



HAL
open science

La prise en charge des handicaps moteurs et sensoriels à l'officine

Anne Drouadaine

► **To cite this version:**

Anne Drouadaine. La prise en charge des handicaps moteurs et sensoriels à l'officine. Sciences pharmaceutiques. 2013. dumas-00926974

HAL Id: dumas-00926974

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00926974>

Submitted on 10 Jan 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**UNIVERSITE DE ROUEN
UFR DE MEDECINE ET DE PHARMACIE**

Année 2013

N°

THESE

pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement le 15 octobre 2013

par

Anne Drouadaine

Née le 06/12/1988 à Rouen

***La prise en charge des handicaps moteurs et
sensoriels à l'officine***

Président du jury : Mme CHEMTOB-CONCE Marie-Catherine, Maître de
Conférences

Membres du jury : Mme SEGUIN Elisabeth, Professeur
Mme BERTHEUIL Sylvie, Docteur en Pharmacie

**UNIVERSITE DE ROUEN
UFR DE MEDECINE ET DE PHARMACIE**

Année 2013

N°

THESE

pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement le 15 octobre 2013

par

Anne Drouadaine

Née le 06/12/1988 à Rouen

***La prise en charge des handicaps moteurs et
sensoriels à l'officine***

Président du jury : Mme CHEMTOB-CONCE Marie-Catherine, Maître de
Conférences

Membres du jury : Mme SEGUIN Elisabeth, Professeur
Mme BERTHEUIL Sylvie, Docteur en Pharmacie

Remerciements

Je tiens à remercier grandement Madame Chemtob-Conce pour son enthousiasme dès le début de mon projet et son accompagnement ces derniers mois.

Je souhaite remercier Madame Seguin d'avoir accepté de juger mon travail.

Je souhaite remercier et exprimer toute ma gratitude à Madame Bertheuil pour avoir accepté de faire partie de ce jury et m'avoir appris le beau métier de pharmacien tout au long de mon stage. Je souhaite remercier par la même occasion Monsieur Bertheuil et toute l'équipe de la pharmacie pour m'avoir si bien accueillie et formée durant six mois.

Je tiens également à remercier toute l'équipe du laboratoire de génétique moléculaire qui m'a accueillie chaleureusement par deux fois dans ses murs.

Enfin, je suis très reconnaissante aux pharmaciens qui ont accepté de faire partie de cette enquête.

Je dédie cette thèse :

À mes parents, pour avoir toujours cru en moi, pour votre soutien moral et toute l'aide que vous avez su m'apporter durant ces sept ans.

À mon amour Jean-François pour avoir enduré mes crises de stress sans broncher durant ces six dernières années et avoir pris soin de moi.

À mes amis de la faculté qui m'ont fait passer de si belles années.

À mes 3 piliers d'amitié depuis plus de 20 ans : Benjamine, Gaëlle et Ophélie, pour nos longues discussions tardives et animées et pour votre soutien tout au long de ces 20 ans.

À Mamie et Papy, je pense souvent à vous.

À Jean, tu me manques, j'aurai voulu que tu saches que j'ai réussi.

Par délibération en date du 3 Mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

ANNEE UNIVERSITAIRE 2012 - 2013
U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Bernard PROUST

DOYENS HONORAIRES : **Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. PIGUET – C. THUILLEZ**

PROFESSEURS HONORAIRES : **MM. M-P AUGUSTIN - J.ANDRIEU-GUITRANCOURT - M.BENOZIO-**

J.BORDE - Ph. BRASSEUR - R. COLIN - E. COMOY - J. DALION -. DESHAYES - C. FESSARD – J.P FILLASTRE - P.FRIGOT -J. GARNIER - J. HEMET - B. HILLEMAND - G. HUMBERT - J.M. JOUANY - R. LAUMONIER – Ph. LAURET - M. LE FUR – J.P. LEMERCIER - J.P LEMOINE - Mle MAGARD - MM. B. MAITROT - M. MAISONNET - F. MATRAY - P.MITROFANOFF - Mme A. M. ORECCHIONI - P. PASQUIS - H.PIGUET - M.SAMSON – Mme SAMSON-DOLLFUS – J.C. SCHRUB - R.SOYER - B.TARDIF - .TESTART - J.M. THOMINE – C. THUILLEZ - P.TRON - C.WINCKLER - L.M.WOLF

I - MEDECINE

PROFESSEURS

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie Plastique
M. Bruno BACHY	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques BENICHOU	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
M. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD (Surnombre)	HCN	Médecine et santé au Travail

M. François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Alain CRIBIER (Surnombre)	HCN	Cardiologie
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
M. Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean - Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale
M. Stéfan DARMONI	HCN	Informatique Médicale/Techniques de communication
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Jean DOUCET	HB	Thérapeutique/Médecine – Interne - Gériatrie.
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépatologie – Gastro - Entérologie
M. Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie Orthopédique - Traumatologique
M. Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mlle Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGER	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel GODIN	HB	Néphrologie
M. Philippe GRISE	HCN	Urologie
M. Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
M. Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal JOLY	HCN	Dermato - vénéréologie
M. Jean-Marc KUHN	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie cytologie pathologiques
M. Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile

M. Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mlle Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
M. Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie Cardiaque
M. Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. Eric MALLET (<i>Surnombre</i>)	HCN	Pédiatrie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mlle Isabelle MARIE	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	ORL
M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépto - Gastro - Entérologie
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive
M. Bruno MIHOUT (<i>Surnombre</i>)	HCN	Neurologie
M. Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
M. Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
M. Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc PERON	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
M. Christian PFISTER	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
M. François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie et méd. du dévelop. et de la reprod.
M. Jean-Christophe RICHARD (<i>Mise en dispo</i>)	HCN	Réanimation Médicale, Médecine d'urgence
M. Horace ROMAN	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto – Gastro
Mme Céline SAVOYE – COLLET	HCN	Imagerie Médicale

M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mle Florence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. François TRON (<i>Surnombre</i>)	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
M. Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie Réanimation chirurgicale
M. Pierre VERA	C.B	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
M. Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mme Catherine HAAS-HUBSCHER	HCN	Anesthésie - Réanimation chirurgicale
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie Cellulaire
Mme Lucie MARECHAL-GUYANT	HCN	Neurologie
M. Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie

M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire
M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
M. Francis ROUSSEL	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mme Cristina BADULESCU	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
M. Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX	Physiologie
M. Paul MULDER	Sciences du médicament
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mlle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mlle Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mlle Isabelle DUBUC	Pharmacologie

Mme Roseline DUCLOS	Pharmacie Galénique
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. François ESTOUR	Chimie Organique
M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mlle Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et Mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
M. Rémi VARIN (MCU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEUR ASSOCIE

Mme Sandrine PANCHOU	Pharmacie Officinale
-----------------------------	----------------------

PROFESSEUR CONTRACTUEL

Mme Elizabeth DE PAOLIS	Anglais
--------------------------------	---------

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Mazim MEKAOUI	Chimie Analytique
Mlle Virginie OXARAN	Microbiologie
M. Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Melle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
M. Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
M. Roland CAPRON	Biophysique
M Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation, Economie de la Santé
Mle Elisabeth CHOSSON	Botanique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS

M. Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Pierre **FAINSILBER** UFR Médecine générale

M. Alain **MERCIER** UFR Médecine générale

M. Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS :

M Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

MAITRES DE CONFERENCES

M. Sahil **ADRIOUCH** Biochimie et biologie moléculaire
(Unité Inserm 905)

Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** Biochimie et biologie moléculaire
(UMR 1079)

Mme Carine **CLEREN** Neurosciences (Néovasc)

Mme Pascaline **GAILDRAT**

Génétique moléculaire humaine
(UMR 1079)

M. Antoine **OUVRARD-PASCAUD**

Physiologie (Unité Inserm 1076)

Mme Isabelle **TOURNIER**

Biochimie (UMR 1079)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Serguei **FETISSOV**

Physiologie (Groupe ADEN)

Mme Su **RUAN**

Génie Informatique

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre HENRI BECQUEREL

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

Sommaire

Introduction	20
1 ^{ère} partie : Le handicap et son cadre juridique	22
I- Le handicap	22
A- Origine du mot « handicap »	22
B- Histoire du handicap	22
C- Définitions et classification du handicap	23
1) Définitions.....	23
2) La Classification Internationale des Handicaps (CIH)	24
3) La Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé ..	25
D- Épidémiologie et étiologie des handicaps	27
1) Épidémiologie des handicaps.....	27
2) Étiologie des handicaps.....	33
II- Le cadre légal et institutionnel	36
A- Les lois fondamentales	36
B- Le dispositif institutionnel	40
C- Les allocations aux personnes handicapées.....	43
III- Les normes réglementaires en terme d'accessibilité	54
A- L'accessibilité des établissements recevant du public.....	55
1) Législation.....	55
2) Sanctions encourues en cas de non-respect	57
3) Règles à mettre en œuvre	58
B- Les cartes de transport	66
1) La carte d'invalidité civile	66
2) La carte de priorité pour personnes handicapées	67
3) La carte européenne de stationnement	67
C- Le baromètre APF de l'accessibilité.....	69

2 ^{ème} partie : Le rôle du pharmacien d'officine face au handicap	71
I- Questionnaire et traitement des résultats.....	71
A- Objectif de l'enquête :	71
B- Méthodologie :.....	71
1) Définition de l'échantillon et déroulement de l'enquête :	71
2) Le questionnaire :.....	72
C- Résultats :	73
D- Analyse et discussion :	75
II- Rôle du pharmacien d'officine dans la prise en charge des handicaps	79
A- Accueil.....	79
1) Accueil des personnes handicapées moteurs	80
2) Accueil des personnes handicapées visuelles	80
3) Accueil des personnes handicapées auditives.....	81
B- Conseils aux personnes handicapées	82
1) Les troubles sphinctériens (ou incontinence).....	82
2) La spasticité	98
3) Les escarres	105
4) L'accompagnement psychologique	115
C- Les aides techniques	115
1) Définition et classification	115
2) Dispensation à l'officine	118
3) Choix d'une aide technique à l'officine.....	119
4) Financement d'une aide technique.....	120
Conclusion.....	122
Bibliographie.....	124
Table des illustrations.....	131

Liste des abréviations

AAH : Allocation aux Adultes Handicapés

ACT : Adjustable Continence Therapy

ACTP : Allocation Compensatrice pour Tierce Personne

AEEH : Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

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

AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources

AJPP : Allocation Journalière de Présence Parentale

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

APF : Association des Paralysés de France

ATU : Autorisation Temporaire d'Utilisation

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

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

CDES : Commission Départementale d'Education Spéciale

CERAH : Centre d'Etudes et de Recherche sur l'Appareillage des Handicapés

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

CIF : Classification Internationale du Fonctionnement

CIH : Classification Internationale des Handicaps

CIN : Carte d'Invalidité

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

COTOREP : Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel

CRA : Commission de Recours à l'Amiable

dB : décibel

DCI : Dénomination Commune Internationale

DMLA : Dégénérescence Maculaire liée à l'Age

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EEE : Espace Economique Européen

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

ERP : Etablissement Recevant du Public

GEVA : Guide d'Evaluation des besoins de compensation de la personne handicapée

GIC : Grand Invalide Civil

GIG : Grand Invalide de Guerre

GIR : Groupe Iso-Ressources

HPST : Hôpital-Patient-Santé-Territoire

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

JORF : Journal Officiel de la République Française

LPPR : Liste des Produits et Prestations Remboursables

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MSA : Mutualité Sociale Agricole

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

PAVE : Plan de mise en Accessibilité de la Voirie et des Espaces publics

PCH : Prestation de Compensation du Handicap

PMR : Personnes à Mobilité Réduite

PPC : Plan Personnalisé de Compensation

PVC : Polychlorure de vinyle

RQTH : Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé

SS : Sécurité Sociale

TVA : Taxe sur la Valeur Ajoutée

VPH : Véhicule pour Personnes Handicapées

Introduction

Les personnes autrefois « infirmes », « invalides », « paralysées », « mutilées » ou encore « inadaptées » sont désormais des personnes « en situation de handicap ». Cette évolution du langage, en grande partie due à l'action des milieux associatifs et professionnels spécialisés, a pour volonté première d'abolir la symbolique péjorative et dévalorisante de ces termes, mais également de concrétiser le fait que l'environnement joue un rôle considérable dans la notion de handicap. En effet, le handicap est souvent majoré du fait de l'exclusion sociale qu'il engendre.

En 1987, Robert Francis Murphy, anthropologue et professeur à l'université de Columbia, a écrit : « Les handicapés à long terme ne sont ni malades ni en bonne santé, ni vivants ni morts, ni en dehors de la société ni pleinement à l'intérieur. » L'enjeu consistant à inclure de manière complète les personnes en situation de handicap au sein de notre société est toujours d'actualité. D'autant plus que le cadre de vie actuel et le vieillissement progressif de la population conduisent à une diminution de l'autonomie et de conservation des capacités et génèrent de nouveaux handicaps de plus en plus fréquents.

Depuis la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire du 21 juillet 2009, la profession de pharmacien a profondément évolué et le pharmacien est désormais invité à s'impliquer dans la prise en charge globale des malades en participant notamment à l'éducation thérapeutique des patients, à la prévention sanitaire et à l'orientation dans le système médico-social. Il est également un acteur capital de la coordination entre professionnels de santé. Comment les pharmaciens d'officine peuvent-ils accompagner les personnes handicapées face aux difficultés quotidiennes ? Les pharmacies sont-elles accessibles aux personnes en situation de handicap moteur, visuel ou auditif ? Les pharmaciens sont-ils en mesure de fournir les aides nécessaires ?

L'objectif de cette thèse est d'évaluer le rôle actuel des pharmaciens d'officine auprès des personnes porteuses d'un handicap et de définir les éventuelles améliorations à y apporter.

