtième de la normale.

**A noter :** *Du fait de la disparition de la carte « canne blanche » (mention attribuée aux personnes dont la vision est au plus égale à 1/10 de la normale), il est recommandé de se*

*munir d'un certificat médical lors de ses déplacements, dans l'hypothèse d'un éventuel contrôle.*

### **L'utilisation :**

Cette carte a un caractère national et est valable sur l'ensemble du territoire.

La carte d'invalidité donne droit :

- à une priorité d'accès aux places assises dans les transports en commun, dans les espaces et salles d'attente, ainsi que dans les établissements et les manifestations accueillant du public (pour le titulaire et la personne accompagnante),
- à une priorité dans les files d'attente des lieux publics,
- à des avantages fiscaux (demi part supplémentaire pour le calcul de l'impôt sur le revenu),
- à une exonération éventuelle de la redevance audiovisuelle,
- à diverses réductions tarifaires librement déterminées par les organismes exerçant une activité commerciale.

Les lieux accueillant du public doivent rappeler les droits de priorité par voie d'affichage de façon claire et visible.

### **La demande :**

La carte est gratuite et est à demander à la MDPH.

La demande doit être accompagnée du formulaire de demande rempli, d'une copie de la pièce d'identité, d'un certificat médical et d'une photo d'identité.

Le dossier est, ensuite, étudié par la CDAPH.

La carte d'invalidité est délivrée pour une durée déterminée (durée d'un à dix ans) ou à titre définitif. Son attribution est révisée périodiquement en fonction de l'évolution de l'incapacité.

Le renouvellement de la carte n'est pas automatique. La demande de renouvellement doit être déposée au moins six mois avant la date d'expiration.

Cette carte ne confère pas un droit à l'obtention d'une carte de stationnement.

### *2-2-2- Carte de « priorité pour personnes handicapées » [13]*

Anciennement appelée « carte station debout pénible », cette carte permet d'obtenir une priorité d'accès aux places assises dans les transports en commun, dans les espaces et

salles d'attente, de même que dans les établissements et les manifestations accueillant du public. Elle permet également d'obtenir une priorité dans les files d'attente.

Cette carte est délivrée à toute personne dont le taux d'incapacité est inférieur à 80% et dont le handicap rend la position debout pénible.

Comme pour la carte d'invalidité, la demande est à effectuer auprès de la MDPH, et les mêmes pièces d'identité sont à fournir. La demande est instruite par la CDAPH. La pénibilité à se tenir debout est appréciée, par un médecin de la MDPH, en fonction des effets de son handicap sur la vie sociale du demandeur, en tenant compte, le cas échéant, des aides techniques auxquelles il a recours.

La carte est attribuée pour une période de un à dix ans, cette période est renouvelable. Elle est attribuée à compter du jour de la décision prise par la CDAPH. Cette carte est de couleur mauve. Cette carte ne procure aucun des avantages attachés à la carte d'invalidité.

### *2-2-3- Carte européenne de stationnement [34,35]*

Cette carte, conforme, au modèle communautaire, est reconnue par les Etats membres de l'Union Européenne et permet de faire bénéficier son titulaire des facilités de circulation et de stationnement prévues dans chaque Etat membre pour les personnes handicapées.

Cette carte est accordée à toute personne atteinte d'un handicap réduisant de manière durable et importante sa capacité et son autonomie de déplacement à pied ou qui impose qu'elle soit accompagnée par une tierce personne.

L'arrêté du 13 mars 2006 précise les critères d'attribution de la carte de stationnement :

- la personne a un périmètre de marche limité et inférieur à 200 mètres, de façon définitive ou pour une durée prévisible supérieure à un an,
- ou la personne a systématiquement recours à l'une des aides suivantes pour ses déplacements extérieurs :
- une aide humaine,
  - une canne ou tous autres appareillages manipulés à l'aide d'un ou des deux membres supérieurs (exemple : déambulateur),
  - un véhicule pour personnes handicapées : une personne qui doit utiliser systématiquement un fauteuil roulant pour ses déplacements extérieurs remplit les conditions d'attribution de la carte de stationnement pour personnes handicapées, y compris lorsqu'elle manœuvre seule et sans difficulté le fauteuil,

ou la personne a recours, lors de tous ses déplacements extérieurs, à une oxygénothérapie.

Elle permet d'utiliser les places de stationnement réservées aux personnes handicapées ; la carte doit être apposée de façon visible à l'intérieur du véhicule, derrière le pare-brise. Elle permet également de bénéficier d'une certaine tolérance en matière de stationnement urbain, sous certaines conditions et circonstances, laissées à l'appréciation des autorités publiques.

La demande doit être adressée à la MDPH accompagnée d'un certificat médical et deux photos d'identité. La MDPH transmet sans délai la demande, à la CDAPH. C'est le préfet qui attribue la carte après instruction par un médecin de la MDPH.

Cependant, pour les invalides de guerre, la demande doit être adressée au service départemental de l'Office National des Anciens Combattants et victimes de guerre (ONAC) de leur lieu de résidence, sur papier libre. La demande est instruite par un médecin appartenant à un service déconcentré du ministère en charge des anciens combattants.

En outre, cette carte peut être accordée aux organismes utilisant un véhicule destiné au transport collectif des personnes handicapées. La demande doit être adressée au préfet et préciser l'identité et l'adresse de l'organisme, ses missions et le public concerné par le transport collectif et le type de véhicule utilisé et son numéro d'immatriculation.

**La carte est attribuée à titre définitif ou pour une durée déterminée ne pouvant être inférieure à un an.**

Certificat médical personne adulte handicapée : Cerfa n°61-2280

Demandes de cartes personnes handicapées : Cerfa n°12689\*01

#### *2-2-4- Le stationnement réservé aux personnes handicapées*

Les « places handicapés » sont des emplacements de stationnement réservés aux véhicules portant une carte de stationnement délivrée aux personnes handicapées : carte de stationnement de modèle communautaire pour personnes handicapées, ou macaron Grand Invalide de Guerre (GIG) ou Grand Invalide Civil (CIC). Ces derniers (GIG et CIC) sont remplacés par la carte européenne de stationnement depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2000. Néanmoins, les cartes GIC et GIG délivrées avant cette date peuvent continuer à être utilisées sur le territoire français jusqu'au 1er janvier 2011. La carte doit être apposée sur le pare-brise du véhicule.

En ville, des places de parking sont réservées et adaptées aux personnes handicapées (réservées pour éviter aux conducteurs handicapés de chercher une place trop longtemps et adaptées car plus larges que des places classiques).

C'est au maire qu'il appartient de réserver, par arrêté, de tels emplacements sur le territoire de sa commune. En principe, les emplacements doivent être également répartis sur la voirie. L'aménagement de places réservées constitue une obligation légale :

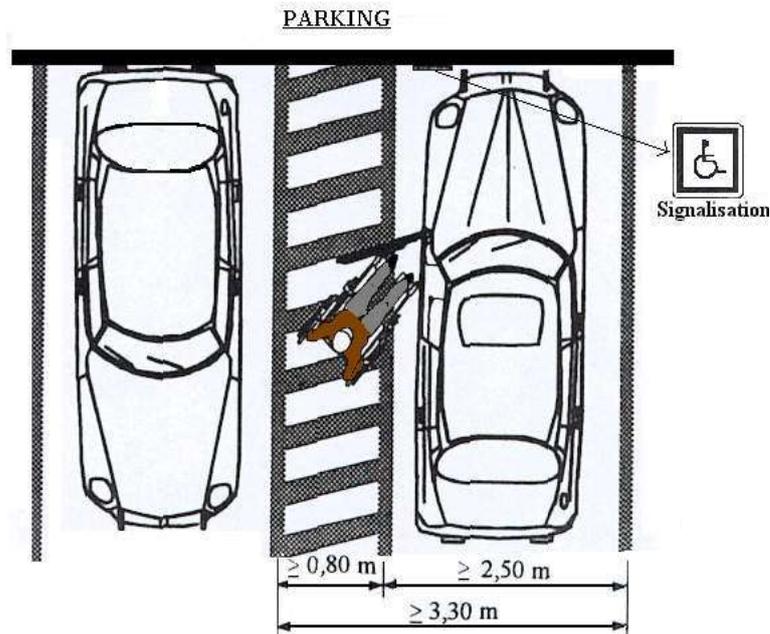
- prévoir, dans chaque agglomération de 5000 habitants ou plus, l'établissement d'un plan d'adaptation de la voirie publique à l'accessibilité (décret du 9 décembre 1978). Ce plan fixe les dispositions susceptibles de rendre accessibles aux personnes handicapées l'ensemble des circulations piétonnières et des aires de stationnement d'automobiles de l'agglomération.

- prévoir de manière générale que « la voirie publique ou privée ouverte à la circulation publique doit être aménagée pour permettre l'accessibilité des personnes handicapées selon des prescriptions techniques fixées par décret (...) » (loi du 13 juillet 1991).

- sur le domaine routier, au moins un emplacement sur cinquante doit être réservé aux personnes handicapées, qui doivent pouvoir y accéder aisément (décret du 31 août 1999). L'arrêté du 1er août 2006 précise qu'elles doivent représenter **au minimum 2 % du nombre total de places** prévues pour le public. Au-delà de 500 places, le nombre de places aménagées, qui ne peut-être inférieur à dix, est fixé par arrêté municipal.

Leur réalisation matérielle obéit à des prescriptions techniques. Les caractéristiques des emplacements réservés sont, entre autre, une largeur totale de l'emplacement au moins égale à 3,30 m, un cheminement d'accès au niveau du trottoir d'au moins 0,80 m, une hauteur minimale de passage de 2,15 m, un marquage au sol et une signalisation verticale. Certaines villes complètent cette signalisation réglementaire par des dispositifs plus voyants (place peinte en bleu, marquage débordant sur la chaussée, grand pictogramme sur toute la place, ...).

Figure 10 :



**Caractéristiques:** La bande d'accès latérale doit avoir une largeur de 0,80 m sans que la largeur totale de l'emplacement soit inférieure à 3,30 m. Les emplacements adaptés et réservés doivent être signalés et accessibles par un cheminement praticable.

Le stationnement abusif sur ces emplacements, par un véhicule ne portant pas de carte ou de macaron, est sanctionné par le code de la route. C'est une amende forfaitaire de 135 euros passant à 375 euros si non payée dans les 30 jours, sans retrait de point. Le montant de l'amende, en cas de condamnation pénale, est au plus de 750 euros. Le véhicule peut également être mis en fourrière.

**PARTIE III :**

**TEMOIGNAGES**

**ET**

**ENQUETE**

**SUR LE « HANDICAP »**

Dans un premier temps, je vais vous faire part des points de vue de personnes handicapées vis-à-vis de l'officine. Ces témoignages ne peuvent être en aucun cas représentatifs de l'opinion générale. Ils représentent uniquement des situations isolées, afin d'apporter un regard critique sur l'accueil et l'accessibilité des pharmacies.

Dans un second temps, je vous présenterai l'enquête réalisée auprès de pharmaciens d'officine de Loire-Atlantique, sur le thème de l'accueil et l'accessibilité des pharmacies aux personnes handicapées.

## **I- TEMOIGNAGES DE PERSONNES HANDICAPEES...**

J'ai rencontré 4 personnes porteuses d'un handicap. Les échanges ce sont déroulés au domicile des personnes handicapées, après un premier contact téléphonique. La discussion a commencé par une présentation de mon objet d'étude, la personne m'a expliqué son type de handicap et sa façon de le vivre au quotidien. Ensuite, en me basant sur l'enquête destinée aux pharmaciens, la personne a répondu à mes diverses questions relatives à l'accueil et l'accessibilité des pharmacies. Enfin, en pratique, la personne handicapée m'a expliqué comment cela se passe quand elle se présente dans une officine.

### 1-1- ... porteuses d'un handicap moteur

Durant mon stage officinal de 6<sup>ème</sup> année, j'ai entrevu à plusieurs reprises Mr M. Après un appel téléphonique, j'ai rencontré Mr M. le 11/09/07. Mr M. a 81 ans, il est marié. Il habite, depuis 10 ans, un appartement en plein centre de Rennes au 10<sup>ème</sup> étage. Dans son immeuble, il y a deux ascenseurs dont un qui est accessible aux personnes en fauteuil.

Mr M. travaillait comme représentant commercial. Il circulait dans tout le grand Ouest en voiture. Il a commencé à travailler en 1946 et s'est arrêté en 1957 suite à de nombreuses sciatiques récidivantes. Ses nombreux déplacements ont eu des répercussions sur sa colonne vertébrale et notamment au niveau de L5 S1. Ainsi, Mr M. n'a plus de disque intervertébral entre L5 et S1, les deux vertèbres ne sont donc plus soudées. Au fur et à mesure des années, Mr M. a ressenti une fatigue au niveau du dos, tout d'abord pendant ses activités manuelles/bricolage, puis de manière constante. Mr M. s'est toujours déplacé sans fauteuil jusqu'en 2004 où il a décidé d'acheter un fauteuil électrique se rendant compte que certains actes quotidiens devenaient difficiles (par exemple, monter une côte à pied). Avec son fauteuil, Mr M. est plus autonome et peut circuler sur les trottoirs ou sur la route (7 km/h, 40

km d'autonomie). Mr M. a un taux d'incapacité de 80% et il a une prise en charge ALD pour des pathologies cardiaques et circulatoires, il a été opéré deux fois de la prostate et a des problèmes d'incontinence.

Mr M. va seul à la pharmacie (sur son fauteuil électrique). Mr M. se rend principalement dans une officine, mais il lui arrive de se présenter dans une autre pharmacie occasionnellement (en vacances ...). La pharmacie fréquentée est très accessible avec une porte automatique, pas de marche, ni de plan incliné (non nécessaire car la pharmacie est de plain pied). L'intérieur de l'officine est spacieux, aucun présentoir n'empêche Mr M. de faire demi-tour avec son véhicule. A chaque comptoir, une tablette est mise à la disposition de la clientèle afin de poser clés, ordonnances, .... Mr M. attend, surtout, des informations sur les médicaments (posologie, moment de prise, effets indésirables ...). Mr M. est satisfait de l'accueil fait par le personnel de la pharmacie.

En pratique, Mr M. vient à la pharmacie et est servi comme toute personne « ordinaire ». Il évite, juste, de s'y rendre à certaines heures (notamment après 12h30) pour éviter l'affluence et de « gêner » avec son véhicule électrique. Le personnel de la pharmacie le connaît bien et il n'hésite pas à passer devant le comptoir afin de mettre les médicaments directement dans le panier du véhicule de Mr M.

Cependant, Mr M. est gêné lors du règlement par CB. Il est obligé de se déplacer d'un comptoir à l'autre afin de pouvoir taper le code de sa carte bancaire. Ceci le contraint à faire des manœuvres complexes avec son fauteuil électrique.

## 1-2- [... porteuses d'un handicap visuel](#)

Le premier témoignage a été reçu le 04/09/06 au domicile de Mme R. Elle habite dans un immeuble avec ascenseur, sur Nantes. Elle est mariée avec une personne voyante et n'a pas d'enfant.

Mme R. est atteinte d'une rétinite pigmentaire, détectée à l'âge de 16 ans. La rétinite pigmentaire est une maladie génétique due à la dégénérescence des cellules rétiniennes : les cônes et les bâtonnets. Cette maladie apparaît à tout âge et elle possède plusieurs formes évolutives. Mme R. a une rétinite pigmentaire de forme évolutive lente, c'est à 20 ans qu'elle perdu complètement la vue.

Actuellement, les symptômes de la rétinite pigmentaire, chez Mme R. sont les suivants. Elle arrive à faire la distinction uniquement entre le jour et la nuit, mais elle ne

distingue pas la luminosité d'une ampoule. Ainsi, il y a une perte de la vision des couleurs, du relief, ... Par ailleurs, elle réussit à distinguer les silhouettes.

A ce jour, il n'existe pas de traitement pour lutter contre cette maladie en France. Par contre, aux Etats-Unis, des greffes ont été réalisées sans résultat très bénéfique.

Comme traitement médicamenteux, Mme R. prend du Vastarel<sup>®</sup> (trimétazidine) pour son activité anti-ischémique. Il s'agit uniquement d'un traitement de confort que les médecins ophtalmologistes ne délivrent pas forcément.

Les conséquences de cette maladie chez Mme R. est le développement d'une cataracte précoce du à des artères atrophiées au niveau des yeux.

Mme R. se présente, le plus souvent, seule à l'officine (accompagnée par son chien-guide). Pour elle, c'est important de ne pas dépendre de quelqu'un. Depuis qu'elle est installée sur Nantes, elle va toujours à la même officine qui se trouve à 5 minutes à pied de chez elle. Cette dernière est très accessible sans marche et avec une porte automatique.

Mme R. attend surtout des informations sur les médicaments : la posologie, les effets indésirables, les interactions médicamenteuses ... Elle est très satisfaite de l'accueil qui lui est réservé, le pharmacien est toujours disponible et passe beaucoup de temps à lui expliquer son traitement. De plus, si elle ne peut se déplacer à la pharmacie, le pharmacien vient chercher l'ordonnance chez elle et lui livre les médicaments.

En pratique, Mme R. se présente avec son chien-guide à l'officine. Elle est munie de l'ordonnance du médecin sur laquelle, à l'aide d'un « post-it », d'une tablette de poche et de son poinçon, elle a transcrit en braille le nom du médecin, la date de l'ordonnance et le nombre de renouvellement. Ceci lui permet de ne pas confondre ses différentes ordonnances. Le pharmacien prépare les médicaments et il lui fait toucher chaque boîte afin que Mme R. puisse se repérer. Ainsi, c'est la taille des boîtes qui lui permet de se repérer. Parfois, si les boîtes ont la même taille, Mme R. fait une encoche sur l'une d'elle afin de pouvoir la repérer. Après cette prise de repère, le pharmacien indique oralement pour chaque médicament : son nom (avec le dosage si nécessaire), la posologie et la date de péremption. Ces informations sont transcrites par Mme R. en braille sur des « post-it ». Mme R. règle toujours par chèque, et dit faire confiance à son pharmacien pour le montant indiqué.

J'ai rencontré Mme G. à son domicile le 04-10-06. Elle habite dans une maison, en périphérie de Nantes. Mme G. est mariée avec une personne mal voyante. Ensemble, ils ont eu une fille, âgée aujourd'hui de 24 ans, cette dernière n'a pas de problème de vue.

Mme G. a perdu son premier œil à l'âge de 2 ans (en 1959) et le second à 4 ans (en 1961). Elle a été atteinte d'un rétinoblastome (cancer de la rétine), celui-ci fut traité par une énucléation bilatérale, suivi d'une radiothérapie par rayons X (but : irradier le tissu restant). Le rétinoblastome est une maladie qui peut-être héréditaire, la tumeur apparaît à la naissance ou dans les mois qui la suivent. Après traitement de la tumeur par chimiothérapie, irradiation et/ou cryothérapie, une surveillance accrue est instaurée car il y a des risques de réapparition au cours du jeune âge. Dans de nombreux cas, les deux yeux sont atteints, quelquefois l'atteinte est plus importante sur l'un des deux yeux. Il existe des cas graves de rétinoblastome associés à une tumeur du cervelet. Aujourd'hui, Mme G. a une perte totale de la vision, elle ne possède plus de réflexe palpébral. Dans un but esthétique, Mme G porte des prothèses oculaires.

Mme G. se présente seule à l'officine, accompagnée de son chien-guide (seul animal théoriquement accepté dans les commerces). Mme G. va toujours à la même officine, la plus proche de chez elle. L'officine est adaptée, elle a une porte automatique avec la largeur adéquate, un plan incliné et une rampe d'accès. Au sein de l'officine, il y a un siège à disposition dans l'espace client. Par contre, le comptoir n'est pas à hauteur adaptée et Mme G. a noté la présence de présentoirs au milieu de l'espace client.

A la pharmacie, elle demande surtout des informations sur les médicaments, même si actuellement elle connaît bien son traitement. Mme G. semble contente de l'accueil et apprécie le temps que prend le pharmacien pour lui expliquer son traitement. Ceci est important pour elle, car en tant que personne handicapée, elle ne se sent pas forcément à l'aise.

Chez son médecin, Mme G. retient son traitement. A l'officine, elle demande au pharmacien de lui présenter dans les mains les boîtes de médicaments inconnues. Mme G. a une bonne connaissance de ses divers traitements. Elle reconnaît ses médicaments grâce à la forme et la taille des boîtes, la présentation du blister (nombre de comprimés, disposition des comprimés ...), la forme du médicament (rond, plat, épaisseur...). En cas de doute, Mme G. utilise des bandes plastifiées « dimo » sur lesquelles elle écrit en braille, à l'aide d'une tablette avec pointeur. Mme G. note le nom du médicament, la date de péremption, la classe thérapeutique du médicament et quelquefois la posologie. Elle fait cette opération une fois rendue chez elle et non dans l'officine.

Mme G. effectue son règlement par carte bleue ou par carte Monéo. Comme Mme R., elle note le problème des touches non numériques validation, correction et annulation, situées à des emplacements différents.

### 1-3- ... porteuses d'un handicap auditif

J'ai rencontré Mr J., chez lui, le 31/07/07. Mr J. est veuf et s'est remarié il y a quelques années. Il vit en appartement sur Rennes. Mr J. vit avec un handicap auditif, depuis quelques années. Celui-ci est apparu avec l'âge. Il est appareillé depuis 8 ans.

Mr J. trouve sa prothèse auditive d'une grande utilité, très pratique avec son contour de l'oreille pour simplifier la mise en place. D'ailleurs, Mr J. reproche aux plus petites prothèses auditives de coûter cher et de tomber souvent en panne.

Mr J. se présente seul à la pharmacie, il va dans une officine proche de chez lui. La pharmacie semble être accessible : pharmacie avec porte automatique et sans marche à franchir. Par contre, elle n'a pas de rampe d'accès pour faciliter le cheminement de toutes personnes handicapées. A l'intérieur de l'officine, Mr J. se déplace aisément. Par ailleurs, il dit apprécier le service rendu par le personnel de la pharmacie et être satisfait par l'accueil.

En pratique, Mr J. m'a signalé les « règles d'or » qu'il serait nécessaire d'appliquer face à une personne avec un handicap auditif :

- **articuler**, afin que la personne handicapée n'ait pas besoin de faire répéter (sentiment de gêne pour la personne malentendante) et pour faciliter la lecture labiale ;
- **ne pas faire deux choses en même temps**, c'est-à-dire évitez de lancer une impression informatique et en même temps discuter avec la personne ;
- lors de la discussion, toujours **avoir le visage tourné vers son interlocuteur**.

Pour conclure, ces différents témoignages nous ont permis de connaître l'opinion de 4 personnes handicapées vis-à-vis de l'officine. Certes, les officines fréquentées sont décrites comme accessibles vis-à-vis de leur handicap spécifique. Cependant, il faut noter qu'il n'y a pas de comptoir à hauteur adaptée et que des présentoirs peuvent gêner la mobilité dans l'espace client. Enfin, ces témoignages ont révélé une difficulté d'utilisation des appareils à carte bancaire, nous y reviendrons par la suite.

## II- ENQUETE AUPRES DE PHARMACIENS D'OFFICINE

### 2-1- Objectifs

L'objectif de cette enquête est d'aborder le thème du handicap avec les pharmaciens d'officine, afin de mieux cerner le type de population handicapée qu'ils rencontrent et de connaître les attentes des personnes handicapées et de leur entourage. Puis, deux thèmes sont développés, à savoir l'accueil et l'accessibilité des officines aux personnes handicapées.

### 2-2- Méthodologie

#### *2-2-1- Elaboration du questionnaire*

Le questionnaire a été rédigé en Mars 2006.

Le questionnaire comporte 14 questions :

- 5 questions à choix multiples,
- 5 questions de type oui / non,
- 4 questions à réponse ouverte.

Le questionnaire a été élaboré autour de quatre thèmes suivants:

#### **Profil des personnes handicapées accueillies à l'officine :**

- type du handicap
- durée du handicap

#### **Le pharmacien face au handicap :**

- accompagnement du patient
- attente des patients vis-à-vis du pharmacien

#### **L'accueil**

#### **L'accessibilité**

#### *2-2-2- Modalités du déroulement de l'enquête*

J'ai envoyé ce questionnaire aux pharmaciens d'officine de Loire-Atlantique par l'intermédiaire d'un grossiste pharmaceutique : l'OCP. A l'aide de l'OCP, le questionnaire a été transmis aux pharmacies, ce questionnaire a été distribué en deux vagues d'envoi à 380 pharmaciens :

- l'une en mai 2006 : 37 réponses sur 200
- l'autre en juillet 2006 : 25 réponses sur 180

Les réponses au questionnaire ont été retournées soit par fax, soit par courrier.

Ainsi, au total le questionnaire a été rempli par 62 pharmaciens d'officine de Loire-Atlantique ; soit 16.3% de réponses sur les 380 questionnaires envoyés.

En Loire-Atlantique, 464 officines sont répertoriées ; ainsi 13.4% des pharmaciens d'officine de ce département ont répondu à cette enquête.

Compte tenu du nombre de questionnaires, le traitement des données s'est effectué de façon manuelle par saisie des informations sur Excel 2000. J'ai regroupé les résultats sous forme de tableaux.

## 2-3- Analyse et discussion

### 2-3-1- *Analyse*

Voici, ci-contre les résultats de l'enquête réalisés.

#### **1. CIBLE DE L'ENQUETE**

##### 1.1- Titre du pharmacien :

<b>Réponses</b>	<b>Observations</b>	<b>Pourcentage</b>
Pharmacien titulaire	48	77.42%
Pharmacien assistant	14	22.58%
Total	62	100 %

##### 1.2- Situation géographique des pharmacies ayant répondu (soit %) :

Pharmacies de Loire-Atlantique réparties comme suit :

- 37 officines en milieu urbain (59.68%),
- 16 officines en milieu semi-rural (25.81%),
- 09 officines en milieu rural (14.52%).

##### 1.3- Pharmacies et centres spécialisés :

- 17 officines proches d'un centre spécialisé (27.42%)

- 36 officines non proches d'un centre spécialisé (58.06%)

## **2. DEFINITION DU HANDICAP**

### **2.1- Quel handicap rencontrez-vous dans votre officine ?**

<b>Réponses</b>	<b>Handicap physique</b>		<b>Handicap mental</b>	
	Observations	Pourcentage	Observations	Pourcentage
Jamais	0	0%	4	6.45%
1-10 par an	8	12.90%	14	22.58%
1-10 par mois	41	66.13%	27	43.55%
1-10 par semaine	13	20.97%	17	27.42%
TOTAL	62	100%	62	100%

<b>Réponses</b>	<b>Handicap définitif</b>		<b>Handicap temporaire</b>	
	Observations	Pourcentage	Observations	Pourcentage
Jamais	9	14.52%	1	1.61%
1-10 par an	17	27.42%	12	19.35%
1-10 par mois	25	40.32%	37	59.68%
1-10 par semaine	11	17.74%	12	19.35%
TOTAL	62	100%	62	100%

### **2.2- Concernant les handicaps physiques/sensoriels dans votre officine :**

<b>Réponses</b>	<b>Handicap moteur</b>		<b>Handicap visuel</b>		<b>Handicap auditif</b>	
	Observations	Pourcentage	Observations	Pourcentage	Observations	Pourcentage
Jamais	2	3.22%	8	12.90%	2	3.22%
1-10 par an	13	20.97%	23	37.10%	17	27.42%
1-10 par mois	38	61.29%	28	45.16%	29	46.77%
1-10 par semaine	9	14.52%	3	4.84%	14	22.58%
TOTAL	62	100%	62	100%	62	100%

## **3. LE PHARMACIEN FACE AU HANDICAP**

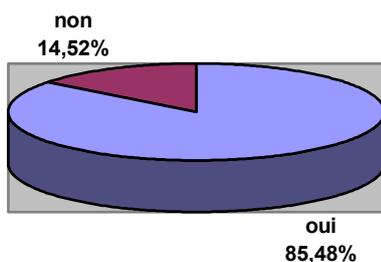
### **3.1- La personne handicapée\* :**

- vient seule : 77.42%
- ne vient pas : 62.90%
- accompagnée : 16.13%

dont :

- accompagnée par parents/famille : 59.68%
- accompagnée par amis : 14.52%
- accompagnée par autres personnes (aide-ménagère, chien guide...) : 35.48%

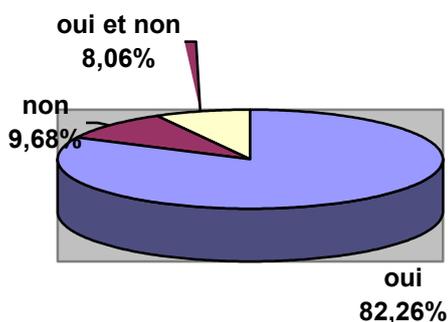
### 3.2- Le patient/client attend-il des informations de votre part ?



dont :

- informations sur les médicaments : 74.19%
- informations sur les appareillages et les aides techniques (fauteuils roulants, béquilles, ....) : 69.35%
- informations sur les aides financières (COTOREP...) : 22.58%
- informations sur les associations existantes : 17.74%
- informations sur la vie au quotidien : 33.87%

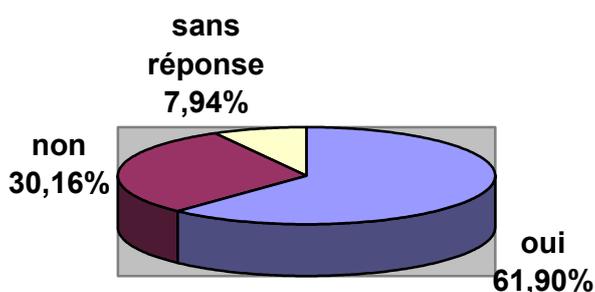
### 3.3- Disposez-vous des éléments de réponse ?



- tant que la question n'est pas posée les recherches ne sont pas faites et l'information ne vient pas vers nous

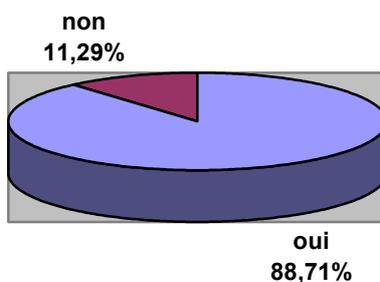
- oui et non pour les aides financières et associations existantes hormis les aides à domicile : nous n'avons pas ou peu d'information
- quelquefois
- pas pour tout, notamment concernant les associations (il y en a des bonnes et des moins bonnes donc le conseil est délicat)
- la personne handicapée est pour nous un client comme un autre et il est traité comme les autres

3.4- La personne handicapée vous fait-elle part de sa satisfaction du service rendu par vos soins ?



**4. L'ACCUEIL**

4.1- Vous sentez-vous à l'aise face à une personne handicapée ?



Si non (7 réponses) :

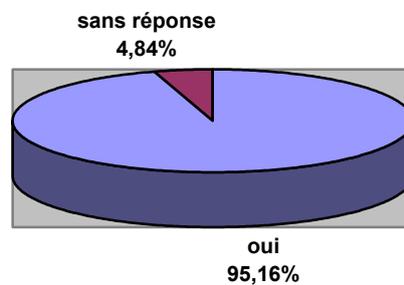
1 réponse : impressionné/surpris par le handicap

3 réponses : méconnaissance du handicap

3 réponses : autres

- difficultés d'expliquer les traitements aux personnes sourdes
- me culpabilise de ne pas avoir de structure adéquate pour elle (marches trop hautes, espace de confidentialité mal adapté)
- peur d'être blessant par nos propos

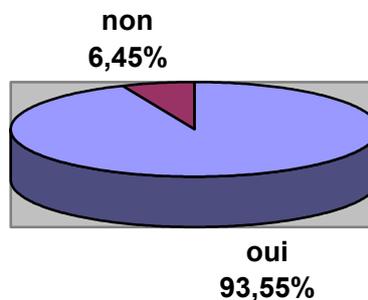
#### 4.2- La personne handicapée semble-t-elle être satisfaite de l'accueil qui lui est réservé ?



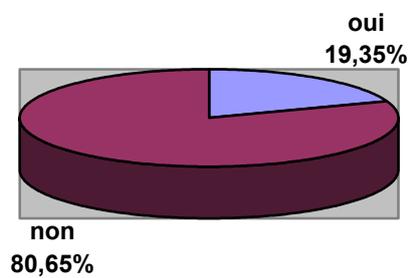
### 5. L'ACCESSIBILITE

#### 5.1- L'accessibilité à votre officine :

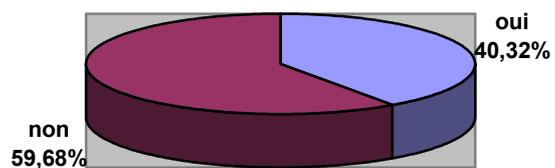
La porte : - largeur adéquate



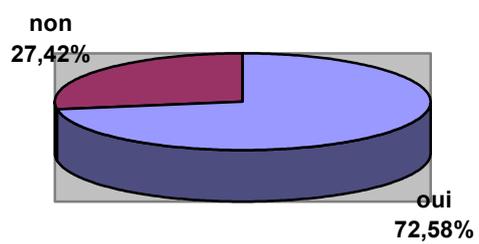
- marche à franchir



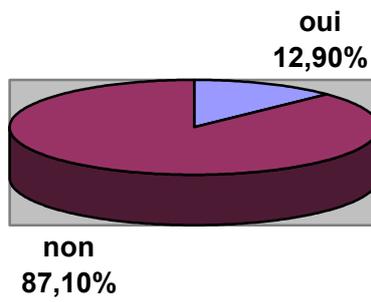
- plan incliné



- porte automatique

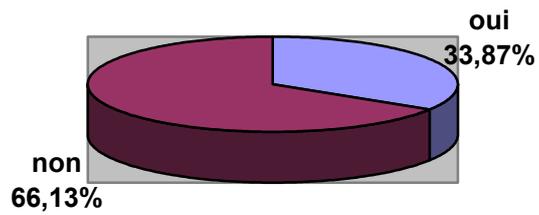


- présence d'une rampe

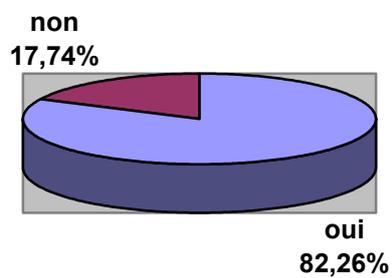


5.2- L'accessibilité dans votre officine :

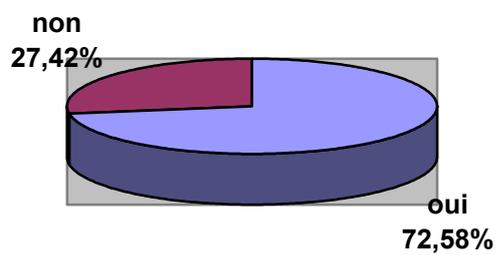
Comptoir à hauteur adaptée



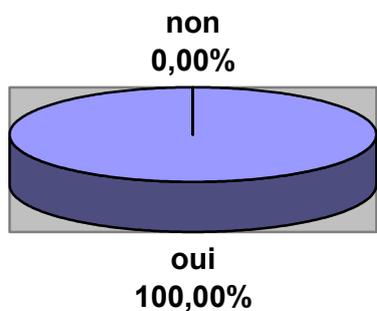
Parapharmacie accessible



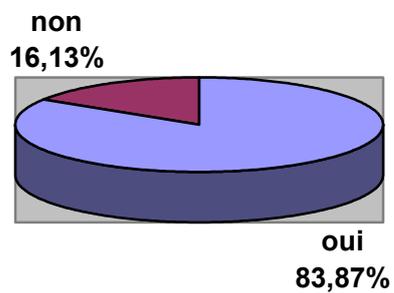
Indications lisibles (prix affichés en gros caractères, nom des produits...)



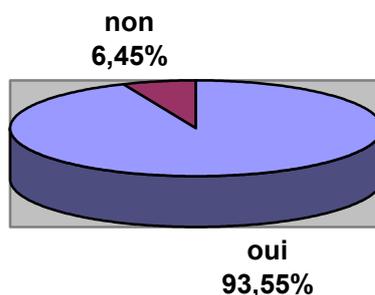
Siège à disposition dans l'espace client



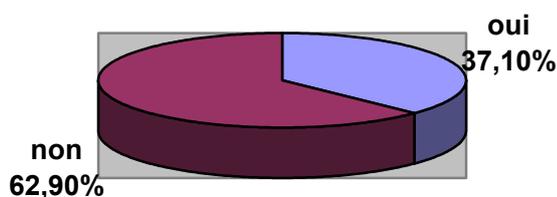
Mobilité dans l'officine aisée



Passage d'un fauteuil roulant



Obstacles (présentoirs, ...)