En premier lieu, nous retracerons l'histoire du terme handicap et découvrirons son importance croissante dans la législation et les institutions françaises. Nous effectuerons ensuite un rappel des normes d'accessibilité réglementaires obligatoires définies par la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005.

Dans une seconde partie, l'enquête menée auprès de pharmaciens d'officine de Seine-Maritime soulèvera certaines interrogations auxquelles nous tenterons d'apporter des réponses. Nous nous pencherons sur les conseils d'accueil à l'officine des personnes en situation de handicap et des conseils de prise en charge aux personnes handicapées relatifs à des troubles fréquents clôtureront cet exposé.

1^{ère} partie : Le handicap et son cadre juridique

Ce premier chapitre va permettre de définir dans une première sous-partie le handicap dans son ensemble, puis d'exposer dans une seconde sous-partie le cadre juridique et institutionnel qui l'encadre. Enfin une troisième sous-partie rappellera les normes d'accessibilité qui doivent être mises en œuvre dans les établissements recevant du public dont les pharmacies d'officine font partie.

I- Le handicap

Cette première partie abordera dans un premier temps l'origine du mot « handicap » et son évolution au cours de l'Histoire. La définition du handicap sera ensuite précisée ainsi que les différentes classifications ayant été émises. Enfin un dernier chapitre exposera des notions d'épidémiologie et d'étiologie des différents handicaps.

A- Origine du mot « handicap »

L'origine du terme 'handicap' remonte au début du 19^{ème} siècle. C'est Lord Byron qui l'utilisa le premier à propos de courses de chevaux. Il signifiait alors littéralement « main dans le chapeau ». L'objectif des courses à handicap était d'égaliser les chances des concurrents en affectant un handicap de poids aux chevaux jugés les meilleurs. Le résultat de ces courses en devenait donc imprévisible et aussi aléatoire que si les noms des vainqueurs étaient tirés dans un chapeau. Ainsi naquirent ensemble les notions de handicap et d'égalité des chances.¹

B- Histoire du handicap

Utilisé dans le sport ou encore la littérature française par André Maurois et André Gide, participant de fait à en réduire la connotation stigmatisante, le terme handicap est intégré dans le dictionnaire de l'Académie française dès 1913. Durant les années 1923 et 1924, après la fin de la première guerre mondiale, deux lois d'obligation d'emploi concernant

¹ Larousse P. Grand dictionnaire universel du XIX^{ème} siècle, 1867, disponible sur <http://gallica.bnf.fr>

les mutilés de guerre sont votées. Elles marquent le début d'un principe de discrimination positive à l'emploi des personnes handicapées. Le terme handicap est ensuite repris par les milieux sociaux et médicaux dans les années 1950.²

Parallèlement, il apparaît pour la première fois dans le droit français en 1957 en association au mot travailleur dans une loi sur le reclassement professionnel des travailleurs handicapés, qui introduit la notion de réadaptation fonctionnelle et de rééducation professionnelle. Plus tard, il sera repris dans les lois françaises.

C- Définitions et classification du handicap

1) Définitions

Quelques mois plus tard, le 9 décembre 1975, l'Assemblée générale de l'ONU (Organisation des Nations Unies) adopte la Déclaration sur les droits des personnes handicapées, qui définit des normes en faveur de l'égalité de traitement de ces personnes et de leur accès à des services permettant l'accélération de leur insertion sociale. Le texte donne la première définition internationale du handicap : « Article 1 – Le terme « handicapé » désigne toute personne dans l'incapacité d'assurer par elle-même tout ou partie des nécessités d'une vie individuelle ou sociale normale, du fait d'une déficience, congénitale ou non, de ses capacités physiques ou mentales ». Cette déclaration précise qu'une personne handicapée « a les mêmes droits fondamentaux que ses concitoyens du même âge, ce qui implique en ordre principal celui de jouir d'une vie décente, aussi normale et épanouie que possible ».³

En 1980, une définition du handicap donnée par le rhumatologue Philip Wood est retenue par l'OMS (Organisation mondiale de la Santé) : « Le handicapé est un sujet dont l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit

² **Hamonet Cl.**, Les personnes handicapées, Paris, PUF, 2006

³ Déclaration des droits des personnes handicapées, proclamée par l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies le 9 décembre 1975 (résolution 3447) [en ligne] Disponible sur http://dcalin.fr/internat/declaration_droits_personnes_handicapees.html

congénitalement soit sous l'effet de l'âge, d'une maladie ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou occuper un emploi s'en trouvent compromises. »

2) La Classification Internationale des Handicaps (CIH)

L'OMS publie la même année la Classification Internationale des Handicaps (CIH) élaborée par P. Wood afin d'évaluer les conséquences des maladies et de connaître les motifs de consultation, de réaliser des enquêtes épidémiologiques, et finalement d'adapter les services de santé. Déclinée en trois niveaux : la déficience, l'incapacité et le désavantage, cette classification vise à dégager le handicap du seul champ médical en soulignant notamment l'influence de l'environnement sur le handicap.⁴

P. Wood décrit le handicap de manière tridimensionnelle :

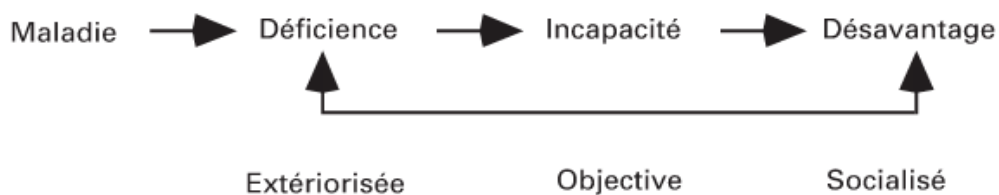


Figure 1 : Modèle de Wood

- la maladie engendre une **déficience** correspondant à une altération ou une perte d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique. Il s'agit de la conséquence extériorisée d'un événement. Elle correspond à l'aspect lésionnel du handicap. La prise en charge est médicale.
- l'**incapacité**, résultant de la déficience correspond au degré d'altération (réductions partielles ou totales) de la capacité d'action ou de comportement de l'individu. Elle correspond à l'aspect fonctionnel du handicap. La prise en charge est rééducative (kinésithérapie, appareillage, aides techniques).

⁴ Denormandie P., De Wilde D., Mieux connaître les besoins de la personne handicapée, Les Guides de l'AP-HP, Ed. Lamarre, 2001

- le **désavantage** résulte de la déficience ou de l'incapacité et de l'environnement. En effet il s'agit d'une notion de comparaison : le désavantage par rapport à une norme sociale se traduit par la limitation ou l'interdiction de l'accomplissement d'un rôle social normal (insertion sociale, scolaire ou professionnelle). Elle correspond à l'aspect situationnel du handicap. La prise en charge est sociale (aides financières, scolarité adaptée...).

Rapidement, des critiques vont être émises à l'encontre de la CIH ; en effet même si la CIH semble être un modèle mixte de par l'introduction du désavantage, en réalité le concept repose sur un modèle essentiellement médical du handicap. En reprenant le schéma, il apparaît nettement dans ce modèle que seule la maladie engendre le handicap. D'autre part, les situations sont le plus souvent décrites de manière négative, et il n'existe que peu d'éléments permettant d'appréhender le désavantage. La CIH devient d'autant plus rapidement obsolète que son usage est complexe de par le contenu et les formulations déroutantes, et que les catégories 'incapacité' et 'désavantage' se chevauchent voire font double emploi.