## **6. DANS L'AVENIR...**

6.1- Pensez-vous avoir des modifications à faire pour améliorer l'accueil des personnes handicapées ? Lesquelles ?

- avoir des toilettes handicapées et un passage vers l'arrière, où sont les toilettes, plus large
- connaissance des handicaps et plus d'informations à transmettre spontanément
- on peut toujours améliorer l'accueil des personnes handicapées encore faudrait-il avoir des informations utiles à cet effet
- comptoir adapté en hauteur et plus confidentiel
- non
- non a priori
- oui, être plus nombreux dans l'officine pour être plus à l'écoute
- hauteur comptoir

- il y a toujours mieux à faire mais des travaux récents ont tenu compte de l'accueil des personnes à mobilité réduite notamment (parking, rampe, interphone)

- les modifications sont déjà effectuées

- agrandir l'espace public

- pas de réponse

- porte automatique, accès direct aux toilettes

- le problème viendrait de la mairie : place pour garer la voiture de personnes handicapées devant chaque pharmacie

- réalisation de toilette handicapée

- prix affichés en gros caractères

- plan incliné refusé par la municipalité de Nantes

- oui : espace de confidentialité, zone d'essayage plus accessible

- diminuer le nombre de présentoirs, comptoir assis

- porte automatique comptoir adapté

- oui, mais refus des propriétaires des murs (plan incliné, porte automatique)

- oui, augmenter l'espace client

- comptoir à hauteur basse

- nous pensons être à l'écoute mais nous pouvons toujours faire mieux

- non, je viens de refaire l'aménagement de mon officine pour pouvoir accueillir au mieux tous les clients

- comptoir à hauteur adaptée

- une formation serait nécessaire à l'ensemble de l'équipe

- si nous pouvions bénéficier de plus de place, nous pourrions aménager un comptoir à hauteur des fauteuils roulants

- toujours

- pharmacie conçue pour répondre à leurs besoins en terme d'accueil

- meilleure connaissance du handicap

- l'officine est neuve et a été conçue pour l'accueil des handicapés (toilette accessible)

- comptoir à hauteur

- départ en retraite

6.2- Pensez-vous avoir des modifications à faire pour améliorer l'accessibilité des personnes handicapées ? Lesquelles ?

- la confidentialité du bureau est quelquefois impressionnante
- plan incliné entre autre
- non
- non a priori, peut-être un comptoir plus adapté
- pas de réponse
- agrandir l'espace public
- plan incliné et rampe
- oui : entrée (porte, seuil)
- oui, agrandir l'officine pour avoir une meilleure circulation et montrer que nous pouvons apporter une aide en matière d'équipements
- faire disparaître la marche devant la porte automatique
- une rampe d'accès
- un ensemble d'aménagements, notamment un plan incliné et une rampe
- changer les comptoirs
- plan incliné
- porte automatique
- oui, mais refus des propriétaires des murs
- installer un plan incliné
- plus d'espace, toilettes handicapées
- largeur porte automatique, deux battants, plan incliné, difficilement réalisable néanmoins
- la maison est classée par les Monuments historiques et il n'est pas possible de modifier la porte, ni d'y intégrer une porte automatique
- non, pas dans l'immédiat
- les trottoirs sont trop petits
- porte automatique, suppression marche, espace client plus grand
- amélioration du plan incliné et du parking
- comptoir plus bas, caractères plus gros

6.3- Pensez-vous être assez informé sur le handicap ?

- non
- oui

- « oui » et « non »
- pas de réponse
- non pas suffisamment à envisager pour la future formation continue obligatoire
- non insuffisamment
- non hélas
- jamais assez
- moyen
- non, trop global
- non, pas assez d'information sur les aides possibles (en particulier financières)
- jamais assez informé
- manque de brochure
- oui mais là encore il y a toujours mieux à faire
- on ne l'est jamais suffisamment
- toute information supplémentaire est toujours la bienvenue
- pas assez
- dans l'ensemble oui mais nous pouvons toujours faire mieux avec une information supplémentaire
- le matériel orthopédique évolue souvent plus vite que nos connaissances
- pas assez sur les aides financières

#### 6.4- Cette enquête suscite-t-elle d'autres commentaires/propositions ?

- pas de réponse
- non
- difficile de se mettre à leur place étant valide, se documenter plus, lire des écrits d'handicapés
- Les diverses mesures gouvernementales depuis de nombreuses années ne nous permettent plus d'avoir du personnel en nombre suffisant pour permettre un accueil optimal des personnes handicapées. Il faudrait aussi certainement améliorer l'accessibilité et la confidentialité mais les investissements sont lourds et la situation de nos trésoreries nous le permet de moins en moins.
- Emploi de personnes handicapées dans l'officine ?

- Sensibiliser la population aux problèmes des handicapés.
- Handicap est un concept vague qui englobe de nombreuses pathologies. Rien n'est totalement parfait mais ici près d'un centre de soins, pas mal d'efforts sont faits par la municipalité, les commerçants pour accueillir les handicapés dans de bonnes conditions.
- L'officine, notamment en milieu rural, est un lieu privilégié d'accueil car nous avons un contact plus aisé et plus de disponibilité qu'en ville. D'autre part, comme nous connaissons très bien l'entourage très souvent nous allons au domicile du patient et nous apportons une écoute et de nombreux services.
- Pour améliorer la situation sanitaire des handicapés, il faudrait partager une information centralisée offerte par des assurances et caisse maladie et par des groupements de professionnels. Comme pour l'initiative cancer lancée par le Président de la République, c'est au gouvernement de fixer des priorités. On parle beaucoup de Bonnes Pratiques en tout genre...L'adaptation de nos espaces clients doivent intégrer la question des Handicapés.
- Cette enquête est l'occasion d'une prise de conscience de l'existence d'une clientèle handicapée à laquelle on ne pense pas toujours.
- Une relation pharmacien/client handicapé, c'est un échange dans les deux sens. Il faut écouter leurs demandes, surtout sortir de derrière son comptoir...
- Problèmes dus particulièrement avec les sourds et muets.
- Votre enquête nous a montré que les comptoirs étaient faits pour des adultes valides.
- Démarche à poursuivre.
- ... la collaboration avec la municipalité pour des places parking et des trottoirs plus adaptés devrait être plus importante.
- La difficulté tient aussi au problème lié à l'exposition du matériel et des produits que nous pouvons mettre à la disposition des patients.
- La connaissance des handicapés permet de mieux accueillir les handicapés et leur donner les mêmes informations, conseils et services qu'aux patients malades et non handicapés.

### *2-3-2- Discussion*

Dans cette partie, nous allons analyser les différents résultats et apporter des éléments de réponse aux difficultés rencontrées.

#### **Définition du handicap**

Comme nous l'avons vu dans la partie 1, le handicap est un terme dont la définition est complexe et qui fait appel à des représentations individuelles. Ainsi, les résultats de l'enquête peuvent être subjectifs. En effet, chaque pharmacien d'officine, ayant retourné cette enquête, a répondu avec sa représentation du handicap.

Par exemple, nous pouvons nous demander :

- si une personne avec une attelle au doigt est considérée comme ayant un handicap physique,
- si une personne présentant des troubles de la mémoire est considérée comme une personne handicapée mentale,
- si une personne faisant répéter une phrase a une perte d'audition ou est-ce uniquement lié à un facteur exogène (mauvaise articulation, bruit aux alentours, ...).

Puis, nous notons que dans une officine, l'équipe rencontre plus fréquemment des personnes avec un handicap temporaire (79%, par exemple entorse, bras cassé, ...) que des personnes avec un handicap permanent (58%, par exemple paraplégie, cécité, ...). Le handicap définitif/permanent se présente moins souvent car les personnes avec de tels handicaps peuvent être prises en charge dans des milieux spécialisés qui assurent eux-mêmes l'approvisionnement en médicament auprès d'une officine de leur choix. Je pense notamment aux maisons de retraite ou autres Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Cependant, certaines personnes atteintes d'un handicap définitif sont autonomes tant pour aller à la pharmacie que pour d'autres activités quotidiennes.

Les notions de « handicap temporaire » et de « handicap définitif » paraissent plus concrètes. Le handicap temporaire est limité dans le temps, tandis que le handicap définitif est irrévocable.

Concernant la variation de fréquentation des officines par les personnes handicapées, celle-ci peut s'expliquer en fonction de la localisation, de l'accueil, de l'accessibilité et des horaires d'ouverture de l'officine. Nous pouvons en conclure qu'une pharmacie qui ne serait pas aux normes verrait son nombre de patients handicapés diminué.

De plus, les résultats de l'enquête révèlent que le handicap moteur est plus présent que le handicap auditif, qui est lui-même plus présent que le handicap visuel. Là, se pose la réflexion de la visibilité du handicap. Certes, un fauteuil roulant, des cannes anglaises sont plus remarqués qu'une prothèse auditive. Enfin, une personne malvoyante n'a pas forcément d'objet caractéristique (cane blanche ou lunettes noires), elle peut se présenter à l'officine comme toute personne « ordinaire ».

### **Le pharmacien face au handicap**

Nous notons un écart de 14% entre les personnes se présentant seule à la pharmacie et celles ne venant pas. Ainsi, ces résultats ne permettent pas de conclure à la présence ou non du handicap au sein de la clientèle d'une officine. Manque de visibilité du handicap, manque d'attention du personnel sont des explications à ces résultats non probants.

Nous pouvons observer que la personne handicapée se rend fréquemment seule (77%) à la pharmacie, ceci peut montrer un degré d'autonomie dans les actes de la vie courante. Mais, il faut également penser aux personnes vivant seules, isolées, et qui n'ont pas de contact/relation pour les aider dans la vie quotidienne.

Les réponses au questionnaire révèlent que les médicaments et les aides techniques sont les principaux points abordés entre le pharmacien et la personne handicapée. Le pharmacien est représenté comme un professionnel de santé délivrant des médicaments, c'est lui qui connaît et dispense les médicaments. De plus, le pharmacien est amené à délivrer des appareillages ou aides techniques afin de pallier à un handicap temporaire ou définitif (problème d'incontinence urinaire, de fractures, ...). Par rapport à un magasin de matériel à domicile, l'officine est un commerce de proximité où la personne handicapée peut apprécier la confidentialité et le service personnalisé rendu par l'équipe officinale.

Cependant, deux points sont peu abordés entre le pharmacien et la personne handicapée. Les aides financières, comme en général les sujets relatifs à l'argent, peuvent être considérées comme un sujet délicat à aborder.

Mais, pour la personne handicapée, le pharmacien a un rôle important à jouer afin de pouvoir apporter une aide humaine et sociale auprès d'elle. Certes, il ne doit remplacer les fonctions des travailleurs sociaux et de divers organismes, mais le pharmacien doit pouvoir orienter ses clients vers le service approprié.

Concernant les associations, le pharmacien devrait connaître une association par type de handicap, au niveau national, par exemple :

- l'Association des Paralysés de France pour le handicap moteur,
- l'association Valentin Haüy pour le handicap visuel,
- l'Union Nationale pour l'Insertion Sociale des Déficients Auditifs.

De plus, le pharmacien, engagé dans son quartier, peut indiquer des associations proches de son officine. Car en effet, les associations sont nombreuses, généralistes ou spécialisées dans la prise en charge d'une catégorie de handicap. Un grand nombre d'entre elles est administré par des personnes handicapées ou par leurs familles. La liste complète des associations nationales est notamment publiée par le Comité National Français de Liaison pour la Réadaptation des Handicapés (répertoire des associations et organismes au service des personnes handicapées) et par le Centre d'Information et de Documentation de la Jeunesse (liste des associations au service des personnes handicapées).

Il y a 82% des pharmaciens interrogés qui estiment avoir les éléments de réponse aux diverses questions posées par les personnes handicapées. Cela est un pourcentage correct, mais encore insuffisant. Quelle raison fait que tous les pharmaciens ne sont pas aptes à répondre ? Manque de connaissance, manque de temps, manque d'information, .... Où chercher ? Le nombre de moyens de communication et le flux d'informations circulant dans notre société devraient permettre aux pharmaciens de savoir répondre.

Au cours des études de pharmacie, un module sur le thème du handicap serait le bienvenu. Ceci permettrait de donner des pistes aux futurs pharmaciens sur les modalités de prise en charge spécifique de ces personnes et pour savoir où trouver les informations essentielles.

Par exemple, nous pouvons citer le Guide Néret pour les personnes handicapées. Cet ouvrage présente une documentation d'ensemble sur la politique sociale en direction des personnes handicapées et les principales dispositions (l'orientation, les allocations, la réorientation professionnelle...), ainsi qu'un répertoire d'adresses des administrations, des associations, des instances d'orientation, des établissements et services spécialisés, ... sur le territoire national.

En ce qui concerne la satisfaction du service rendu, les données sont subjectives puisque pour des raisons variées (difficultés d'expression, gêne, ... ) il est difficile de recueillir le ressenti des personnes handicapées.

### **L'accueil**

Seulement, 11% des pharmaciens interrogés se sentent peu à l'aise face à une personne handicapée. Différentes explications : impressionné par le handicap, peur de blesser en employant certains mots, culpabilité face au manque d'accessibilité de l'officine...

Chaque être humain réagit différemment face à une personne handicapée ; son vécu, sa relation aux autres, sa connaissance du handicap font que toute personne a une sensibilité personnelle face au handicap.

De plus, il est important de noter la difficulté de communication face à une personne sourde ou malentendante ; le pharmacien n'est pas assuré de la compréhension des explications par la personne handicapée et ne sait si le traitement sera correctement pris. Aussi, le problème est la difficulté de choisir les bons termes pour parler de son handicap à la personne handicapée : peur de blesser par des propos et des expressions maladroités (peut-être par manque de connaissance sur le sujet ou sentiment de gêne...).

Par ailleurs, afin de servir au mieux la personne handicapée, le pharmacien peut-être amené à aller au devant de la personne ou près d'elle. Cette situation inhabituelle accentue la stigmatisation.

## **L'accessibilité**

Seulement 6% des pharmacies enquêtées n'ont pas une largeur de porte adéquate. Ce pourcentage, paraissant minime, est beaucoup trop important. Dans notre société où poussettes et fauteuils roulants sont fréquents, il est impensable que certains commerces comme les officines ne soient pas accessibles à toute personne.

De même, dans 19% des officines enquêtées, une marche empêche l'accès dans la pharmacie. Ceci paraît inconcevable, car la population de plus en plus vieillissante présente des difficultés à monter des escaliers. Cependant, certains pharmaciens, titulaires d'une officine classée dans les bâtiments de France, ne peuvent effectuer des travaux comme ils le voudraient. Délais d'attente et autorisations sont fastidieuses à obtenir.

Seulement 40% des officines enquêtées ont un plan incliné au seuil de la porte. Certes, certaines pharmacies étant de plain pied n'ont pas besoin de plan incliné. Uniquement, 87% des officines ont une rampe pour accueillir les clients/patients. Cependant, la présence d'une rampe est indispensable car même sans handicap, certaines personnes nécessitent un soutien pour se déplacer, les personnes âgées, avec ou sans canne, sont plus en sécurité en présence d'une rampe.

Rappelons que les commerces, restaurants et autres lieux accueillant du public doivent se mettre en conformité avec **la loi n° 2005-102 du 11 février 2005** sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Cette loi fixe un délai maximal de 10 ans pour rendre accessible aux personnes handicapées, les transports en commun, les immeubles d'habitation et les lieux recevant du public.

Art. L. 111-7-3 : « Les établissements existants recevant du public doivent être tels que toute personne handicapée puisse y accéder, y circuler et y recevoir les informations qui y sont diffusées, dans les parties ouvertes au public. L'information destinée au public doit être diffusée par des moyens adaptés aux différents handicaps ».

De nombreux établissements vont se voir accorder des dérogations dans le cas d'impossibilité technique, de contraintes liées au patrimoine (bâtiments classés) et si les fonds nécessaires pour les travaux sont disproportionnés par rapport au chiffre d'affaire de l'établissement.

Cependant, des solutions de substitution existent comme par exemple un pack comprenant une rampe d'accès (mobile, pliante et légère), un récepteur sonore et lumineux et une vitrophonie comprenant un numéro identifiant propre à l'établissement. En pratique, la personne handicapée signale sa présence (à l'aide d'un numéro de téléphone qui prévient le personnel de l'officine), puis le personnel vient accueillir la personne à l'aide de la rampe d'accès. Ainsi, ceci permet à l'officine d'être en conformité avec la loi et ceci montre une mise en avant de son commerce « citoyen ».

Une autre alternative serait de développer ce label « handicap » en répertoriant toutes les officines accessibles aux personnes handicapées. Ce label garantirait une mise aux normes par rapport à la loi et montrerait une image positive de l'officine. La création d'un logo, visible à l'extérieur de l'officine, montrerait l'éthique de l'officine et son accessibilité.

Sinon, nous pouvons améliorer de façon simple l'accessibilité de la parapharmacie en diminuant le nombre de présentoirs et en élargissant les allées. Il est à noter, pour toutes les pharmacies interrogées, la présence d'un siège dans l'espace client, ceci s'explique par une obligation légale lors de la création ou modification d'une officine. Le vieillissement de la population et les nombreuses missions du pharmacien recommandent de proposer un espace « attente/repos » permettant au client de s'asseoir.

A l'intérieur de la pharmacie, deux points peuvent être améliorés.

Le comptoir, tout d'abord, où une simple tablette à 0.70 m du sol permet à toute personne (handicapée ou non) de déposer sac à main, clés de voiture, ordonnances, ... . Le mieux serait un comptoir à hauteur adaptée avec un espace minimum de 1.30m x 0.80m, permettant à tout fauteuil roulant, poussette ou autre d'effectuer un demi-tour sans gêner et être gêné.

Sinon, un affichage des prix est devenu obligatoire depuis 2001 ; mais, ce dernier se doit d'être lisible. Ainsi, il faut penser à la fois à la taille des caractères utilisée (pour les personnes âgées, presbytes ou malvoyantes), à la couleur choisie (attention aux choix des couleurs vis-à-vis des personnes daltoniennes), et au choix de la police. Développer les bandes défilantes lumineuses et utiliser au maximum des écrans dans l'espace client est une

manière attractive d'attirer l'œil du client et d'y apporter des informations visibles et lisibles par tous.

Deux mesures, indépendantes de la volonté du pharmacien d'officine, sont indispensables à améliorer : les appareils de CB et le boîtage des médicaments.