Finalement, cette première classification internationale des handicaps fait l'objet d'une procédure de révision dès 1997.⁵

3) La Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé

En 2001, la CIF (Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé) est proposée par l'OMS et adoptée par 200 pays. Appelée au départ CIH-2, ses principales évolutions reposent sur le remplacement de l'axe déficience – incapacité – désavantage par deux parties, elles-mêmes comprenant chacune deux composantes :

⁵ Op.cit. réf. 4 : **Denormandie P., De Wilde D.**, Mieux connaître les besoins de la personne handicapée, Les Guides de l'AP-HP, Ed. Lamarre, 2001

- Partie 1 Fonctionnement et handicap
 - Fonctions organiques et structures anatomiques
 - Activités et participation
- Partie 2 Facteurs contextuels
 - Facteurs environnementaux
 - Facteurs personnels

Les facteurs personnels ne sont pas intégrés à la CIH-2 en raison des importantes variations sociales et culturelles qui leur sont associées.⁶

Chaque composante peut être exprimée en termes positifs ou en termes négatifs.

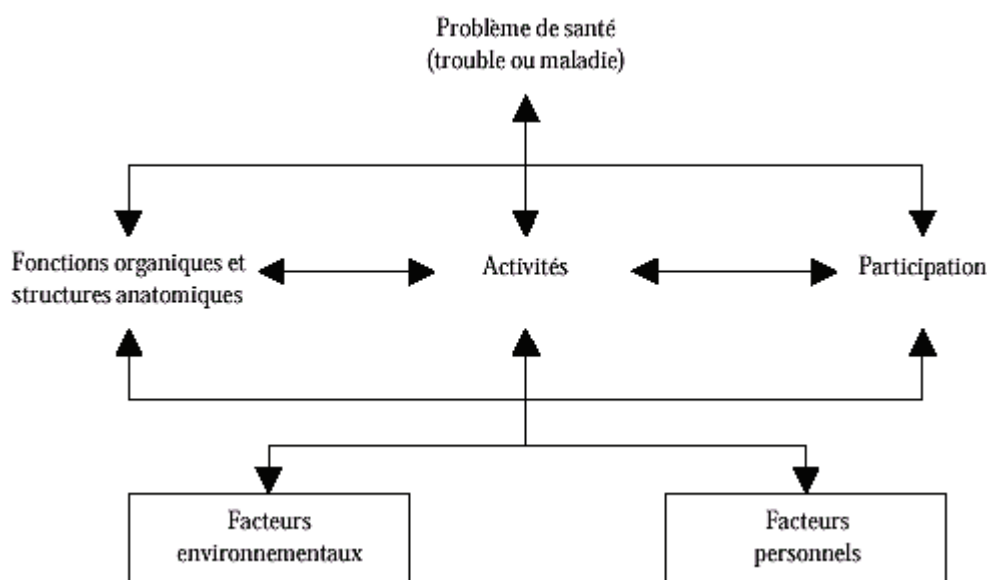


Figure 2 : Aperçu de la CIH-2

Cette classification n'est pas seulement utilisée pour les personnes handicapées.

La CIF décrit dans une première partie « Fonctionnement et handicap » des fonctions organiques (physiologiques et psychologiques) et des structures anatomiques (parties du corps telles que les organes, les membres et leurs composantes) de façon positive en termes

⁶ **Module 4. Handicap, Incapacité, Dépendance**, Evaluation clinique et fonctionnelle d'un handicap moteur, cognitif ou sensoriel, édition Masson, 2002

d'intégrité fonctionnelle ou structurale ou de façon négative en termes de déficience (en cas de dysfonctionnement).

Les activités et participation concernent les domaines de la vie en relation avec ces fonctions organiques ou structures anatomiques. La participation désigne l'implication d'une personne dans une situation de vie réelle. En cas de déficience, il peut y avoir une limitation de l'activité (difficultés que rencontre une personne dans l'exécution de certaines activités), ou une restriction de participation (problèmes qu'une personne peut rencontrer en s'impliquant dans une situation de vie réelle). Cet ensemble peut alors être qualifié de 'handicap'.

La seconde partie « Facteurs contextuels » représente le cadre de vie de la personne. Ils incluent les facteurs environnementaux et les facteurs personnels (non classifiés par la CIF). Les facteurs environnementaux constituent l'environnement physique et social de la personne. Ils peuvent avoir une influence positive ou négative sur les performances de la personne. Il s'agit du milieu de vie dans l'environnement personnel (domicile, travail, école), mais aussi les services et structures sociales.⁷

D- Épidémiologie et étiologie des handicaps

1) Épidémiologie des handicaps⁸

« Combien y a-t-il de personnes handicapées en France ? » Il n'y a pas de données permettant d'appréhender le nombre de personnes handicapées en France, notamment à cause de la définition du terme 'handicap' qui reste imprécise.

⁷ **Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé de l'Organisation Mondiale de la Santé**, Centre Technique National d'Etudes et de Recherche sur les Handicaps et les Inadaptations et le Centre Collaborateur français de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé, 2005 [en ligne]

http://www.ctnerhi.com.fr/coms/pagint/2005_CIFglobal_revu_au_250707.pdf

⁸ **Montaut A.** de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Etudes et résultats n° 717 Santé et recours aux soins des femmes et des hommes, Premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008, février 2010

L'enquête Handicap-Santé, menée conjointement par l'Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques (INSEE) et la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) entre 2007 et 2009, a été conduite sur l'ensemble du territoire, départements d'outre-mer compris, auprès de 30 000 personnes vivant dans un logement ordinaire et près de 9000 personnes vivant en institutions et a permis de recueillir de nouvelles données à propos de l'état de santé de la population française.

Ainsi, en 2008, 75% de la population vivant à domicile se considère en bonne ou très bonne santé. Après 75 ans, seulement 25% de la population se considère en bonne ou très bonne santé.

22% de la population générale déclare une limitation d'activité à cause d'un problème de santé. Ce pourcentage est une moyenne et il augmente en fonction de l'âge en suivant le gradient d'état de santé.

Enfin 39% de la population générale déclare vivre avec une maladie chronique.

D'autre part, 9% de la population interrogée déclare une altération de la fonction motrice, soit 6.2 millions de personnes, et 5% déclare une altération des fonctions sensorielles (problème de vue ou d'audition), soit 3.4 millions de personnes.

Certaines personnes déclarent aussi des difficultés pour les soins personnels. Ainsi 6% de la population déclare un usage ou un besoin de prothèses ou autres appareillages, 8% ont besoin d'aides à la mobilité ou fonctions sensorielles et 5% nécessitent une aide pour les besoins ou les traitements.