D'un commerce à l'autre, les appareils de CB diffèrent. Par exemple, nous trouvons des appareils où il faut insérer la carte bancaire par le haut ou par le bas de l'appareil, la touche de validation est de couleur verte mais jamais située à la même place. Seul est présent le point braille sur la touche 5 de l'appareil, qui est un repère fiable pour toute personne.

Voici différents appareils existants :



Figure 11 : Appareils à CB

Concurrence des différents fournisseurs des appareils à CB, volonté de se différencier des autres appareils, quelles sont les raisons qui expliquent cette non uniformité ?

Un autre point capital est le boîtage des médicaments.

Le conditionnement pharmaceutique est un élément essentiel de la spécialité dans la mesure où il est le garant de sa stabilité et de son intégrité. Dans certains cas il est même parti intrinsèque de la forme galénique. Par ailleurs, le conditionnement pharmaceutique est également un support essentiel d'information pour le patient (mentions sur l'étui, notice), mais aussi pour les professionnels au moment de la délivrance du médicament (pharmacien et équipe officinale, infirmière). L'information délivrée au patient par l'intermédiaire des éléments du conditionnement doit bien sûr être en conformité avec les termes de l'autorisation de mise sur le marché, dont elle est une partie intégrante. Le conditionnement pharmaceutique

est enfin un élément de reconnaissance du médicament, ce qui constitue également un facteur de sécurité tout au long de la chaîne dans la mesure où il doit permettre d'éviter toute confusion par les professionnels concernés et par les patients.

Les laboratoires ne cessent de modifier la taille, le visuel des boîtes de médicaments, ainsi que le nombre de comprimés inclus dans les boîtes. Ceci a pour conséquence principale de déstabiliser les personnes avec un handicap visuel, mais aussi les personnes âgées qui perdent leur repère visuel.

**PARTIE IV :**

**LE PHARMACIEN D'OFFICINE**

**ET**

**LA PERSONNE HANDICAPEE**

## I- L'ACCUEIL [15]

L'accueil est défini comme une « action et manière d'accueillir, de recevoir quelqu'un, quelque chose ». Dans une officine, l'accueil est capital, quelque soit le statut physique ou mental (handicap ou non) de la personne. Un accueil souriant et chaleureux de la clientèle, une écoute des besoins des patients et un conseil pertinent sont trois points essentiels dans notre profession.

Face à une personne porteuse d'un **handicap auditif**, voici quelques règles élémentaires à appliquer quotidiennement :

- mettre son visage à hauteur de la personne ;
- être face à la lumière ;
- ne pas mâcher de chewing-gum, et être conscient que barbes, moustaches et lunettes noires ne facilitent pas la lecture labiale ;
- éviter les bruits de fond (par exemple, la radio) ;
- parler lentement, en prononçant bien la première et dernière syllabe (sans exagérer, car cela perturbe les mouvements habituels que reconnaît le malentendant) et respecter l'intonation (affirmative, interrogative, exclamative), surtout l'expression doit correspondre à ce que l'on dit ;
- faire des phrases courtes, avec une seule idée par phrase ;
- ne pas résister à accompagner sa parole de gestes et de mimiques ;
- selon le principe de « la personne avant tout, » s'adresser directement à elle, et non pas à la personne qui l'accompagne.

Dans le cas de difficultés de communication il peut être utile de proposer à la personne d'écrire ce qu'on veut lui dire. Il faut veiller à toujours utiliser un vocabulaire simple et concret. Afin que la personne sourde ou malentendante puisse s'exprimer, nous pouvons mettre à sa disposition papiers et crayons.

Lors de l'accueil d'une **personne déficiente motrice**, les mêmes règles d'accueil s'appliquent. Ainsi, pour résumer : être attentif, disponible, patient et à l'écoute de la personne. Il ne faut pas hésiter à avoir recours à l'écrit quand la communication verbale est difficile.

De plus, il ne faut pas hésiter à aider la personne dans ses déplacements, l'accompagner afin de lui proposer notre soutien, l'inviter à s'asseoir. Nous pouvons, également, mettre le sac des médicaments dans le panier de course ou directement dans la main.

Avec une **personne déficiente visuelle**, il ne faut pas hésiter à s'adresser directement à elle (et non à la personne l'accompagnant). Lorsqu'on quitte le comptoir (pour aller chercher des médicaments, par exemple), on pense à le signaler à la personne déficiente visuelle. Aussi, il faut penser à signaler, aux personnes disposant d'une canne blanche utilisée dans leurs déplacements pour repérer les obstacles, les objets qui échapperaient au balayage de leur canne (obstacles aériens au niveau du visage).

La communication visuelle n'étant plus possible, n'hésitez pas à parler.

Une personne déficiente visuelle ne peut pas voir que l'on s'adresse à elle. Pour capter son attention, il ne faut pas hésiter à l'appeler par son nom.

Pour conclure, les quelques conseils suivants s'appliquent à beaucoup de situations d'accueil, quelques soient les personnes, valides ou handicapées.

#### **L'attitude à adopter**

**- Rester naturel et écouter la personne avec ses besoins et ses envies qui lui sont propres.**

**- Accepter la personne pour ce qu'elle est et non sur la base de préjugés.**

**- Se concentrer sur la capacité plutôt que l'incapacité.**

**- Même si une personne est accompagnée, s'adresser directement à elle.**

**- Demander aux personnes si vous pouvez les aider et comment.**

**- Rester modeste et humble, il ne faut pas être gêné d'employer des mots courants (« marcher » devant une personne en fauteuil, « entendre » devant une personne sourde, ...). Il ne faut pas « réduire » son langage et il faut conserver son expression naturelle.**

## II- LES DIFFICULTES D'UNE PERSONNE HANDICAPEE MOTRICE

### 2-1- Les troubles urinaires

Les symptômes apparents se résument en des difficultés à uriner (dysurie) et/ou une incapacité à retenir ses urines (incontinence). D'autres symptômes existent mais qui traduisent habituellement des complications.

La dysurie se définit comme une gêne à la miction, caractérisée par un jet faible, se déclenchant avec difficulté et tardant à se tarir [2].

L'incontinence urinaire se définit comme une perte d'urine qui survient sans que l'on puisse la retenir volontairement [26].

Les complications les plus habituelles sont progressives, avec altération des parois, perte d'élasticité, modifications du tonus et de l'activité réflexe. Certaines complications sont circonstanciées telles que l'infection confirmée ou la lithiase (calcul). Les complications aiguës sont le plus souvent infectieuses, comme des prostatites ou pyélonéphrites par exemple.

On décrit différents types d'incontinence urinaire chronique :

- **L'incontinence urinaire fonctionnelle** liée à des pathologies altérant la mobilité et/ou le contrôle neurologique (maladie de Parkinson, séquelles d'hémiplégie, polyarthrose, démence,...),
- **Les mictions par regorgement** dues à un obstacle ou à une atonie du détrusor,
- **L'instabilité vésicale ou impériosité mictionnelle**, conséquence de contractions prématurées du détrusor,
- **L'incontinence sphinctérienne ou incontinence d'effort**, due à une déficience périnéale au moment d'une hyperpression abdominale brutale : effort de toux, rire, changement de position (notamment au premier lever le matin).

<b>Type d'incontinence</b>	<b>Mécanisme</b>	<b>Causes</b>
Impériosité mictionnelle (vessie instable)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- inflammation chronique</li> <li>- obstacle mictionnel</li> <li>- contrôle neurologique altéré</li> <li>- réduction capacité vésicale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- lithiase, sonde vésicale</li> <li>- adénome prostatique, sclérose du col vésical, prolapsus</li> <li>- démence</li> <li>- tumeur</li> </ul>
Incontinence sphinctérienne (incontinence d'effort)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- trouble de la statique pelvienne</li> <li>- traumatisme sphinctérien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- carence oestrogénique</li> <li>- accouchements dystociques</li> <li>- prolapsus</li> <li>- séquelles chirurgicales d'adénomectomie</li> </ul>
Miction par regorgement	<ul style="list-style-type: none"> <li>- obstacle urétral</li> <li>- atonie du détrusor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- adénome et cancer de prostate</li> <li>- sclérose du col vésical</li> <li>- sténose urétrale</li> <li>- vessie « claquée »</li> <li>- diabète</li> <li>- médicaments</li> </ul>

Figure 12 : Incontinence urinaire chronique organique : causes principales [17]

La prise en charge thérapeutique est multidirectionnelle.

### 2-1-1- Mesures hygiéno-diététiques

Les conseils qui suivent visent à prévenir l'apparition de l'incontinence ou à « limiter les dégâts ».

- Boire suffisamment pour rester hydraté, sinon l'urine devient très concentrée et risque ainsi d'irriter la vessie et de déclencher une incontinence par impériosité.
- Eviter une toux chronique (la toux chronique du fumeur) car celle-ci peut entraîner une incontinence occasionnelle ou aggraver une incontinence existante liée à d'autres causes.
- Eviter les boissons ou aliments irritants pour la vessie (alcool, café, agrumes, chocolat, ...).
- Garder ou retrouver un poids santé, car l'excès de poids exerce en permanence une pression supplémentaire sur la vessie et les muscles qui l'entourent.
- Prévenir la constipation : le rectum étant situé derrière la vessie, des selles bloquées risquent d'exercer une pression sur la vessie et donc de provoquer des pertes d'urine.
- Prévenir et soigner les troubles de la prostate.
- Prévenir les infections urinaires pour cela il faut s'hydrater correctement et ne pas se retenir pour aller aux toilettes.
- Surveiller sa médication car des médicaments peuvent, selon les cas, causer ou aggraver l'incontinence : antihypertenseurs, diurétiques, médicaments pour soigner le cœur et le rhume, relaxants musculaires, somnifères.

<b>Médicaments</b>	<b>Effets</b>
Diurétiques	Remplissage vésical brutal
Anticholinergiques	Inhibition des contractions vésicales
Sédatifs et hypnotiques	Confusion mentale
Opioïdes	Inhibition des contractions vésicales
Agonistes alpha adrénergiques	Hypertonie sphinctérienne
Antagonistes alpha adrénergiques	Hypotonie sphinctérienne
Antagonistes calciques	Diminution des contractions du détrusor

Figure 13 : Incontinence urinaire : les causes iatrogènes [17]

### *2-1-2- La rééducation périnéale [26,50]*

La rééducation occupe une part importante dans le traitement de **l'incontinence d'effort et par impériosité** (ou incontinence par instabilité vésicale).

L'incontinence urinaire d'effort est une fuite qui survient en jet non précédé d'un besoin, lors d'un effort allant de l'éternuement ou de la toux à l'effort sportif, le port de charge, un changement de position.

L'instabilité vésicale est l'envie urgente de miction qui peut aller jusqu'à une fuite urinaire (fuite par impériosité) et cela sans notion d'effort. Le sujet ne peut absolument pas retenir cette fuite malgré sa volonté.

La rééducation a pour objectif de réapprendre à utiliser correctement les muscles de son périnée et à développer sa musculature.

C'est le traitement de première intention. Elle est prise en charge soit par des sages-femmes, soit par des kinésithérapeutes.

La rééducation périnéale fait appel à plusieurs techniques permettant de traiter telle ou telle faiblesse.

Il existe deux méthodes principales: la rééducation périnéale manuelle et/ou l'électrostimulation.

**La rééducation périnéale manuelle** permet une prise de conscience de la contraction pour renforcer, tonifier le périnée ; elle permet, aussi, un apprentissage du verrouillage périnéal. Ainsi, pour le renforcement des muscles élévateurs de l'anus un travail manuel intravaginal pourra être effectué.

**L'électrostimulation** est pratiquée avec une sonde endovaginale placée le plus près possible des troncs nerveux. Cette sonde envoie des stimulations électriques (non douloureuses) qui reproduisent des contractions et permettent d'avoir la sensation d'une contraction « normale » en durée, intensité, qualité, ...

L'électrostimulation est une méthode et technique plurifactorielle qui permet tantôt de stimuler les muscles périnéaux dans les incontinenances d'effort et tantôt d'inhiber les contractions excessives de la vessie dans le cadre d'incontinence par hyperactivité vésicale.

Toutefois le mouvement musculaire induit par la stimulation en fait une technique de choix de prise de conscience du mouvement lorsque la contraction volontaire est faible. Elle encourage le patient à participer d'une manière synchrone à chaque stimulation par des mouvements volontaires.

En ce qui concerne l'appréhension du patient dans l'utilisation fonctionnelle de ses muscles, c'est la technique du **biofeedback** musculaire qui pourra être mise en place. Il s'agit de faire prendre conscience avec précision de la contraction, fonction effectuée jusqu'alors inconsciemment. Le biofeedback ou rétrocontrôle sensoriel n'est pas une technique de renforcement musculaire mais bien une technique de prise de conscience. Elle s'utilise en combinaison avec les autres techniques (électrostimulation, rééducation manuelle, ...) [26].

Enfin, il existe des **techniques dites « comportementales »** comme le calendrier mictionnel (c'est-à-dire observer le comportement mictionnel du patient et, à partir de ces données, de pouvoir rétablir un équilibre mictionnel et de donner des conseils adéquats) ou la relaxation peuvent être également pratiquées [26].

Cette rééducation se complète obligatoirement par des exercices très simples à pratiquer quotidiennement chez soi.

### *2-1-3- Les médicaments [18, 26, 50]*

Les différents produits utilisables pour traiter une incontinence urinaire agissent, soit en réduisant les contractions vésicales qui débordent les résistances urinaires, soit en augmentant les résistances urinaires. Les premiers seront utilisés préférentiellement devant un tableau d'impériosité mictionnelle, les seconds devant un tableau d'insuffisance sphinctérienne.

#### **A- Traitements diminuant la contractilité vésicale**

Ils sont utilisés devant un tableau où domine l'impériosité mictionnelle, plus qu'une insuffisance sphinctérienne.

#### **Anticholinergiques et antispasmodiques musculotropes**

L'atropine et les anticholinergiques bloquent la stimulation parasympathique qui entraîne la contraction du détrusor (responsable de mictions impérieuses). Ce blocage est souvent incomplet.

La molécule la plus efficace dans ce groupe est l'oxybutynine (DITROPAN, DRIPTANE 5mg).

Sa courte demi-vie impose 3 à 4 prises quotidiennes.

Contre-indication absolue : glaucome à angle fermé.

Contre-indications relatives : adénome de prostate, démence.

Effets secondaires: sécheresse de la bouche, constipation, sécheresse oculaire, syndrome confusionnel.

Sinon, d'autres molécules sont actuellement disponibles en France, le chlorhydrate de trospium (CERIS 20mg, 2 fois par jour), la toltérodine (DETRUSITOL 2mg, 2 fois par jour), le flavoxate (URISPAS) et la solifénacine (VESICARE 5 et 10mg, 1 fois par jour).

Ces molécules sont exclusivement prescrites dans le cadre des instabilités vésicales mais il existe d'autres anticholinergiques qui sont prescrits pour d'autres pathologies.

### **Autres classes thérapeutiques**

D'autres classes thérapeutiques ont été utilisées, mais le niveau de preuve associé à leur emploi reste faible:

- anticalciques: partiellement efficaces. Des risques de torsades de pointe ont été décrits après emploi dans l'incontinence urinaire.
- AINS, mais leurs effets secondaires digestifs rendent impossible leur emploi sur la durée.
- agonistes bêta adrénérgiques (terbutaline BRICANYL), mais effets secondaires fréquents dans cette indication (tachycardie, tremblements).
- antidépresseurs tricycliques, en particulier imipraminiques, mais là aussi les effets secondaires sont gênants.

En pratique les anticholinergiques sont les plus utilisés dans cette famille, les anticalciques et les antidépresseurs peuvent être intéressants si une autre pathologie (cardiovasculaire pour les anticalciques, psychiatrique pour les antidépresseurs) justifie par ailleurs leur emploi.

### **B- Traitements augmentant les résistances urétrales**

Ils sont utilisés face à un tableau où domine l'insuffisance sphinctérienne (fuites à l'effort ou incontinence urinaire d'effort, urètre mobile en poussée, pression de clôture urétrale abaissée).

### **Agonistes alpha adrénérgiques ou alpha stimulants [26]**

Le col vésical et l'urètre proximal sont richement innervés par des fibres orthosympathiques dont la stimulation entraîne la fermeture du col et l'augmentation des pressions urétrales.

Les alpha-stimulants augmentent la contraction musculaire des zones proches de l'urètre ainsi que la résistance urétrale.

Les agonistes alphas adrénergiques peuvent améliorer la fermeture du col vésical, mais leur emploi doit être prudent en cas d'hypertension artérielle, de trouble cardio-vasculaire, ou d'hyperthyroïdie. Le principal produit de ce groupe est la phénylpropanolamine, qui se trouvait dans divers médicaments utilisés dans les rhinites (RINUTAN). Il procure des effets secondaires comme la nausée, la bouche sèche, l'insomnie, une éruption cutanée passagère, la nervosité.

### **Oestrogènes**

Il existe des thérapies oestrogéniques efficaces chez la femme ménopausée pour traiter l'incontinence urinaire d'effort.

L'imprégnation oestrogénique, même locale, améliore la trophicité du trigone et de l'urètre féminin, et joue donc un rôle dans la qualité de la continence. Elle permet de restaurer la muqueuse urétrale, d'améliorer la vascularisation, le tonus et la possibilité de réponse du muscle améliorant la résistance urétrale.

L'association alpha mimétiques et supplémentation oestrogénique peut être tentée lorsque la monothérapie ne suffit pas.

### **Les médicaments à risque**

Les bêtabloquants sont des médicaments souvent prescrits contre l'hypertension artérielle. Ils vont entraîner une chute du tonus urétral, surtout sur la personne âgée, et induire une incontinence.

Les sédatifs, certains psychotropes, l'alcool peuvent aggraver l'incontinence en augmentant l'effet sédatif.

Les diurétiques, qui sont prescrits dans le cadre des pathologies cardiaques et hypertensives, vont augmenter la diurèse et risquer d'aggraver l'incontinence urinaire.

**Le but dans le traitement de l'incontinence urinaire est dans un premier temps de réduire la fréquence mais également le volume des fuites urinaires de jour comme de nuit, l'objectif final restant de faire disparaître totalement l'incontinence urinaire dans le meilleur des cas.**

#### *2-1-4- La chirurgie [50]*

La chirurgie est conçue pour augmenter la tonicité vaginale, renforcer les muscles et augmenter le contrôle spontané. Elle resserre le vagin et renforce les muscles du périnée, zone entre le vagin et l'anus. En général, un rehaussement de la vessie est nécessaire lors de la même intervention.

Le traitement chirurgical s'adresse surtout aux personnes chez qui la rééducation périnéale a échoué. Ce traitement repose sur la mise en place de bandelettes sous-uréthrales.

Il existe à côté des bandelettes sous-uréthrales, d'autres procédures chirurgicales reposant sur la pose de dispositifs implantables comme le sphincter urinaire artificiel, le neuro-modulateur de racines sacrées ou des agents injectables.

Le traitement chirurgical doit rester une étape finale du traitement de l'incontinence urinaire. Il faut savoir qu'il s'adresse uniquement aux incontinenances urinaires d'effort.

#### *2-1-5- Les palliatifs*

Il existe deux grandes catégories de produits palliatifs actuellement distribués en France :

- Les produits non absorbants dont les principaux sont les étuis péniens, sondes vésicales d'autosondage et poches collectrices. Ces produits sont classés comme dispositifs médicaux marqués CE, leur taux de TVA est de 5,5%.
- Les produits absorbants communément appelés « protections » ou « couches » pour adultes. Ces produits ne disposent pas de marquage CE et ne sont pas classés comme dispositifs médicaux. Le taux de TVA de ces produits est actuellement de 19,6%. Cette deuxième catégorie dispose d'un nombre important de références. Elle intègre des produits absorbants à usage unique mais également des produits absorbants réutilisables et lavables. Un port prolongé peut entraîner des risques de lésion cutanée, voire d'infection.

## A- Les produits non absorbants [9]

### Les étuis péniers [2, 42, 50, 53]

Ils sont constitués généralement de latex souple ou silicone avec un joint auto-adhésif hypoallergénique et une zone d'évacuation renforcée. L'étui pénien est destiné à l'incontinence urinaire masculine.



Figure 14 : Etui pénien

Inscrits à la LPPR, les étuis péniers sont des manchons raccordés à une tubulure et une poche de recueil des urines qui peut être fixée sur la jambe (0,5 à 1,5 l) ou au lit (poche de nuit de 2 l). Ces étuis péniers sont disponibles en plusieurs tailles, fonction du diamètre de la verge.

A l'officine, il est important de connaître les caractéristiques des étuis péniers pour faire le bon choix :

- le type d'étui (en latex ou en silicone) ;
- étui avec joints de fixation (en cas de problème cutané) ou étui auto-adhésifs ;
- le diamètre.

Quelques conseils supplémentaires sont à apporter : en cas de pilosité abondante, il ne faut pas raser (irritations lors de la repousse) mais couper les poils avec des ciseaux ; la pose de l'étui se fait sur une peau propre et sèche ; il faut surveiller que l'étui ne serre pas, ne glisse pas et que la tubulure n'est pas coudée.

La toilette périnéale est un impératif avant et après chaque application, car les risques cutanés existent (érosion pénienne, lésion sur la tubulure et le clapet de la poche, allergie aux composants de la colle ou au matériau de l'étui), de même que les risques d'infection urinaire.

## Les poches collectrices [50]

Les poches de recueil sont différentes par leur capacité et leur utilisation.

Les poches de jour ont généralement une contenance de 500 ml. Elles sont fixées au mollet ou sur la cuisse par des filets tubulaires ou des lanières d'attaches en velcro. Les poches de nuit ou de lit ont une contenance de 1,5 à 2 litres. Elles se fixent au lit par l'intermédiaire d'une porte poche métallique. Les poches peuvent être stériles, graduées ou non.

L'étui pénien et la poche de nuit se changent tous les jours. Seule la poche de jour peut se conserver 2 ou 3 jours si elle est vidangeable.

Cette poche collectrice constituée d'une valve anti-reflux et parfois vidangeable selon les modèles se raccorde à l'étui pénien.

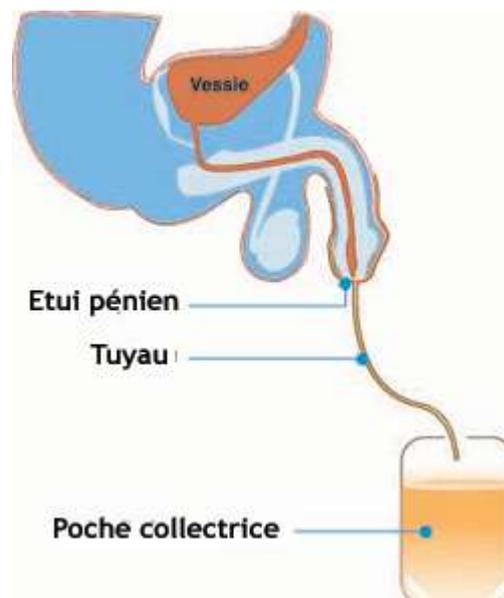


Figure 15 : Poche collectrice

Pour être prises en charge par les organismes de Sécurité Sociale, elles doivent être vidangeables.

Quelques innovations à destination du patient sont développées par les fabricants, telles que des systèmes de valves coulissantes munies de marques supplémentaires, permettant aux personnes malvoyantes de contrôler la position de la valve, ou enfin des fils tubulaires généralement en élasthanne permettant une fixation discrète.

## **Les sondes vésicales d'autosondage [9]**

Il s'agit de sondes introduites par le méat urinaire et remontant jusqu'à la vessie en suivant le trajet de l'urètre. Ce geste est, dans la majorité des cas, peu ou pas douloureux. Une anesthésie locale de l'urètre est possible. Les sondes se présentent sous la forme d'un tube mince et souple.

Il existe plusieurs types de sondages :

- sondage à demeure : la sonde peut-être laissée en place de quelques heures à plusieurs mois,
- sondage évacuateur : la sonde est enlevée dès que la vessie est vide,
- cathétérisme intermittent : c'est la répétition régulière des sondages évacuateurs.

En dehors du cathétérisme évacuateur ou intermittent, la sonde vésicale est maintenue en place grâce à un ballonnet gonflé avec de l'eau stérile dans la vessie et une poche de recueil est connectée au cathéter afin de recueillir l'urine.

Il existe plusieurs types de poches de recueil des urines, notamment des modèles pour la nuit ou pour le jour. Certaines poches de jour peuvent être dissimulées facilement sous les vêtements. Quelque soit le type de poche utilisée, vous aurez besoin de la vider régulièrement.

Les sondes vésicales sont introduites dans l'organisme par l'extrémité distale ou tête, la partie médiane, c'est-à-dire le corps de la sonde, pénétrant plus ou moins profondément. L'extrémité proximale est en forme de godet tronconique. Elle permet de relier la sonde à différents dispositifs : fosset, seringue ou système collecteur.

Une sonde vésicale est en général très bien supportée. Un saignement passager dans les urines peut survenir. La sonde peut parfois provoquer secondairement une irritation de la paroi de la vessie, qui peut se traduire par des envies d'uriner ou des douleurs de la vessie, et parfois l'émission d'urine par l'urètre entre la sonde et le canal ; des médicaments peuvent soulager ces symptômes mais parfois incomplètement.

Il est nécessaire de faire des soins locaux réguliers au niveau du point d'entrée de la sonde dans l'urètre. L'ablation de la sonde est indolore.

Le sondage s'effectue en moyenne 4 à 6 fois par jour dont obligatoirement une fois au coucher et une fois au réveil. A chaque sondage, il faut utiliser une nouvelle sonde.

Il est conseillé de boire au moins 2 L d'eau par jour, sauf contre-indication particulière (éviter de boire avant de dormir). Il est nécessaire d'effectuer une toilette corporelle quotidienne, de changer quotidiennement de sous-vêtements, d'éviter le port de vêtements serrés.

En cas de fièvre, frissons, douleurs abdominales, brûlures locales, urines troubles ou nauséabondes, présence de sang dans les urines, il faut inciter le patient à consulter son médecin.

Comment choisir un type de sonde ? [10]

Les sondes diffèrent par les caractéristiques de leurs extrémités, leurs compositions et leurs dimensions.

En moyenne, chez les hommes, la taille de la sonde est comprise entre 18 Ch et 20 Ch ; chez les femmes, elle est comprise entre 16 Ch et 18 Ch.

En cas de difficulté de sondage (gros adénome...), il ne faut pas réduire le calibre mais au contraire l'augmenter car les sondes de petit calibre risquent de s'enrouler dans l'urètre (elles manquent de rigidité face à l'obstacle).

En cas de sondage de courte durée, il faut choisir une sonde en latex siliconé (dont l'utilisation est inférieure à 10 jours). En cas de sondage de longue durée, il faut choisir une sonde 100% siliconée (qui est remboursée à 100%) qui sera changée tous les 2 mois.

Comment réaliser un sondage ? [10]

Un sondage vésical doit être :

- stérile : utilisation de gants, champs, compresses stériles, effectuer une toilette locale...
- atraumatique : il faut utiliser un gel de xylocaïne en anesthésie locale et/ou lubrification de la sonde (gel Ky<sup>®</sup>), mais il ne faut pas utiliser des produits type vaseline, paraffine ou huile goménolée qui risque de provoquer l'éclatement du ballonnet.

Pour toutes les sondes, il faut se faire préciser :

- leur longueur : chez l'homme la longueur usuelle est de 40 cm (sonde droite ou béquillée), chez la femme on utilise le plus souvent les sondes droites de 20 cm de long, pour l'enfant on utilise les mêmes sondes que pour la femme avec un diamètre moindre ;
- leur diamètre exprimé en unité Charrière CH (1 CH = un tiers de millimètre). Il ne faut pas utiliser un trop petit calibre de sonde (au moins CH 12 chez l'homme, au moins CH 10 chez la femme, au moins CH 6 chez l'enfant) ;
- les principaux matériaux utilisés : latex, silicone, hydrogel et PVC (chlorure de polyvinyle).



Figure 16 : Sonde urinaire

LES SONDES

Matériaux	<p>Sonde en latex siliconé = utilisation habituelle</p> <p>Sonde en silicone = indications particulières</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- personne de moins de 50 ans et sondée plus d'un mois</li> <li>- homme sondé plus de 2 mois</li> <li>- allergie connue au latex</li> <li>- indications spécialisées (ex : vulvectomie)</li> </ul>
Type	<p>Sonde de Foley : pour les 2 sexes</p> <p>Sonde béquillée :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- en cas d'échec de sondage avec une sonde de Foley chez l'homme</li> <li>- si la technique de pose est bien maîtrisée par le soignant</li> </ul>
Calibre	<p>Chez l'homme :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- débuter avec une sonde de diamètre n°18 (correspond au diamètre urétral)</li> <li>- en cas de difficulté, contacter un médecin</li> </ul> <p>Chez la femme : débuter avec une sonde de diamètre n°16</p>
Lubrification	<p>Chez l'homme :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- avec un gel anesthésique stérile</li> <li>- si le sondage s'annonce difficile, prévoir en plus de l'huile de vaseline stérile</li> </ul> <p>Chez la femme : avec de l'eau stérile</p>

SACS COLLECTEURS : 2 types de sacs sont mis à disposition selon la durée du sondage

Caractéristiques communes	<p>Collecteur stérile (inférieur et extérieur) de 2 litres</p> <p>Connecteur avec site de prélèvement intégré</p> <p>Valve anti-reflux au niveau de la poche</p>
Sac courte durée	<p>Pour les sondages de moins de 7 jours</p>
Sac longue durée	<p>Principale caractéristique supplémentaire = chambre de gouttage ventilée</p> <p>Le réserver aux sondages de longue durée = + 7 jours</p>

## CHANGEMENT DE SONDE

Le système clos est enlevé lorsque le matériel est détérioré ou lorsque l'indication de sondage est levée

Néanmoins en pratique, un changement de sonde à demeure toutes les 4 semaines permet de rediscuter l'indication du sondage et de renouveler le matériel à l'aspect douteux

### **B- Les produits absorbants [9,50]**

Ces produits ne sont pas inscrits dans la LPPR et ne bénéficient d'aucune prise en charge directe mise à part l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) pour les personnes de plus de 60 ans qui en bénéficient.

Ces produits sont classés en deux grandes catégories liées principalement à la pathologie pour laquelle elles sont destinées :

- Les protections pour l'incontinence légère dont la capacité d'absorption est généralement inférieure à 500 ml. Elles s'apparentent aux serviettes périodiques ou protèges slips.
- Les protections pour incontinence modérée ou lourde dont la capacité d'absorption varie de 500 ml à plus de 2000 ml. On identifie dans cette catégorie de produit, les changes complets, les protections avec ceinture, les protections anatomiques, les slips absorbants et les alèses.

La structure de ces protections est constante. Sur la face supérieure, une couche de non-tissé hydrophobe, au contact de la peau, maintient une sensation « de sec ». La partie médiane forme un matelas absorbant qui capte le liquide, le diffuse jusqu'aux extrémités et le retient en évitant le relargage vers la surface du non-tissé. Ce matelas est constitué d'un mélange de fibres cellulosiques et de super-absorbants sous forme de fibres ou de poudre. La face inférieure de la couche, intraversable, est généralement constituée par un film en polyéthylène. Les produits absorbants ont bénéficié ces dernières années de fortes innovations afin de répondre aux besoins des patients qui recherchent des attributs, comme le confort, une protection maximale et la discrétion.

#### **Produits à destination de l'incontinence légère**

Cette catégorie intègre des produits de petite taille, très discrets se plaçant directement à l'intérieur du slip et maintenus par un adhésif. Il s'agit principalement des protections

anatomiques à faible taux d'absorption. Les protections droites, gamme de produits maintenus historiquement par les fabricants, sont également adaptées mais sont aujourd'hui de moins en moins utilisées car moins pratiques et moins absorbantes. Pour les hommes, les fabricants proposent des protections sous forme de coquille afin de s'adapter à l'anatomie du corps. Pour les femmes, ces protections s'apparentent à des protections périodiques tout en disposant de capacités d'absorption beaucoup plus importantes et en étant adaptées aux flux urinaires.



Figure 17 : Protection anatomique

### **Produits à destination de l'incontinence moyenne et lourde**

Les protections anatomiques sont conçues pour épouser les formes du corps. Cette catégorie comprend des produits avec plusieurs taux d'absorption, lui permettant de répondre à l'incontinence urinaire modérée à sévère de jour comme de nuit. Cette protection se porte avec un slip filet ou de fixation.

Les slips filets élastiques sont généralement en polyamide élastique leur permettant une fixation sûre et aisée des protections anatomiques nécessitant un maintien renforcé, tout en assurant la discrétion du patient.

Les changes complets (ou couches) qui existent sous plusieurs formes, sont des produits à destination du traitement de l'incontinence forte à sévère, urinaire et/ou fécale et cela pour des personnes alitées ou grabataires. De part ses caractéristiques techniques, ce type de produit permet les plus fortes absorptions et rétentions. Il existe pour le jour comme pour la nuit. Les changes complets possèdent un double matelas absorbant. Une épaisseur externe généralement plastifiée complète le tout. A noter que les changes complets ont bénéficié ces dernières années de plusieurs innovations notamment au niveau des voiles micro-aérées, des indicateurs d'humidité et des systèmes de fixation.



Figure 18 : Change complet

La protection avec ceinture est une variante du change complet : similaire en terme d'absorption, elle ne diffère que par le mode de fixation : une ceinture agrippante au lieu d'autocollants, ce qui permet notamment un repositionnement à volonté de la protection.



Figure 19 : Protection avec ceinture

Le slip absorbant conçu comme un sous-vêtement, est à destination des personnes ambulatoires. Il s'enfile et se retire comme un slip ou une culotte ordinaire permettant aux personnes de mieux assumer leur incontinence. Il s'agit d'un produit très demandé par les patients qui lui trouvent un rapport sécurité/facilité d'utilisation supérieure aux autres produits. De plus, son analogie aux sous-vêtements contribue à un moindre impact psychologique pour le patient.



Figure 20 : Slip absorbant

Il y a toujours intérêt à protéger la literie par des protecteurs de l'environnement. Les protège matelas figurent à la LPP : il s'agit d'alèses imperméables réutilisables, le plus souvent en caoutchouc, mais il apparaît sur le marché des matières synthétiques plus confortables. Les alèses absorbantes, jetables, de différentes dimensions, peuvent être

employées soit directement comme protection contre l'incontinence, soit comme complément de la literie, en complément des protections portées par le malade.

## **2-2- Les troubles intestinaux**

### *2-2-1- La constipation*

La constipation est un retard ou une difficulté d'évacuation de selles moins fréquentes, moins abondantes, plus dures que normalement : **moins de trois selles par semaine.**

Les troubles à l'origine de la constipation sont divers. On peut retrouver :

- la constipation par atonie du colon, rare ;
- la constipation par inertie colique spastique (colon irritable) ;
- une maladie de la fonction de réservoir du rectum (mégarectum) avec la possibilité pour le rectum de se laisser encombrer par un volume excessif de matières ;
- une obstruction terminale spastique avec reflux rectosigmoïdien ;
- une anomalie de fonctionnement des sphincters striés de l'anus (anisme) objectivée par certains examens complémentaires spécialisés (la manométrie anorectale).

On a aussi des :

- causes occasionnelles : voyage, alitement, grossesse ;
- causes hygiéno-diététiques : inactivité physique, déficit en fibres alimentaires ;
- causes endocriniennes : hypothyroïdie, insuffisance rénale ;
- causes neurologiques : Parkinson, accident vasculaire cérébral, para/tétraplégie ;
- causes psychogènes : système dépressif, psychose, névrose, conflit affectif ;
- causes médicamenteuses : antidépresseur, excès de fer, laxatifs.

### *2-2-2- Règles hygiéno-diététiques*

#### 1- Boire davantage

Il faut boire quotidiennement entre 1,5 à 2 litres de liquides par jour. L'absorption de liquides en quantité suffisante favorise le ramollissement des selles et contribue à leur meilleure évacuation. Il faut consommer de l'eau, jus de fruits et soupes à volonté sans trop forcer toutefois sur le café et le thé.

#### 2- Consommer un jus d'agrumes bien frais à jeun

Les jus d'agrumes (orange, pamplemousse...) sont d'excellents laxatifs naturels. Leur action sur le transit intestinal sera améliorée par la prise régulière (tous les matins) d'un grand verre frais d'un de ces jus. De plus, c'est un apport de vitamines garanti.

### 3- Manger plus de fibres

Les fibres sont des substances végétales, non digestibles, résistant à l'action des enzymes de l'intestin grêle et déversées intactes dans le caecum. Elles sont ensuite partiellement dégradées par des bactéries coliques. Leur rôle fondamental est de participer au fonctionnement colique. Ces fibres alimentaires aident l'intestin à éliminer les déchets de notre organisme. Les fibres ont un fort pouvoir de rétention d'eau qui accélère le transit et augmente le volume des selles. Il faut consommer davantage de fruits et de légumes frais et secs, en préférant les céréales complètes (riz, pâtes, pain...) aux céréales trop raffinées appauvries de ces fibres. Attention, néanmoins, certains légumes comme les artichauts, les choux ou les endives contiennent des fibres dures qui peuvent parfois être mal tolérés.