Nous allons à présent aborder successivement l'épidémiologie du handicap moteur, visuel et auditif.

a- Le handicap moteur⁹

Le handicap moteur est la conséquence d'une atteinte d'un ou de plusieurs membres. Ce handicap de gravité variable peut être associé à d'autres déficiences.

Ainsi on appelle monoplégie l'atteinte d'un seul membre, tétraplégie l'atteinte de quatre membres ; l'hémiplégie est une atteinte de deux membres d'un même côté tandis que la paraplégie désigne l'atteinte des deux membres inférieures.

Il a de nombreuses origines diverses : cérébrale (par exemple l'infirmité motrice cérébrale), spinale (poliomyélite antérieure aiguë, spina-bifida...), ostéo-articulaire (tuberculose osseuse, polyarthrite rhumatoïde...), vasculaire (suite à une hémorragie cérébrale...) ou encore musculaire (myopathies...).

En fonction du niveau de gravité du handicap moteur, un certain nombre d'aides peut être apporté : domotique, aides techniques, favoriser l'accessibilité, auxiliaires de vie sociale, afin d'améliorer l'autonomie des personnes handicapées moteurs.

b- Le handicap visuel¹⁰

Le handicap visuel résulte de la perte ou de l'inexistence à degrés divers de l'acuité visuelle. Il peut survenir dès l'enfance : affections oculaires héréditaires (glaucomes, dégénérescences rétiniennes) ou non héréditaire (rétinopathie du prématuré, chorioretinite pigmentaire due à la toxoplasmose durant la grossesse). A l'âge adulte, la déficience visuelle peut avoir plusieurs causes : décollement de la rétine, atrophies optiques, rétinopathie diabétique, glaucome, cataracte, dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA).

La fonction visuelle est découpée en quatre catégories d'après la Classification Internationale des Maladies (10^{ème} révision, 2006) : la vision normale, une déficience visuelle modérée, une déficience visuelle grave, la cécité. Les trois dernières catégories représentent l'ensemble des déficiences visuelles.

⁹ Zribi G., Poupée-Fontaine D., Dictionnaire du handicap, 7^{ème} édition, Presses de l'EHESP, novembre 2011

¹⁰ Op.cit. réf. 9

L'OMS a établi une classification des déficiences visuelles en fonction de leur gravité en cinq catégories, en tenant compte d'une part de l'acuité visuelle après correction et d'autre part de l'état du champ visuel :

- catégorie 1 « déficients visuels légers » : acuité visuelle entre 3/10 et 1/10 et le champ visuel de moins de 20 degrés d'ouverture

La personne exécute les tâches quasi-normalement, parfois avec une aide simple.

- catégorie 2 « déficients visuels profonds » : acuité visuelle entre 1/10 et 1/20 et capacité de compter les doigts à 3 mètres

La capacité à effectuer une activité s'appuyant sur la vision est possible avec parfois une aide spécifique, un niveau de vitesse moindre et une fatigabilité plus importante.

Ces deux catégories correspondent à l'amblyopie (ou malvoyance). En France, une personne est considérée malvoyante lorsque son acuité visuelle est inférieure ou égale à 4/10 (meilleur œil, après correction).

La limite entre malvoyance et cécité se situe à 1/20.

- catégorie 3 « cécité partielle » : acuité visuelle entre 1/20 et 1/50 et capacité de compter les doigts à 1 mètre, champ visuel entre 5 et 10 degrés

Il existe une incapacité à effectuer une tâche s'appuyant sur la vision seule, le sujet a recours, même avec des aides, à d'autres facteurs sensoriels.

- catégorie 4 « cécité presque totale » : acuité visuelle entre 1/50 et perception de la lumière, champ visuel de moins de 5 degrés

Le sujet doit avoir recours à d'autres informations sensorielles pour réaliser une activité et s'appuyer sur d'autres techniques.

- catégorie 5 « cécité totale ou amaurose » : pas de perception de la lumière

Le sujet doit s'appuyer totalement sur les autres sens.

Les trois dernières catégories de la classification correspondent à un état de cécité. En France, une personne est donc considérée légalement aveugle dès lors que l'acuité visuelle après correction est inférieure à 1/20 et a un champ visuel réduit à 10 degrés.

c- Le handicap auditif^{11,12}

Le handicap auditif se caractérise par la perte ou l'inexistence de l'acuité auditive. La déficience auditive peut survenir dès la naissance (hérédité, embryopathie rubéolique, toxoplasmose) ou au cours de la vie (séquelles d'otites, oreillons, agressions sonores, vieillissement, ototoxicité médicamenteuse).

Le 1^{er} mai 1997, une classification de la surdité a été établie par le Bureau International d'Audio-Phonologie, association internationale à but scientifique créée en Belgique en 1967. Les surdités sont ainsi classées en fonction du degré de gravité de la déficience en six catégories :

- audition normale ou subnormale : la déficience ne dépasse pas 20 décibels. L'atteinte qui en résulte est sans incidence sociale.
- déficience auditive légère : elle correspond à une perte tonale moyenne comprise en 21 et 40 décibels. La parole normale est perçue mais des difficultés de compréhension peuvent survenir à voix basse ou lointaine. Au-delà d'une perte de 30 décibels chez l'enfant, l'appareillage est possible pour éviter la gêne scolaire.
- déficience auditive moyenne : elle correspond à une perte tonale moyenne comprise entre 41 et 70 décibels. La parole est perçue si on élève la voix. Le sujet comprend mieux en regardant parler la personne. L'appareillage est nécessaire pour éviter les difficultés de compréhension. L'enfant peut présenter des troubles du langage et de l'articulation. La rééducation fait également partie de la prise en charge.

¹¹ Op.cit. réf. 9 : **Zribi G., Poupée-Fontaine D.**, Dictionnaire du handicap, 7^{ème} édition, Presses de l'EHESP, novembre 2011

¹² **Bureau International d'AudioPhonologie**, Classification audiométrique des déficiences auditives, <http://www.biap.org>

- déficience auditive sévère : elle correspond à une perte tonale moyenne comprise entre 71 et 90 décibels. La parole n'est perçue que si la voix est très forte et exprimée proche de l'oreille. Il y a également perception des bruits forts. L'appareillage est indispensable. De plus, pour les enfants, une rééducation et l'utilisation de la lecture labiale vont être mis en place.
- déficience auditive profonde : elle correspond à une perte tonale moyenne comprise entre 91 et 119 décibels. Il n'y a aucune perception de la parole. Seuls les bruits très puissants sont perçus. L'enfant doit être appareillé et recevoir une éducation spéciale afin de ne pas rester mutique (rééducation et utilisation de la lecture labiale).
- déficience auditive totale ou cophose : la perte tonale moyenne est de plus de 120 décibels. Rien n'est perçu.