Les repas doivent être à heures régulières et la mastication soignée.

### 4- Penser aux pruneaux

Pruneaux, jus et confitures de ces fruits sont des laxatifs naturels et efficaces.

### 5- Faire de l'exercice

La vie sédentaire favorise la constipation. En raffermissant les muscles abdominaux, la pratique régulière d'un exercice physique contribue également à évacuer plus fréquemment les selles.

### 6- Se masser le ventre

Pour activer un intestin paresseux, il faut se masser doucement et régulièrement le ventre.

### 7- Prendre son temps pour aller aux toilettes

Le stress et le manque de temps passé aux toilettes sont propices à la constipation. L'évacuation des selles fait appel à différents muscles qui doivent être détendus pour mieux fonctionner. Une tentative d'évacuation immédiatement après le repas est souhaitable (présence du réflexe gastro-colique).

### 8- S'imposer des horaires réguliers

Se rendre chaque jour à la même heure aux toilettes permet d'éduquer, ainsi, l'intestin et les muscles à faire régulièrement leur travail.

### 9- Ne pas se retenir

### 10- Eviter la dépendance aux laxatifs

A la longue, l'abus de laxatifs entraîne une dépendance de l'intestin qui ne sait plus fonctionner normalement et naturellement.

### *2-2-3- Les traitements [22, 41, 52]*

A l'officine, la constipation peut être prise en charge seulement si elle est débutante et sur une courte période.

#### **A- Les laxatifs osmotiques**

Ils ont un délai d'action de 24-48h. Ils attirent l'eau dans la lumière intestinale et hydratent les selles. Ils augmentent, ainsi, le volume du contenu colique.

On peut citer :

- le lactulose Duphalac® 1 à 3 sachets par jour en une prise le soir ;
- le lactilol Importal® 1 à 3 sachets par jour en une prise le soir ;
- le sorbitol Sorbitol Delalande® 1 à 5 sachets par jour ;
- les macrogols (PEG) Transipeg® Movicol® Forlax® 1 à 2 sachets par jour.

Effets secondaires : météorismes et diarrhées.

Contre-indications : régime sans galactose, colopathie inflammatoire, occlusion ou subocclusion.

Pour le sorbitol : obstruction des voies biliaires et association au kayexalate.

Ce sont les laxatifs les mieux tolérés qui peuvent être utilisés au long court, sur prescription, pour favoriser la progression des matières dans l'intestin.

#### **B- Les laxatifs lubrifiants**

Ils ont un délai d'action de 8 à 72h. Ils ramollissent le contenu intestinal, lubrifient les parois, favorisent la progression de la masse fécale. Ce sont des huiles minérales acaloriques, car non résorbées par l'intestin. Il s'agit d'huile de paraffine ou de vaseline comme Lubentyl® (2 cac par jour), Lansoyl® (1 à 3 cas par jour), Laxamalt® (1 à 4 cas par jour), Transitol® (2 à 6 cac par jour).

Effets secondaires : suintement anal ; prudence chez les sujets alités, âgés ou ayant des difficultés de déglutition car il y a un risque d'inhalation bronchique.

Interactions médicamenteuses : diminution possible de l'absorption des vitamines liposolubles (A, D, E, K) en cas d'usage prolongé ; d'où un risque de potentialisation des AVK et de carences en ces vitamines.

### **C- Les laxatifs de lest : laxatifs mucilagineux ou mucilages**

Ils ont un délai d'action de quelques heures. Leur effet est mécanique par hydratation du bol fécal (dont le volume augmenté stimule ainsi le péristaltisme intestinal). Ce type de laxatif doit être avalé avec une grande quantité d'eau.

On peut citer :

- la gomme sterculia Normacol® 1 sachet 2 à 3 fois par jour ;
- le psyllium Transilane® 1 à 2 sachets par jour ;
- l'ispaghul Spagulax® 1 à 3 sachets par jour ;
- la gomme guar Mucipulgite® 2 à 3 cas par jour.

Effets secondaires : ballonnements en début de traitement, accidents obstructifs d'où l'importance de boire toujours à chaque prise de mucilage.

Contre-indications : enfants de moins de 2 ans, affections sténosantes du tube digestif, diverticule oesophagien, méga-œsophage, mégacolon.

Cette classe de laxatifs est moins utilisée.

### **D- Les laxatifs par voie rectale**

Ils ont un délai d'action de 5 à 20 minutes. Ils agissent en provoquant le réflexe de la défécation.

On peut citer :

- association de bicarbonate de sodium et de bitartrate de potassium Eductyl® un suppositoire par jour ;
- association de sorbitol et de citrate de sodium Microlax® un tube par jour.

Effets secondaires : risque de rectites en cas d'usage prolongé.

Contre-indications : lésions locales comme des poussées hémorroïdaires, des fissures anales, des rectites, des anites...

### **E- Les laxatifs stimulants**

Ils ont un délai d'action de 3 à 10 heures.

Des molécules augmentent la motricité colique et la sécrétion intestinale d'eau, d'électrolytes et de protéines, on peut citer :

- le bisacodyl Contalax® Dulcolax® 1 à 2 comprimés par jour, le soir ;
- le docusate sodique Jamylyne® 2 à 6 comprimés par jour en une ou deux prises ;
- le picosulfate de sodium Fructines® 1 à 2 comprimés par jour, le soir ;

- les laxatifs anthracéniques ou anthraquinoniques Peristaltine® 1 à 2 comprimés par jour, le soir.

Les laxatifs salins sont des sels non résorbables agissant par effet osmotique et donc en augmentant le volume d'eau qui leur est lié. On peut citer :

- la magnésie hydratée Lubentyl-magnésie® 2 cuillères à café par jour.

Effets secondaires : douleurs abdominales, diarrhées, brûlure anale, rectites

En usage prolongé, ils entraînent un état de dépendance rendant le sevrage difficile, entraînant une colopathie chronique par irritation colique avec possibilité d'alcalose hypokaliémique en cas de selles trop abondantes (maladie de laxatifs).

Contre-indications : douleurs abdominales d'étiologie non déterminée, utilisation prolongée, colopathies inflammatoires, grossesse, allaitement, enfants de moins de 15 ans.

Interactions médicamenteuses : médicaments entraînant des torsades de pointe, digitaliques, médicaments hypokaliémisants.

Risque de maladie des laxatifs avec hypokaliémie : ne pas dépasser 8 à 10 jours de traitement.

Même de nature phytothérapique (utilisés sous forme de tisanes : rhubarbe, séné, aloès, ricin, bourdaine...) leur usage régulier est susceptible d'entraîner une inflammation de la muqueuse intestinale elle-même source de douleurs et surtout d'accoutumance.

Type de laxatif	Principe d'action	Spécialités (exemples)	Indication et tolérance
Laxatifs « de lest » Fibres alimentaires Son Mucilages (ispaghul, gomme sterculia, psyllium...)	Augmentation des résidus et de l'eau fécale	Infibran Kellog's All bran Spagulax, Normacol	Traitement de fond de toute constipation Bonne tolérance sauf parfois ballonnement, flatulence
Laxatifs osmotiques Sucres (lactulose, lactilol, sorbitol) Ions (sulfates de soude, de Mg) Polyéthylène-glycol (PEG 3350 ou 4000)	Augmentation de l'eau fécale	Lactulose, Duphalac Sulfate de Mg Transipeg, Movicol, Forlax	Traitement occasionnel des constipations sévères Risque de ballonnement, flatulence avec les sucre, ou de diarrhée si dose excessive
Laxatifs « stimulants » Anthraquinones (séné, bourdaine, tamarine, cascara...) Phénolphtaléine Bisacodyl Docusate de Na	Sécrétion d'eau et électrolytes dans le grêle et le colon Effet stimulant sur la motricité colique	Tamarine, Sénokot Purganol Contalax Jamlène	Risque d'effets secondaires contre-indiquant leur utilisation : Hypokaliémie Déshydratation Lésions des plexus nerveux coliques
Laxatifs émoullissants Huile de paraffine Huile de vaseline	Effet « lubrifiant »		Traitement adjuvant dans les constipations bénignes Risque de suintement anal gênant
Laxatifs rectaux Sorbitol Glycérine CO2	Effet de « starter » pour la défécation	Microlax Suppo glycérine Suppo Edutyl	Utile en cas de dyschésie

Figure 21 : Classification des médicaments laxatifs

## 2-3- Les escarres [16]

L'escarre est la conséquence d'une ischémie des tissus sous-cutanés provoquée par une longue compression des parties molles et favorisée par deux mécanismes principaux : les perturbations vasomotrices et l'immobilisation prolongée.

L'escarre est une plaie souvent profonde qui se forme aux zones d'appui des personnes alitées ou immobilisées. Elle représente une complication fréquente (mais évitable) chez les personnes handicapées. L'escarre va de la simple rougeur de la peau à la plaie profonde touchant non seulement l'épiderme (peau superficielle) mais les tissus sous-jacents (la chair).

On pourra retenir la classification suivante :

- le stade 1, **érythème** : rougeur ne blanchissant pas sous la pression du doigt (un érythème inflammatoire blanchit sous la pression du doigt),
- le stade 2, **désépidermisation** : arrachement cutané touchant l'épiderme et éventuellement le derme, dont une variante au niveau du pied est la phlyctène (ou ampoule) hémorragique ou séreuse, selon qu'elle contient ou non du sang,
- le stade 3, **nécrose** : plaie profonde avec plaque de nécrose recouvrant en général des tissus sous-jacents dévitalisés,
- le stade 4, **ulcère** : plaie ouverte profonde, résultant le plus souvent d'une escarre de stade 3 après élimination des tissus nécrotiques.

### **On peut décrire trois types d'escarres selon la situation :**

- l'escarre « accidentelle » liée à un trouble temporaire de la mobilité et/ou de la conscience ;

- l'escarre « neurologique », conséquence d'une pathologie chronique, motrice et/ou sensitive: la topographie est surtout sacrée ou trochantérienne, l'indication chirurgicale est fréquente selon les caractéristiques (surface et profondeur), l'âge et les pathologies associées ; le risque de récurrence est élevé, d'où la nécessité d'une stratégie de prévention et d'éducation ;

- l'escarre « plurifactorielle » du sujet confiné au lit et/ou au fauteuil, polypathologique, en réanimation, en gériatrie ou en soins palliatifs, où prédominent les facteurs intrinsèques : les localisations peuvent être multiples, le pronostic vital peut être en jeu, l'indication chirurgicale est rare, le traitement est surtout médical.

La localisation est très variable, mais concerne d'abord les proéminences osseuses qui forment des saillies écrasant la peau et les chairs entre l'os et un plan dur (lit, fauteuil). Elles

se situent au niveau des points de pression en position assise et couchée. Les localisations les plus fréquentes sont les talons (zones mal vascularisées, 40 %) et la région sacrée (40 %). Sont également souvent touchés les ischions (zone d'appui en position assise), les trochanters (extrémités du fémur), le rachis, l'occiput (bosse arrière de la tête).

### *2-3-1- Quelles en sont les causes ? [40,53]*

#### **A- Les facteurs extrinsèques**

- Facteurs physiques : pression du corps (force exercée sur la peau par le support), frictions (lésions directes sur la peau provoquant une abrasion) qui accentuent les pressions, frottements qui usent la peau. Ce facteur pression sera d'autant plus grave qu'il sera **durable** (supérieur à 2 heures), **répété et important**.

- Facteurs perturbant la sensibilité ou source d'immobilisation : altération de la conscience (comas, certains états psychiques, sédations...), paralysies et toutes les affections immobilisantes, troubles de la sensibilité. Les patients souffrant de troubles de la sensibilité ne peuvent percevoir la douleur qui accompagne une pression excessive prolongée et provoque normalement un mouvement même imperceptible qui soulage les tissus.

- Autres facteurs : l'humidité, la macération, la température corporelle, ou des corps étrangers tels que raccords de sonde urinaire, adhésifs et pansements, favorisent la survenue de l'escarre. La chaleur et l'humidité sont donc à proscrire.

#### **B- Les facteurs intrinsèques :**

Ce sont tous les facteurs qui peuvent contribuer à aggraver la privation d'oxygène des tissus et leur capacité à cicatriser : déshydratation, insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale, anémie, maladies vasculaires, mauvais état général (dénutrition, amaigrissement, fatigue physique importante...), âge, maladies telle que le diabète...

Il existe deux facteurs prédictifs de risque de survenue d'une escarre : l'immobilisation et la dénutrition.

### *2-3-2- L'évolution d'une escarre [6,40]*

On distingue les lésions réversibles et irréversibles. Les lésions réversibles (érythème persistant et désépidermisation), sous réserve d'une prise en charge rapide et efficace, ont souvent un bon pronostic d'évolution. Non détectées, elles évoluent souvent et rapidement

vers des lésions irréversibles (nécrose et ulcération) au traitement long et aux risques de morbidité et de mortalité élevés.

Tout d'abord, nous observons une rougeur ; se transformant, au bout de plusieurs heures en érythème persistant. Puis, la peau change de couleur (bleue violacée) et peut présenter des écorchures, décollements (phlyctènes) : c'est la phase de désépidermisation.

Le stade de gravité se présente sous la forme d'une nécrose des tissus, cette dernière peut-être sèche ou humide. La plaque de nécrose témoigne d'une dévitalisation définitive des tissus sous-jacents. Le stade se poursuit avec une perte de substances importantes, provoquant une mise à nu de l'os, voir même des complications osseuses.

Une escarre implique des conséquences importantes tant au niveau socioprofessionnel (perte d'activité) que personnel (immobilisation prolongée, perte d'autonomie, ...).

### *2-3-3- Traitement et prise en charge des escarres*

#### **A- La prévention**

La prévention est le maître mot. La prévention des escarres repose sur un traitement nutritionnel et postural des malades.

Le **traitement postural** a pour but d'éviter un appui prolongé important et de dépister la moindre rougeur. Il comprend une surveillance quotidienne des zones à risque, des changements de position (nuit et jour, toutes les 2-3h) permettant de soulager la zone menacée, un maintien de l'hygiène de la peau (bien sécher la peau après la toilette), et une surveillance des zones de conflits (vêtements, chaussures, fauteuil). La mise au fauteuil, la verticalisation et la reprise de la marche sont préconisées aussi précocement que possible surtout pour les personnes âgées.

Le patient doit au maximum essayer de ne pas rester dans la même situation, qu'elle soit assise ou couchée. Le simple fait de faire 20 pas dans un couloir aura un retentissement en terme de prévention de l'escarre. Dans le cadre de la prévention de l'escarre, de petites marches répétées sont préférables à une seule marche isolée. En dehors de la problématique de l'escarre, une telle mobilisation aura le plus souvent des effets bénéfiques pour la santé du patient, tant en terme de prévention d'autres pathologies que de bien-être.

**L'effleurage** consiste à masser sans appuyer sur la peau. Son objectif est de :

- favoriser la microvascularisation cutanée (circulation du sang dans les très fins vaisseaux sanguins de la peau),
- permettre l'observation des points d'appuis.

Il est pratiqué sur les zones à risques pour le patient concerné (talons, trochanters, sacrum ou ischions le plus souvent).

L'effleurage est indiqué pour des patients alités ou assis avec appuis prolongés, ou des patients présentant une diminution de la vascularisation, de la mobilité ou de la sensibilité.

L'effleurage est contre-indiqué dans les cas suivants :

- zones présentant des lésions cutanées (exemple : dermatoses infectieuses),
- zones cutanées inflammatoires,
- érythème persistant à la pression (c'est une escarre de stade 1 : il convient d'arrêter les effleurages qui risqueraient d'aggraver la lésion existante).

Les massages, frictions, applications de glaçons et d'air chaud sont interdits. Les produits entraînant une dessiccation de la peau (produits alcoolisés) et les colorants, type éosine, qui masquent la plaie sont à interdire [40,53].

Au niveau du **traitement nutritionnel**, un bon équilibre alimentaire et une bonne hydratation (au minimum 1,5 L par jour) sont capitaux. Le traitement repose sur une évaluation de l'état nutritionnel, une évaluation des apports alimentaires et la mise en place d'une thérapeutique comprenant des compléments alimentaires.

Un adulte en bon état général et cutané a besoin de 1800 à 2000 kcal/j dont 12 à 13% de protides

Les apports recommandés en cas d'escarre sont sur le plan énergétique de 30 à 40 kcal/kg/j, protéinique de 1,5 à 2,5 g/kg/j (au moins 15 % de l'apport énergétique total), glucidique de 2,5 à 3 g/kg/j, en zinc de 50 à 100 mg/j pendant 15 jours, en vitamine C de 0,1 à 1g/j pendant 15 jours et en alphacétoglutarate d'ornithine de 10 g/j. Tous ces éléments jouent un rôle indispensable à la cicatrisation.

Il est important de s'appuyer sur des **aides techniques**, en association avec les autres moyens de prévention. Les matériels sont nombreux et variés. Ces supports visent à limiter les facteurs de risque extrinsèques de survenue des escarres. Les qualités attendues d'un support sont les suivantes :

- une efficacité démontrée : son aptitude à réduire les pressions exercées sur les zones d'appui ou à limiter le temps d'exercice de la pression, une macération minimale, ... ;
- facile et pratique d'utilisation : le support doit permettre d'assurer et de stabiliser les changements de position ;
- assurer le confort du malade : le support ne doit pas être bruyant, et préserver le repos et le sommeil du patient [14].

Il est admis que « plus la pénétration du corps dans un support est importante, plus l'aire de contact augmente », il faudra donc des supports qui permettent une surface de contact importante et renouvelée [9].

Ces supports fonctionnent selon l'un des 2 principes suivants :

- augmenter passivement la surface de contact entre le support et le corps : ce sont **les supports statiques**,
- faire varier continûment la pression en chaque point du corps, tout en gérant de façon plus ou moins fine les surpressions et la surface de contact patient-support : ce sont **les supports dynamiques**.

Pour les supports dynamiques, il y a 2 grands principes :

- **les supports à air continu**, dont chaque élément se gonfle ou se dégonfle en fonction des mouvements du patient afin d'éviter les surpressions.
- **les supports à air alterné**, qui exercent une décharge régulière et alternée de chaque zone du corps en contact avec le support. Le moteur gonfle et dégonfle alternativement ses différents éléments. Ainsi, les zones en pression varient continûment.

Nous pouvons citer comme type de supports : les matelas à eau, les matelas et coussins à plots à flottaison sèche, les matelas en mousse en forme de gaufrier et les coussins pour fauteuils [34].

Pour conclure, nous avons donc à disposition des **matelas anti-escarres** (produit constitué d'une protection et/ou d'une enveloppe donnant la forme du produit dont l'une est en contact direct avec un élément de rembourrage qui peut-être la mousse ou de l'air ou des poches de gel ou des poches d'eau), des **surmatelas** (même caractéristiques générales que pour les matelas sauf que le surmatelas se pose sur un matelas de 15 cm d'épaisseur ; le principe est de faire reposer le malade sur une enveloppe en PVC gonflée d'air), des **coussins** (produit constitué d'une housse amovible et d'une enveloppe donnant la forme du produit), des **lits** et des **accessoires** (par exemple, talonnière et/ou coudière) [9].

Figure 22 : Supports pour la prévention et le traitement de l'escarre

SUPPORT PROPOSE	CARACTERISTIQUES DU PATIENT
Surmatelas statique	Pas d'escarre et risque d'escarre peu élevé et patient pouvant se mouvoir dans le lit et passant moins de 12 heures par jour au lit.
Matelas statique	Pas d'escarre et risque d'escarre moyen et patient pouvant se mouvoir dans le lit et passant moins de 15 heures par jour au lit.
Surmatelas dynamique	Patient ayant eu des escarre ou ayant une escarre peu profonde (désépidermisation) ou risque d'escarre élevé et passant plus de 15 heures par jour au lit et incapable de bouger seul.
Matelas dynamique de façon continue ou discontinue	Patient ayant des escarres de stade élevé (> 2) et ne pouvant bouger seul au lit et n'ayant pas changé de position quand il est au lit où il reste plus de 20 heures par jour son état s'aggravant.

*D'après la Conférence de consensus  
Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé  
ANAES : 15 et 16 novembre 2001*

Figure 23 : Coussins anti-escarres

CLASSE	TYPES DE COUSSINS
CLASSE IA	Coussins en mousse, à eau, à air statique et coussins mixtes (mousse et eau ou mousse et air statique).
CLASSE IB	Coussins en mousse structurée formés de modules amovibles en gel, en mousse et en gel et coussins en fibres creuses siliconées.
CLASSE II	Coussins pneumatiques à cellules télescopiques et coussins en mousse visco-élastique dite "à mémoire de forme".
CLASSE du coussin sur mesure	Conçu à partir d'une empreinte réalisée grâce à un système de capteurs de pression. Il est composé de 2 couches de mousse usinées par fraisage numérique.

*D'après la Conférence de consensus  
Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé  
ANAES : 15 et 16 novembre 2001*

## **B- Traitements curatifs**

Il existe actuellement de nombreux pansements et biomatériaux utilisables dans le traitement local de l'escarre. Chaque stade d'évolution de l'escarre nécessite un traitement différent. Il s'agit d'un traitement de longue durée qui doit être respecté pour obtenir une évolution favorable. Ceci se réalise en maintenant **un milieu chaud et humide**, c'est pourquoi il est recommandé de laisser les pansements en place plusieurs jours. Il faut avant tout éviter les surinfections.

La pose d'un pansement sur une plaie a 2 objectifs principaux :

- la protéger des agressions extérieures,
- entretenir un environnement favorable à la cicatrisation.

Les pansements peuvent avoir d'autres propriétés, intéressantes pour certaines plaies :

- hémostatique dans le cas de plaies hémorragiques : c'est le cas des alginates,
- bactériostatiques ou bactéricides dans le cas de plaies infectées : c'est le cas des pansements à l'argent,
- absorbants les odeurs de la plaie : c'est le cas des pansements contenant du charbon.

Les principales qualités que l'on peut attendre d'un pansement sont de :

- permettre la cicatrisation dirigée en milieu humide : maintien de l'exsudat et d'un environnement chaud et humide,
- ne pas être douloureux pour le patient,
- ne pas laisser passer de micro-organismes,
- ne pas laisser de fibres dans la plaie,
- être non adhérent, stérile et confortable,
- s'adapter aux localisations de l'escarre.

Le pansement historique de la cicatrisation dirigée en milieu humide est l'hydrocolloïde.

Néanmoins, plusieurs pansements se révèlent mieux adaptés à certaines situations :

- plaie sèche (plaie nécrotique par exemple) : on préférera un hydrogel qui réhydratera la plaie
- plaie exsudative : on préférera un hydrocellulaire dont les capacités d'absorption sont supérieures à l'hydrocolloïde
- plaie très exsudative : on utilisera un alginate ou un hydrofibre pour ses capacités d'absorption

- plaie malodorante : pansement au charbon
- plaie infectée : on utilisera soit un pansement argent + charbon, soit un alginat sous pansement secondaire non imperméable si la plaie est exsudative.

Le nettoyage de l'escarre est obligatoire à chaque stade et à chaque renouvellement de pansement avec du sérum physiologique et éventuellement un détergent si le pansement a été souillé par des matières organiques. Il est préférable de n'utiliser qu'un savon doux et d'éviter les antiseptiques locaux [14].

Figure 24 :  
LES TRAITEMENTS LOCAUX  
Stratégies thérapeutiques face à l'escarre

<i>Stade</i>	<i>Stratégie thérapeutique</i>	<i>Pansements indiqués</i>
Erythème	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lever la pression</li> <li>- Adapter le support</li> <li>- Effleurage sans massage</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Biafine</i>®</li> <li>- <i>Sanyrène</i>®</li> <li>- <i>Escarine</i>®</li> <li>- <i>Prescaryl</i>®</li> <li>- Films pansements</li> <li>- Hydrocolloïdes transparents</li> </ul>
Désépidermisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En cas de phlyctène séreuse : vider sans découper</li> <li>- En cas d'érosion : favoriser la réépithélialisation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Films transparents</li> <li>- Hydrocolloïdes</li> <li>- Hydrocellulaires, si l'exsudat est abondant</li> <li>- Pansements gras</li> <li>- <i>Biafine</i>®</li> </ul>
Nécrose fermée	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En cas de phlyctène hématique : laisser sécher jusqu'à constitution d'une plaque de nécrose</li> <li>- En cas de nécrose</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pansements humides</li> <li>- Pansements gras</li> <li>- Hydrocolloïdes à laisser en place suffisamment longtemps</li> </ul>

	fermée : ramollir la plaque et favoriser l'apparition du sillon d'élimination	
Nécrose ouverte ou ulcération	<p>A la phase de détersion :</p> <p>Nettoyage de la plaie favorisée par le milieu chaud et humide</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utiliser la colonisation de la plaie par une flore gram - polymicrobienne</li> <li>- Se méfier de la surinfection possible</li> </ul> <p>A la phase de bourgeonnement :</p> <p>Favoriser la granulation puis la réépidermisation</p>	<p>- Pansements spécifiques de la détersion :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Polysaccharides</li> <li>- Sucre</li> <li>- <i>Bétadine tulle</i>®</li> <li>- Alginates</li> <li>- Hydrogels</li> <li>- Hydrocolloïdes mal adaptés aux plaies très anfractueuses sauf les hydrofibres</li> <li>- Pansements gras (avec pansements au charbon)</li> </ul> <p>- Hydrocolloïdes</p> <p>- Hydrocellulaires</p> <p>- Pansements gras</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Biafine</i>®</li> <li>- <i>Corticotulle</i>®</li> </ul> <p>si hyperbourgeonnement</p>

On considère trois phases d'évolution de l'escarre constitué : la détersion, le bourgeonnement et l'épithélialisation.

**La détersion** est la phase de nettoyage de la nécrose sans laquelle la plaie ne peut évoluer favorablement. Elle est assurée physiologiquement par des enzymes, des polynucléaires neutrophiles, des macrophages, la flore bactérienne présente qui permet d'éliminer les débris nécrotiques ou fibrineux. Elle est potentialisée par un environnement humide.

Si la plaie est sèche, on utilise un hydrogel pour ses propriétés hydratantes ramollissant ainsi la plaque de nécrose.

Si la plaie est suintante, on utilise un pansement absorbant composé d'alginate ou de carboxyméthylcellulose.

**Le bourgeonnement** se caractérise par l'apparition de nouveaux capillaires qui apportent les nutriments nécessaires à la multiplication cellulaire. Il faut, dans ce stade aussi, favoriser un milieu humide. On utilise à ce stade des pansements absorbant les exsudats.

Lors de l'**épithélialisation**, les cellules de la berge prolifèrent avant de migrer vers la surface cutanée. La plaie doit être protégée des agressions extérieures et le pansement ne doit pas arracher les tissus néoformés. On peut utiliser des pansements gras, des interfaces maillées et des films minces en polyuréthanes.

La chirurgie de l'escarre ne concerne que les escarres où une nécrose est présente.

L'objectif de la chirurgie est d'assurer :

- une excision des tissus nécrosés,
- la couverture de la plaie.

L'excision chirurgicale est préconisée pour éliminer des tissus nécrosés qui empêchent la cicatrisation ou qui présentent un risque infectieux. Elle ne laisse en place que des tissus sains.

La couverture de la plaie se fait au moyen de suture, de greffe cutanée ou, le plus souvent, de lambeaux.

Ceci concerne les escarres de taille au moins égale à 5 cm de diamètre, survenant en zone à saillie osseuse, telles que les escarres sacrées, ischiatiques, trochantériennes, surtout [35].

**Mais, il ne faut pas oublier que dès le stade de l'érythème, le plus important est de :**

- lever la pression,
- adapter le support,
- protéger la lésion.

### III- LES AIDES TECHNIQUES [46]

#### 3-1- Définition des aides techniques

Si tout le monde est d'accord pour considérer comme des aides techniques le lève personne, les couverts adaptés et la planche de transfert, il n'est pas facile de trouver une définition consensuelle qui permet de dire avec précision ce qui est, est encore ou n'est plus, une aide technique.

Selon la terminologie définie par la norme internationale ISO 9999, l'aide technique (pour personne handicapée) correspond à « *tout produit, instrument, équipement, ou système technique utilisé par une personne atteinte d'un handicap ou d'un désavantage social, fabriqué spécialement ou existant sur le marché, destiné à prévenir, compenser, soulager ou neutraliser la déficience, l'incapacité ou le handicap* ».

La recommandation 92 du Conseil de l'Europe fait référence à la norme ISO 9999 et inclut non seulement les appareillages classiques mais aussi « tout outil ou système technique susceptible de faciliter le déplacement, la manipulation, la communication, le contrôle de l'environnement, les activités simples ou complexes de la vie quotidienne, domestique, scolaire, professionnelle ou sociale ».

Il ressort de ces définitions que le champ des aides techniques est très large et couvre un ensemble de matériels disparates, aussi bien des matériels conçus spécifiquement pour un type de handicap en vue de restituer autant que possible la fonction de la personne et compenser le handicap issu de sa déficience (ex : prothèses et orthèses externes, VHP), que des matériels « grand public » plus ou moins adaptés pour faciliter et améliorer la vie quotidienne de la personne (assiette à rebords, rampe d'accès, monte charge).

Ce terme englobe donc des appareillages restituant l'intégrité physique de la personne (prothèses et orthèses externes), des matériels « consommables » par la personne (produits absorbants, cannes...) et des produits d'équipement ou d'aménagement du logement.

Tous ces matériels peuvent être de série ou des produits sur mesure [51].

Les aides techniques ont donc pour but de parfaire l'autonomie du sujet handicapé en facilitant les actes de la vie quotidienne. La notion d'aide technique recouvre donc un champ très large. Ces aides remplissent diverses fonctions (préhension, déambulation, communication, ...) et cela dans un large environnement (habitat, travail, milieu urbain, loisirs, ...).

Ainsi, les aides techniques :

- permettent à une personne d'être plus autonome dans sa vie de tous les jours ;
- augmentent la sécurité et/ou son confort ou celui de son entourage ;
- jouent un rôle de prévention ;
- facilitent la tâche de l'entourage.

### 3-2- Classification des aides techniques

La grande variété des activités (hygiène, déplacements, loisirs, ...) qui jalonnent la vie quotidienne implique l'existence d'une multitude d'aides techniques. De plus, leurs nombreux utilisateurs potentiels (usagers, prescripteurs, chercheurs, fournisseurs, ...) ne parlent pas forcément le même langage. Il est de ce fait important de connaître des outils communs facilitant la communication telle la classification ISO 9999, norme internationale reconnue par tous [23].

Pour faciliter la compréhension de la classification, j'exclue volontairement l'appareillage, ou ensemble de pièces qui soutiennent, maintiennent, corrigent (orthèses : corsets, semelles orthopédiques, ...) ou remplacent (prothèses : jambes, mains, ...) une partie du corps.

Cette classification est basée sur une **division fonctionnelle des produits** classifiés selon leur fonction principale. Elle se limite à l'heure actuelle aux aides techniques principalement utilisées individuellement par une personne atteinte d'un handicap ou d'un désavantage social. Les aides techniques pour les transports publics et l'accessibilité des bâtiments sont exclues de la présente norme internationale.

La classification se compose de trois niveaux hiérarchiques, appelés classes, sous-classes et divisions. Chaque classe, sous-classe ou division se compose d'un code, d'un nom et si nécessaire d'une définition et/ou d'une référence à d'autres parties de la classification. Certaines classes, sous-classes et divisions n'existent pas, elles sont réservées à des applications d'ordre national.

Dans les classes, les termes décrivent un domaine étendu de la fonction. Dans les sous-classes, la fonction est déclinée en fonctions particulières. Le produit est sélectionné au niveau inférieur dans la division.

L'architecture de cette classification est conçue pour que classes, sous-classes et divisions s'excluent les unes des autres.

Cette classification comporte dix classes :

- **Classe 03- Aides pour le traitement et l'entraînement**

Ex : barres parallèles et appareils de verticalisation, systèmes d'alarmes d'incontinence, coussins et matelas anti-escarre, réchauffeur d'air inhalé

- **Classe 06- Orthèses et prothèses**

- **Classe 09- Aides pour les soins personnels et la protection**

Ex : vêtements adaptés et aides pour s'habiller et se déshabiller, sièges et surélévateurs de WC, sièges et tapis de baignoire antidérapants

- **Classe 12- Aides pour la mobilité personnelle**

Ex : cannes, déambulateurs, poussettes, fauteuils roulants, aménagements de voiture

- **Classe 15- Aides pour les activités domestiques**

Ex : couverts adaptés, brosses à légumes, assiettes à butée

- **Classe 18- Aménagements et adaptations des maisons et autres immeubles**

Ex : tables, sièges et lits réglables, surélévateurs de pieds de meuble, barre d'appui

- **Classe 21- Aides pour la communication, l'information et la signalisation**

Ex : loupes, tourne-pages, porte-livre, téléphones, ordinateurs

- **Classe 24- Aides pour manipuler les produits et les biens**

Ex : pinces de préhension, sets antidérapants, aides pour ouvrir les bouteilles et boîtes

- **Classe 27- Aides et équipements pour améliorer l'environnement, les outils et les machines**

Ex : humidificateurs, filtres à air, établis, armoires de classement

- **Classe 30- Aides pour les loisirs**

Ex : aides pour faire des exercices et du sport, des travaux manuels, jeux et jouets adaptés

Après avoir défini et classé les différentes aides techniques, nous allons développer la place de ces aides à l'officine.

### 3-3- Choix d'une aide technique

Le pharmacien d'officine a plusieurs missions lors de la prise en charge de la délivrance d'une aide technique.

#### **S'assurer de l'évaluation des besoins**

Avant toute chose il faut bien évaluer les besoins réels de la personne en tenant compte de la globalité de sa situation : ses capacités/incapacités, son lieu de vie, son entourage familial, son travail, ses ressources, ses loisirs, ses projets, etc.

#### **S'informer**

Ensuite il est indispensable de s'informer le plus complètement possible sur les aides techniques susceptibles de compenser les incapacités. Le marché évolue rapidement et il est important de connaître tous les matériels disponibles ainsi que leurs qualités/défauts. Pour bien choisir les aides techniques, il faut faire la bonne adéquation entre les besoins de la personne et les aides disponibles. Il n'existe pas une aide technique convenant à tout le monde. C'est pour cette raison que le conseil doit toujours être personnalisé.

#### **Chercher des solutions les plus simples**

Parfois on peut contourner la situation handicapante.

Certains problèmes trouveront une solution dans le matériel grand public qu'on trouve dans le commerce. Moins cher et mieux adapté, il ne fait pas partie du matériel « spécialisé ».

Il ne faut pas non plus négliger les bricoleurs dans l'entourage de la personne. Certaines aides techniques simples, comme la planche de transfert, peuvent être fabriquées à partir d'un schéma.

Néanmoins certaines personnes auront toujours besoin d'un matériel spécialement conçu.

#### **Faire essayer le matériel**

Il est primordial de faire essayer le matériel avant l'achat chaque fois que cela est possible. Si l'aide technique doit aussi être manipulée par quelqu'un d'autre, il est important que cette personne participe également aux essais.

Certains appareils demandent un apprentissage assez long avant de pouvoir évaluer l'utilité de l'appareil. Pour ce type de matériel, il faut essayer d'obtenir un prêt sur une période la plus longue possible.

Le choix ne doit se faire qu'après essais, en tenant compte du rapport qualité/prix, du service après-vente, de la proximité du fournisseur, de la durée et du contenu de la garantie.

### 3-4- Financement d'une aide technique

Une aide technique peut coûter quelques euros (ex : couverts adaptés), mais peut aller jusqu'à plusieurs milliers d'euros (ex : monte escalier). Le coût tient au fait que, très souvent, les matériels sont importés et qu'ils sont fabriqués et distribués en petite série.

#### *3-4-1- La prise en charge*

Pour qu'une aide technique soit remboursée par la caisse d'assurance maladie, deux conditions sont nécessaires. Il faut que l'aide technique fasse l'objet d'une prescription médicale, et qu'elle soit inscrite sur la Liste des Produits et Prestations Remboursables (LPPR). La LPPR est la base légale de remboursement, quel que soit le coût réel à payer. En général, le coût est supérieur à cette base, et dans ce cas, le dépassement reste alors à la charge de l'intéressé.