D'après l'enquête Handicap-Santé, volet Ménages, réalisée en 2008, 11,7% de la population souffrirait de troubles de l'audition dont 1,7 millions ayant exclusivement des troubles à type d'hyperacousie, d'acouphènes, bourdonnements, sifflements, etc... Les résultats de l'enquête permettent d'estimer qu'environ 600 000 personnes ne peuvent pas du tout entendre une conversation à plusieurs personnes, 1,2 millions ont beaucoup de difficultés pour le faire et 2,6 millions ont quelques difficultés. D'après cette même enquête, presque 2 millions de personnes ne portent pas d'appareil auditif mais en auraient besoin, ceci notamment pour des raisons financières (complexité des démarches à effectuer et manque d'informations).^{13,14}

¹³ **Institut national de prévention et d'éducation pour la santé**, Le rapport à la santé des personnes sourdes, malentendantes ou ayant des troubles de l'audition : résultats d'une étude qualitative, 2012

¹⁴ **Cuenot M., Roussel P.**, Centre national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations (CTNERHI), Difficultés auditives et communication. Exploitation des données de l'enquête Handicap-Santé Ménages 2008, Saint-Denis : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), 79 p., 2010

2) Étiologie des handicaps

L'étiologie correspond à l'étude des causes et des facteurs responsables d'une maladie. Nous allons exposer successivement l'étiologie des handicaps moteurs, puis du handicap visuel et enfin du handicap auditif.

a- Étiologie des handicaps moteurs¹⁵

La date d'apparition du handicap constitue un indice important pour définir l'origine du handicap. Ainsi on distingue le handicap congénital du handicap acquis.

Le handicap congénital est celui qui est visible ou dépisté dès la naissance. Les malformations sont toujours congénitales (spina bifida, agénésie d'un membre, phocomélie...).

Le handicap acquis est celui qui survient chez le nourrisson, dans l'enfance ou à l'âge adulte. Certaines maladies pourtant présentes dès la naissance ne seront observées que plus tard, c'est le cas de certaines maladies neuromusculaires par exemple (myopathie de Duchenne, amyotrophies spinales, dystrophies musculaires progressives...). Les blessures traumatiques peuvent également provoquer un handicap acquis, à la suite d'un accident de voiture ou de moto notamment : traumatismes crâniens, blessés médullaires, fractures graves. Des maladies telles que la polyarthrite rhumatoïde, la sclérose en plaque, la sclérose latérale amyotrophique (maladie de Charcot), la poliomyélite, la maladie de Parkinson peuvent conduire à l'apparition d'un handicap moteur. Enfin le vieillissement participe également à la constitution d'un handicap moteur du fait des chutes ou des accidents vasculaires plus fréquents à un âge avancé.

¹⁵ Delcey M., APF, Introduction aux causes du handicap moteur, Déficiences motrices et handicaps, Aspects sociaux, psychologiques, médicaux, techniques et législatifs, troubles associés, Paris : Association des paralysés de France, 499 p., 2002

b- Étiologie du handicap visuel¹⁶

On distingue plusieurs types de déficience visuelle en fonction de l'âge d'apparition du handicap visuel. Dans l'enfance, on distingue quatre pathologies conduisant à un déficit visuel : le glaucome congénital, la cataracte congénitale et deux affections génétiques : la maladie de Stargardt et les rétinopathies pigmentaires.

A l'âge adulte, l'apparition d'un handicap visuel peut être la conséquence d'une autre maladie et d'un traitement mal équilibré : suite à un diabète d'où la nécessité d'un équilibrage du diabète, suite à un glaucome chronique (importance du dépistage systématique et d'un traitement après 50 ans). Pour ces deux pathologies, on note un risque de cécité totale.

La maculopathie myopique forte peut survenir chez des personnes myopes et conduit à un risque de malvoyance par la maculopathie.

Des traumatismes oculaires bilatéraux peuvent être responsables d'un handicap visuel (accident du travail par brûlures bilatérales, agression, accident de la voie publique...).

Enfin, chez le sujet âgé, une pathologie en particulier a été identifiée comme générant un handicap visuel. Il s'agit de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA).

c- Étiologie du handicap auditif¹⁷

Comme pour tous les handicaps, l'âge d'apparition est également un facteur prédictif de l'étiologie pour le handicap auditif. Ainsi, on distingue les surdités de transmission lorsque la surdité est due à un trouble de l'oreille externe ou de l'oreille moyenne, et les surdités de perception provoquées par une atteinte de l'oreille interne.

Parmi les surdités de transmission, plusieurs causes sont mises en évidence :

- une origine génétique : l'otospongiose correspondant à une malformation de l'osselet et entraînant une surdité évolutive
- une origine inflammatoire, séquelle d'otites moyennes aiguës ou chroniques

¹⁶ Larousse P. Larousse médical, 2006

¹⁷ Op.cit. réf. 16 : Larousse P. Larousse médical, 2006

- une origine tumorale
- une origine traumatique : accident, chute, barotraumatisme

Il y a également diverses origines pour les surdités de perception :

- la surdité unilatérale brusque constitue une urgence médicale de pronostic sombre. Elle survient suite à un problème infectieux ou vasculaire.
- une origine congénitale, lors d'infections virales ou parasitaires au cours de la grossesse (rubéole, toxoplasmose...)
- une origine infectieuse, dans le cas où une otite moyenne s'étend à l'oreille interne ou suite à une méningite, rubéole, zona...
- la maladie de Ménière caractérisée par l'association de vertiges, acouphènes et d'une baisse de l'audition
- le neurinome de l'acoustique est une tumeur rare pouvant conduire à une surdité progressive, lente, unilatérale
- une origine génétique : la surdité bilatérale du jeune adulte correspond à une dégénérescence bilatérale, progressive et inexorable de la cochlée aboutissant à une surdité profonde
- une origine traumatique lors d'un traumatisme crânien ou sonore
- une origine toxique
 - o suite au surdosage ou à un traitement chronique par certains principes actifs médicamenteux, notamment les antibiotiques de la famille des aminosides, les diurétiques comme le furosémide...
 - o ou liée à une exposition à certains éléments chimiques tels que le plomb, le mercure, le monoxyde de carbone

- une origine physiologique liée au processus normal de vieillissement des structures auriculaires, également appelée presbycousie devenant gênante généralement vers l'âge de 65 ans.

II- Le cadre légal et institutionnel

Dans cette seconde partie, nous traiterons tout d'abord des lois fondamentales concernant le handicap apparues chronologiquement en France et plus globalement au niveau européen et mondial. Puis nous présenterons le dispositif institutionnel français et enfin les différentes allocations existantes pour les personnes handicapées.

A- Les lois fondamentales

1) Loi du 30 juin 1975 : « loi d'orientation en faveur des personnes handicapées »

La loi du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées confie notamment la reconnaissance du handicap à des commissions départementales distinctes (la CDES : commission départementale de l'éducation spéciale pour les jeunes de 0 à 20 ans et la COTOREP : commission technique d'orientation et de reclassement professionnel à partir de 20 ans), d'où des régimes de prise en charge spécifiques, selon l'origine du handicap et la sévérité de leur déficience. Elle insiste aussi sur l'importance de la prévention et du dépistage des handicaps, sur l'obligation éducative pour les enfants et adolescents handicapés, et déjà sur l'importance de l'accès des personnes handicapées aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population.^{18,19}

¹⁸ **Fédération des APAJH**, Les guides pratiques pour tous, Handicap : le guide pratique : les droits, les aides, la scolarité, l'emploi, l'accessibilité, 8^{ème} éd., Issy-les-Moulineaux : Prat éditions, 434 pages, 2010

¹⁹ Loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées

2) Programme mondial d'action concernant les personnes handicapées

L'Année internationale des personnes handicapées (1981) a débouché sur l'adoption, l'année suivante, d'un Programme d'action concernant les personnes handicapées, par l'Assemblée générale de l'ONU. Ce programme mondial vise à promouvoir l'égalité et les droits des personnes handicapées ainsi que leur entière participation à la vie sociale. Des programmes de prévention de l'infirmité, de l'incapacité et du handicap, ainsi que des programmes de réadaptation ont dû être mis en place dans chaque nation.