#### *3-4-2- Les financements complémentaires*

En fonction du prix de l'aide technique, différents financements complémentaires existent. Elles sont extrêmement variables ; cela dépend d'un certain nombre de paramètres :

- catégorie socioprofessionnelle : enfant et étudiant, en âge d'activité professionnelle, retraité ;
- régime de Sécurité sociale ;
- la situation personnelle de chaque personne : revenu, état de santé, etc. [27]

Pour toutes les petites aides techniques qui peuvent être conseillées par le pharmacien d'officine, l'échelle de prix varie de quelques euros à quelques dizaines d'euros. Dans ce cas, une partie des prestations pour les personnes handicapées fournies par la caisse d'assurance maladie (rente, pension invalidité), l'allocation aux adultes handicapés, la prestation de compensation peut être utilisée pour financer ces aides techniques.

Pour les autres aides techniques, dont les sommes atteignent quelques centaines d'euros, différentes démarches, ressemblant parfois à un véritable parcours du combattant, peuvent être envisagées. Ces aides financières seront majoritairement accordées en fonction des conditions de ressources des patients.

Les organismes pouvant être sollicités sont les suivants :

- l'assurance maladie (il existe une prestation extra-légale au titre du fond d'action sanitaire et social des caisses primaires d'assurance maladie) ;

- le conseil général (il existe souvent une ligne budgétaire spécifique en fonction du département concerné) ;
- les centres communaux d'action sociale ;
- la caisse d'allocation familiale ;
- les caisses de retraite.

Dans tous les cas, le plus simple est de demander l'aide d'une assistante sociale spécialisée ou encore celle du praticien qui a prescrit l'aide.

Le pharmacien d'officine est le professionnel de santé le plus à même pour informer, conseiller et quand cela est possible délivrer les aides techniques à sa clientèle, car il a une relation très particulière avec ses patients du fait de la proximité de l'officine, de sa disponibilité. Ce sont surtout les personnes âgées, ainsi que toutes les autres personnes ayant un handicap temporaire ou progressif, souvent livrées à elles-mêmes, à qui deux ou trois aides techniques faciliteront dans une large mesure la vie quotidienne.

La connaissance des aides techniques disponibles en Europe est aujourd'hui favorisée par l'établissement d'une banque de données européennes, Handynet. Le module Handynet comprend quatre sous modules : les handicapés moteurs, les déficients visuels, la communication et les logiciels d'éducation spéciale [55].

# CONCLUSION

Au terme de ce travail, il est possible d'affirmer que tous les pharmaciens d'officine, qu'ils exercent en ville ou à la campagne, doivent se sentir concernés par la question du handicap, car tous ont rencontrés des personnes handicapées dans leur activité officinale. L'attente des patients fréquentant la pharmacie est grande et le pharmacien doit savoir maintenir un lien privilégié avec la personne handicapée.

C'est pourquoi, l'accueil est un point primordial. L'équipe officinale devrait avoir à l'esprit les notions suivantes : accueil, qualité et service, trois qualités permettant d'entretenir une relation de confiance entre le pharmacien ou un autre membre de l'équipe officinale et la personne handicapée ou non. Le pharmacien d'officine bénéficie d'un avantage non négligeable : il voit les patients tous les mois, ce qui lui permet de les « suivre » régulièrement et augmente les chances qu'ils se familiarisent rapidement avec le pharmacien et son environnement.

Les pharmaciens doivent aller au-devant des interrogations des personnes handicapées ou de leurs familles. Chaque pharmacien a la possibilité d'informer les personnes handicapées sur les lieux où ces dernières pourront trouver des informations sur les aides financières, les aides à domicile, les modes de prise en charge, ...

Au handicap est lié la possibilité de développer un service supplémentaire : le matériel à domicile. Etant donné le nombre de personnes porteuses d'un handicap en France (10% de la population), il serait intéressant pour le pharmacien d'étendre ses activités/services : produits pour incontinence urinaire, aides techniques, ...

Pour cela, une officine se doit d'être accessible. Des normes bien spécifiques sont à respecter et tout bâtiment recevant du public doit être rendu accessible avant 2015 et a jusqu'en 2011 pour établir un diagnostic de son état d'accessibilité. Ces dates sont, certes, très tardives pour toutes les personnes handicapées, mais très proches pour un grand nombre d'établissements recevant du public.

Devant cette lacune qui a eu comme effet positif de faire cette recherche, j'ai traité les différents conseils que peut aborder le pharmacien d'officine face au désagrément qu'endure la personne handicapée.

Cette recherche a permis de révéler un manque d'informations des pharmaciens sur les différents handicaps, ainsi qu'un manque d'accessibilité des officines. Il est important de

souligner trois points essentiels : le plan incliné, la rampe d'accès et le comptoir à hauteur adaptée.

Un autre point, soulevé par plusieurs pharmaciens ayant répondu à l'enquête, est le problème de stationnement devant certaines officines. Pour permettre à chaque personne handicapée d'accéder à la pharmacie, il faudrait au moins une place de stationnement pour personne handicapée. Or, malgré des demandes auprès des administrations, certains professionnels n'ont pas l'autorisation d'élargir le trottoir, d'installer une pente d'accès, ...

Enfin, la formation des pharmaciens d'officine sur le thème du handicap est capitale. Au cours de mes années universitaires, nous n'avons jamais abordé cet aspect. Il me paraît important et primordial, afin de mieux appréhender le handicap, que ce thème soit abordé de façon simple au cours des études de pharmacie. Un module sur le rôle qu'a le pharmacien face au handicap serait intéressant pour chacun, personnellement et professionnellement.

# Bibliographie

1. **Actualités sociales hebdomadaires.** 6 juillet 2007 n°2516 ; 23-28
2. **Amarengo G., Chantraine A.** Les fonctions sphinctériennes, *éditions springer*, juillet 2006 ; 237 ; 304
3. **Amiot F.** Pharmacien d'officine : Conseil et Handicap. *Thèse de pharmacie Angers.* 1998 ; 3-4
4. **Annexe 2-5 du CASF.** référentiel pour l'accès à la PCH, 10p, Août 2007
5. **Bargues M.L.** Mal entendre au quotidien, *Ed. Odile Jacob*, 1992 ; 46-47
6. **Barrois B., Heitler L., Ribinik P.** L'escarre, les basiques, *Asymptote*, 1999
7. **Berveiller A.** Comment vivre avec un aveugle de la naissance au 4<sup>ème</sup> âge ?, *éditions Josette Lyon*, Janvier 2001 ; 20-25
8. **Brouard C., Roussel P.** Handicap en chiffres 2005. *CTNERHI*, 2005
9. **Callanquin J., Camuzeaux C., Labrude P.** Le matériel de MAD, édition *Masson*, Mars 1998 ; 54 ; 71 ; 131 ; 135-140
10. **Cathelineau X., Vallancien G.** Troubles urinaires de l'adulte, *édition Masson*, 2001 ; 178-179
11. **Classification Internationale des Handicaps : déficiences, incapacités et désavantages.** Un manuel de classification des conséquences des maladies. *Inserm/CTNERHI*, 1988
12. **Code de l'action sociale et des familles :** articles L232-1 à L232-28
13. **Code de l'action sociale et des familles :** article L241-3-1, R241-12 à R241-15
14. **Collin D., Barrois B., Pélissier J.** L'escarre, *édition Masson*, février 1998 ; 130 ; 192 ; 258
15. **Commission Tourisme et Handicaps.** Comment accueillir la clientèle handicapée ?, *Fédération Nationale des Comités Départementaux du Tourisme*, juin 2004 ; 11 p
16. **Conférence de consensus.** Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé, *société française francophone des plaies et cicatrisation*, 15 et 16 novembre 2001 ; 32 p
17. **Corpus de gériatrie.** Incontinence urinaire et fécale du sujet âgé, janvier 2000 ; 109-119
18. **Dagues F., Costa P.** Traitements médicamenteux des troubles vésico-sphinctériens, *La revue du Praticien*, Novembre 1999 ; 37-41

- 19. Décret n°2001-1084 du 20 novembre 2001 relatif aux modalités d'attribution de la prestation et au fonds de financement 34. JORF n°32 du 7 février 2007 page 2335 texte n° 23**  
 Arrêté du 5 février 2007 modifiant l'arrêté du 13 mars 2006 relatif aux critères d'appréciation d'une mobilité pédestre réduite et de la perte d'autonomie dans le déplacement
- 20. Delcey M.** Déficiences motrices et handicaps, *APF*, 1996 ; 129-135
- 21. Delcey M.** Notion de handicap : la classification internationale des handicaps. *APF*, 2002, 3-8
- 22. Dorosz Ph.** Guide pratique des médicaments, *édition Maloine*, 2007 ; 1534-1540
- 23. Enjalbert M., Abric M., Cazalet G., Nouvel F., Grau S., Jacquot J-M.** Aides techniques et matériel d'assistance en gériatrie, *édition Masson*, 2002 ; 13
- 24.** Enquête Handicap-incapacités-dépendance. *Insee*, 1998 et 1999
- 25. Femmes et Hommes.** Regards sur la parité, *Insee*, 2004
- 26. Galliac Alanbari S.** Rééducation périnéale féminine mode d'emploi, *éditions Robert Jauze*, février 2005 ; 33 ; 56-57 ; 63-66 ; 123-125
- 27. Goust J.** Guide des aides techniques pour les malentendants et les sourds, *collection Néret*, 2003 ; 162
- 28. Grosbois L.P.** Handicap et construction, *6<sup>e</sup> édition éditions le moniteur*, novembre 2003 ; 65-100
- 29. Guéniot C.** Les multiples facettes du handicap, 2007
- 30. Guide des civilités à l'usage des gens ordinaires.** Vivre ensemble. *Brochure délivrée par la mairie de Nantes*
- 31. Guide Néret.** Droit des personnes handicapées. *CTNERHI*, 2006 ; 3-4 ; 11-14 ; 19-22 ; 263
- 32. Hamonet C.** L'expertise médicale et le handicap. *Actualités du droit de la réparation du dommage corporel*, 2005 ; 118-124
- 33. Handicap, Incapacité, Dépendance.** Evaluation clinique et fonctionnelle d'un handicap moteur, cognitif ou sensoriel, *édition Masson*, 2002, item 49 ; 3-30
- 34. JORF n°32 du 7 février 2007.** Arrêté du 5 février 2007 modifiant l'arrêté du 13 mars 2006 relatif aux critères d'appréciation d'une mobilité pédestre réduite et de la perte d'autonomie dans le déplacement, texte n°23 ; p 2335

- 35. JORF n°116 du 19 mai 2006.** Arrêté du 13 mars 2006 relatif aux critères d'appréciation d'une mobilité pédestre réduite et de la perte d'autonomie dans le déplacement, texte n°17 ; p 7382
- 36. JORF n°195 du 24 août 2006.** Arrêté du 1<sup>er</sup> août 2006 fixant les dispositions prises pour l'application des articles R.111-19 à R.111-19-3 et R.111-19-6 du code de la construction et de l'habitation relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées des établissements recevant du public et des installations ouvertes au public lors de leur construction ou de leur création, texte n°14 ; p 12459
- 37. Kornmann V.** Législation en faveur des personnes handicapées, *APF*, 2002 ; 413-444
- 38. Lafon R.** Vocabulaire de psychopédagogie et de psychiatrie de l'enfant, *Ed.Presses Universitaires de France*, 1973 ; 347-355.
- 39. Lafosse P., Challier G.** Comment vivre avec un malentendant ?, *éditions Josette Lyon*, Avril 1997 ; 33
- 40. Le maire Y., Delcey M.** Escarres et autres complications de l'immobilisation, *APF*, 2002 ; 8 p
- 41. Le moniteur des pharmacies et des laboratoires.** L'escarre, *cahier II du n°2376*, Décembre 2000
- 42. Le moniteur des pharmacies et des laboratoires.** L'incontinence masculine, *Cahier conseil du n°2617*, Février 2006 ; 6-7
- 43. Loi n°75-534 du 30 juin 1975.** Article 1<sup>er</sup>
- 44. Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001** relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie
- 45. Loi n°2002-73 du 17/01/02** de modernisation sociale, art.53 JO Lois et décrets du 18/01/02
- 46. Mc Fee S.** Choisir une aide technique, *APF*, 2002
- 47. Ministère de la Santé de la Jeunesse et des Sports – DRESS.** Le handicap auditif en France : plus de 5 millions affectées, Insee, août 2007
- 48. OMS.** Classification internationale, du fonctionnement, du handicap et de la santé, 2000 ; 220 p
- 49. Petit Larousse de la médecine.** *Ed. Larousse*, 2007 ; 588
- 50. Pr Haab F.** Rapport sur le thème de l'incontinence urinaire, *Ministère de la Santé et des Solidarités*, Avril 2007 ; 20-25 ; 29 ; 35
- 51. Rapport Aides techniques.** Situation actuelle, Données économiques, Propositions de classification et de prise en charge, Mars 2003. Professeur D. LECOMTE, 270p

- 52. Vidal 2007**
- 53. Villain H.** Prise en charge et Accompagnement à l'Officine de la Personne Blessée Médullaire. *Thèse de pharmacie Nantes*.2004 ; 12-13 ; 61-64
- 54. Ville I., Ravaud J.F., Letourmy A.** La situation des personnes handicapées en France : une population à plusieurs visages. *Problèmes politiques et sociaux*, 2003 ; 892 : 61-64
- 55. Zribi G., Poupée-Fontaine D.** Dictionnaire du handicap. *ENSP*, 2007 ; 34 ; 30 ; 61 ;158
- 56.** <http://www.caf.fr/catalogueaah/>, consulté le 11/11/07
- 57.** <http://www.handicap38.org/download/mardi%20MDPH%2031-01-06.pdf>, consulté le 22/12/07
- 58.** [http://www.handicap.gouv.fr/article.php3?id\\_article=552](http://www.handicap.gouv.fr/article.php3?id_article=552), consulté le 22/12/07
- 59.** <http://www.handroit.com/actp.htm>, consulté le 17/05/08

## **Table des illustrations**

Figure 1 : Modèle de Wood

Figure 2 : Classification Internationale des Déficiences, Incapacités et Handicaps

Figure 3 : Aperçu de la CIH-2

Figure 4 : Diverses approches du handicap selon l'âge (en %)

Figure 5 : Cheminement

Figure 6 : Pente

Figure 7 : Guichet

Figure 8 : Sanitaires

Figure 9 : Lavabos

Figure 10 : Parking

Figure 11 : Apareils à CB

Figure 12 : Incontinence urinaire chronique organique : causes principales [17]

Figure 13 : Incontinence urinaire : les causes iatrogènes [17]

Figure 14 : Etui pénien

Figure 15 : Poche collectrice

Figure 16 : Sonde urinaire

Figure 17 : Protection anatomique

Figure 18 : Change complet

Figure 19 : Protection avec ceinture

Figure 20 : Slip absorbant

Figure 21 : Classification des médicaments laxatifs

Figure 22 : Supports pour la prévention t le traitement de l'escarre

Figure 23 : Coussins anti-escarres

Figure 24 : Les traitements locaux : Stratégies thérapeutiques face à l'escarre

# ANNEXES

## Lettre d'explication accompagnant le questionnaire

Rouxel Amandine  
23 rue de la victoire  
44300 Nantes  
06.63.51.86.34  
[mandidina@yahoo.fr](mailto:mandidina@yahoo.fr)

Nantes, le 9 /05/2006

Madame, Monsieur,

Actuellement étudiante en 5<sup>ème</sup> année de pharmacie à Nantes, je prépare ma thèse avec Mme Ballereau, Professeur en Pharmacie clinique et Santé Publique. Mon travail a pour objectif de mieux connaître et de **développer les relations entre le pharmacien d'officine et les personnes handicapées (handicaps moteurs, visuels et auditifs principalement).**

Afin de mener à bien ce projet, je vous serais très reconnaissante de bien vouloir renseigner le questionnaire ci-joint (temps évalué à 5 minutes), et de me le retourner par fax au 0299630419 à l'attention d'Amandine Rouxel, avant le /0 /2006, délai de rigueur.

Je reste à votre disposition pour tous renseignements complémentaires et je vous remercie par avance de votre participation.

Veillez recevoir, Madame, Monsieur, l'expression de ma respectueuse considération.

Amandine Rouxel



### **3. LE PHARMACIEN FACE AU HANDICAP**

#### **3.1- La personne handicapée\* :**

- vient seule  
 est accompagnée par :  parents/famille  
 amis  
 autres  
 ne vient pas (un tiers vient à sa place)

#### **3.2- Le patient/client attend-il des informations de votre part ?**

- oui  non

Si oui, dans quels domaines\* :

- informations sur les médicaments  
 informations sur les appareillages et les aides techniques  
(fauteuils roulants, béquilles, ....)  
 informations sur les aides financières (COTOREP...)  
 informations sur les associations existantes  
 informations sur la vie au quotidien

#### **3.3- Disposez-vous des éléments de réponse ?**

- oui  non

Si non, pourquoi ?

.....  
.....  
.....

#### **3.4- La personne handicapée vous fait-elle part de sa satisfaction du service rendu par vos soins ?**

- oui  non

### **4. L'ACCUEIL**

#### **4.1- Vous sentez-vous à l'aise face à une personne handicapée ?**

- oui  non

Si non, pourquoi :

- impressionné/surpris par le handicap  
 méconnaissance du handicap  
 autres : .....

#### **4.2- La personne handicapée semble-t-elle être satisfaite de l'accueil qui lui est réservé ?**

- oui  non

---

\* plusieurs réponses possibles



**Nom-Prénoms : ROUXEL Amandine, Marie**

**Titre de la Thèse :**

**ROLE DU PHARMACIEN D'OFFICINE FACE AU HANDICAP :  
Accueil, Conseils et Accessibilité**

---

**Résumé de la Thèse :**

Handicap, mot simple mais si complexe à définir. Apparu pour la première fois au 17<sup>ème</sup> siècle, ce n'est qu'au 20<sup>ème</sup> siècle que ce mot est utilisé pour la première fois dans le droit français. Dans une première partie, le travail de recherche présente la classification internationale du handicap et les différentes étiologies du handicap. Puis dans une seconde partie, les lois en lien avec le handicap, les aides financières et les normes d'accessibilité sont abordés. Ensuite dans une troisième partie, les témoignages de personnes handicapées et une enquête réalisée auprès de pharmaciens d'officine sont analysés. Enfin une dernière partie traite de l'accueil et des conseils d'un pharmacien d'officine auprès d'une personne handicapée (complications médicales).

---

**MOTS CLÉS : HANDICAP      CONSEILS A L'OFFICINE  
ACCUEIL      ACCESSIBILITE      LEGISLATION  
ENQUETE**

---

**Adresse de l'auteur :**

**44 rue du Général de Gaulle, 35550 PIPRIAC**