3) 1983 : loi de décentralisation

En France, en 1983, la loi de décentralisation répartit les responsabilités des actions relatives aux personnes handicapées entre l'État et les départements. C'est ainsi que l'État prend les missions de l'emploi et de la formation tandis que les départements ont la mission de l'hébergement.²⁰

4) Loi du 10 juillet 1987 : « loi d'orientation en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés »

Le 10 juillet 1987, une nouvelle loi en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés vient simplifier les précédents textes d'obligation d'emploi des travailleurs handicapés. Cette loi impose un quota de 6% de travailleurs handicapés dans les entreprises privées et publiques de plus de 20 salariés. En cas de non-respect, l'entreprise doit verser une contribution. Un organisme est alors créé pour gérer ces contributions et amendes payées par les entreprises et les redistribuer en faveur de l'insertion professionnelle des personnes handicapées. Cet organisme est l'association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH).^{21,22}

²⁰ Op.cit. réf. 9 : **Zribi G., Poupée-Fontaine D.**, Dictionnaire du handicap, 7^{ème} édition, Presses de l'EHESP, novembre 2011

²¹ Op.cit. réf. 9

²² Loi n°87-517 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des personnes handicapées

5) Loi du 12 juillet 1990 : « loi relative à la protection des personnes contre la discrimination »

Le 12 juillet 1990, la loi « relative à la protection des personnes contre la discrimination en raison de leur état de santé ou de leur handicap » est adoptée.

6) Loi du 13 juillet 1991

La première loi relative à l'accessibilité est votée le 13 juillet 1991. Elle prévoit de renforcer à la fois l'accessibilité des locaux d'habitation, des lieux de travail ainsi que des installations recevant du public.²³

7) 1997-2000 : Traité d'Amsterdam et charte des droits fondamentaux de l'UE

Au niveau européen, le traité d'Amsterdam instaure en 1997 une clause explicite de non-discrimination en raison des handicaps. Trois ans plus tard, le 7 décembre 2000, la charte des droits fondamentaux de l'UE reprend cette clause et interdit toute discrimination fondée sur le handicap (art 21).²⁴

8) Loi du 2 janvier 2002 : « loi de rénovation de l'action sociale et médico-sociale »

La loi du 2 janvier 2002 de rénovation de l'action sociale et médico-sociale apporte des évolutions à la loi du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales. Elle vise notamment à renforcer les droits des usagers, élargir le champ d'application de la loi de 1975 à d'autres établissements et services et favoriser les actions innovantes, ou encore mettre en place une évaluation de la qualité des prestations.

²³ Loi n°91-663 du 13 juillet 1991 portant diverses mesures destinées à favoriser l'accessibilité aux personnes handicapées des locaux d'habitation, des lieux de travail et des installations recevant du public

²⁴ **La politique européenne à l'égard des personnes handicapées**, Vie publique, au cœur du débat public <http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/politique-handicap/handicap-europe/>

9) Loi du 11 février 2005 : « loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées »

Le 11 février 2005, l'assemblée nationale et le Sénat ont adopté la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

La première définition du handicap dans le droit français est alors apparue. Elle définit le handicap comme la résultante d'une pathologie d'une part et de l'environnement d'autre part. Ainsi, une pathologie ou un traumatisme provoque un ou plusieurs handicaps qui seront plus ou moins invalidants selon que la société les prend ou non en charge/en tient ou non compte.

Le texte est à l'origine de la création de plusieurs structures : les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), la commission des droits et de l'autonomie, ainsi que de nouveaux principes notamment la prestation de compensation du handicap (PCH). La loi insiste aussi sur les règles d'éducation de la scolarité jusqu'à l'enseignement supérieur et professionnel et sur le principe de non-discrimination également relatif à l'emploi. Enfin la loi traite de nouveau de l'accessibilité des lieux pour les personnes handicapées.^{25,26}

10) 2006 : Convention relative aux droits des personnes handicapées

En 2006, l'Assemblée générale des Nations Unies adopte la Convention relative aux droits des personnes handicapées. L'objectif de cette convention est de promouvoir, protéger et assurer les droits des personnes handicapées que ce soit la dignité, l'égalité devant la loi, les droits humains tels que le droit à l'autonomie, le respect de l'estime de soi et de l'intégrité, le droit à l'apprentissage tout au long de la vie, l'interdiction de toute discrimination ou maltraitance médicale et les libertés fondamentales et ceci quel que soit le niveau du handicap. L'Union Européenne signe cette convention le jour de son ouverture à la signature, le 30 mars 2007 et la ratifie le 5 janvier 2011 après que les 27 états membres l'ont signée. Il

²⁵ Op.cit. réf. 9 : **Zribi G., Poupée-Fontaine D.**, Dictionnaire du handicap, 7^{ème} édition, Presses de l'EHESP, novembre 2011

²⁶ Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

s'agit du premier traité global sur les droits de l'homme à être ratifié par l'Union Européenne dans son ensemble. Ceci marque la profonde évolution dans les attitudes envers les personnes handicapées dans le monde.^{27,28}

11) Loi du 21 juillet 2009 : « loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire »

La loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire (HPST) du 21 juillet 2009 apporte la création de nouvelles structures : les Agences Régionales de Santé et rappelle le double objectif de santé publique : l'égal et libre accès aux soins pour tous. La loi HPST instaure les schémas régionaux d'organisation médico-sociale qui évaluent les besoins et l'offre des établissements médico-sociaux dont ceux pouvant accueillir les personnes handicapées (structures d'enseignement, de réadaptation et rééducation professionnelle, établissements d'accueil...). Des schémas départementaux sont également mis en place, notamment les schémas relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie, dont l'objectif est d'assurer l'organisation territoriale des établissements et services médico-sociaux relevant exclusivement ou conjointement de la compétence du Conseil Général.^{29,30}

B- Le dispositif institutionnel

1) La Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)³¹

Créées par la loi du 11 février 2005, les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) sont chargées de l'accueil et de l'accompagnement des personnes handicapées et de leurs proches. Il en existe une dans chaque département. Au sein des MDPH, une équipe pluridisciplinaire composée de professionnels du monde social, médical

²⁷ Op.cit. réf. 24 : **La politique européenne à l'égard des personnes handicapées**, Vie publique, au cœur du débat public <http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/politique-handicap/handicap-europe/>

²⁸ Secrétariat de la Convention relative aux droits des personnes handicapées du Département des affaires économiques et sociales des Nations , Texte intégral de la Convention relative aux droits des personnes handicapées [en ligne] 2006, <http://www.un.org/french/disabilities/default.asp?id=1413>

²⁹ Op.cit. réf. 9 : **Zribi G., Poupée-Fontaine D.**, Dictionnaire du handicap, 7^{ème} édition, Presses de l'EHESP, novembre 2011

³⁰ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

³¹ **Portail d'information des maisons départementales des personnes handicapées** <http://www.mdph.fr/>

(médecins, ergothérapeutes, psychologues...), scolaire, de l'insertion professionnelle va rencontrer la personne concernée. Ensemble, un état des lieux sera fait notamment sur le projet de vie de la personne en situation de handicap, et sur les besoins de compensation nécessaires. Dans ce cadre, la MDPH est aussi chargée de l'orientation vers des services ou établissements médico-sociaux en leur transmettant les informations recueillies (ceci via la CDAPH).

Outre les missions d'accueil, les MDPH ont un rôle de sensibilisation de tous les citoyens au handicap.

D'après les MDPH, il existe en France 12 millions de Français porteurs d'un handicap, 1.5 millions souffrent de déficience visuelle, et 850 000 Français ont une mobilité réduite.

2) Le droit à la compensation et la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH)

La loi de 2005 a aussi permis la création d'un droit à la compensation pour les personnes handicapées. Art 11 « La personne handicapée a 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 ». Ceci se traduit par une prestation de compensation versée en nature ou en espèces, au choix du bénéficiaire (Art 12). Elle peut concerner des biens (aménagement du logement, du véhicule) et des services (aides humaines ou techniques, aides financières pour des dépenses exceptionnelles, aide animalière). Bien que cette prestation varie non pas seulement en fonction de la nature de la déficience mais aussi par le mode de vie de la personne concernée, risquant de créer des disparités entre les personnes, l'État se porte « garant de l'égalité de traitement des personnes handicapées sur l'ensemble du territoire » (Art 2).³²

³² Op.cit. réf. 26 : Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

Ce droit est évalué grâce à un guide d'évaluation (GEVA) devenu officiel en 2008. Il constitue un support lors de l'entretien avec la personne handicapée afin d'évaluer ses besoins, notamment dans les champs professionnel, scolaire, médical ou environnemental.³³

La prestation de compensation est accordée par une Commission, créée par la loi de 2005 ; il s'agit de la CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées). La CDAPH remplace la COTOREP et la CDES (Commission Départementale d'Éducation Spéciale). Composée de représentants du Conseil Général, des services, des établissements publics de l'État, des organismes de protection sociale, des organisations syndicales, des associations de parents d'élèves, de représentants des associations et un membre du conseil départemental consultatif des personnes handicapées, la CDAPH est indépendante dans ses choix et ses décisions.³⁴

La CDAPH est compétente, en utilisant les renseignements recueillis par la MDPH lors d'un entretien pour :

- se prononcer sur l'orientation de la personne handicapée et les mesures nécessaires pour assurer son insertion scolaire, professionnelle ou sociale
- désigner les établissements ou services répondant aux besoins de rééducation ou d'accompagnement
- attribuer les différentes prestations : allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), allocation aux adultes handicapés (AAH), prestation de compensation du handicap (PCH)
- reconnaître la qualité de travailleur handicapé (RQTH)
- attribuer la carte d'invalidité (CIN) et la carte de priorité de stationnement

³³ **Guide d'évaluation du handicap** http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/GEVA_graphique-080529-2.pdf

³⁴ Op.cit. réf. 31 : **Portail d'information des maisons départementales des personnes handicapées** <http://www.mdph.fr/>

3) La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)

La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées (CNSA) est un établissement public créé par la loi de 2004. Mais ce n'est qu'en mai 2005, suite à la loi de 2005 qui a permis de préciser et renforcer ses missions, qu'elle a réellement été mise en place. Depuis, elle est chargée de financer les aides en faveur des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées, de garantir une égalité de traitement sur tout le territoire pour l'ensemble des handicaps, et d'assurer une mission d'expertise et d'information pour évaluer la qualité du service rendu.³⁵

C- Les allocations aux personnes handicapées³⁶

1) L'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH)

Elle permet de garantir un revenu minimum aux personnes handicapées. Pour bénéficier de l'AAH, la personne handicapée doit remplir un certain nombre de conditions :

Conditions d'attribution :

- Conditions liées au handicap : le demandeur doit être atteint d'un taux d'incapacité permanente d'au moins 80% ou compris entre 50 et 79% avec une restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi du fait du handicap, c'est-à-dire des difficultés importantes et non compensables par l'aménagement d'un poste de travail. Ce taux est apprécié par la CDAPH.
- Conditions d'âge : le demandeur doit être âgé de plus de 20 ans (16 ans s'il n'est plus considéré comme étant à charge pour le bénéfice des prestations familiales). L'AAH prend fin à partir de l'âge minimum légal de départ à la retraite en cas d'incapacité de 50 à 79%, le bénéficiaire passe alors dans le régime de retraite pour inaptitude. Quand

³⁵ Op.cit. réf. 31 : **Portail d'information des maisons départementales des personnes handicapées**
<http://www.mdpsh.fr/>

³⁶ **Le site officiel de l'administration française**, <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/N20270.xhtml>

l'incapacité est d'au moins 80%, une AAH différentielle va alors être versée en complément d'une retraite inférieure au minimum vieillesse.

- Conditions de résidence et de nationalité : le demandeur doit résider de façon permanente en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer. Les étrangers, à l'exception des ressortissants des États de l'Union Européenne et de l'Espace économique européen (EEE), doivent posséder un titre de séjour régulier ou être titulaire d'un récépissé de demande de renouvellement du titre de séjour.
- Conditions de ressources : les ressources prises en compte pour l'attribution de l'AAH sont l'ensemble des revenus nets catégoriels du demandeur et son conjoint, concubin ou pacsé, retenus pour l'établissement de l'impôt sur le revenu. Elles ne doivent pas dépasser un plafond annuel fixé à :
 - o 9.319,08 € par an pour une personne seule
 - o 18.638,16 € par an pour une personne vivant en couple

Ce plafond est majoré de 4.659,54 € par enfant à charge.

Montant :

Le montant maximum s'élève au 1^{er} septembre 2013 à 790,18 € par mois.

Lorsque la personne handicapée ne dispose d'aucune ressource, elle touche le montant maximum. Sinon, l'AAH est calculée en fonction du revenu.

Demande :

La demande doit être effectuée via le formulaire CERFA n°13788*01 et accompagné du certificat médical CERFA n°13878*01 daté de moins de 3 mois. Systématiquement, une procédure de reconnaissance de la qualité de « travailleur handicapé » va être engagée.

Le médecin de l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation de la MDPH détermine le taux d'incapacité en fonction des pièces fournies. La CDAPH se réunit ensuite pour se prononcer sur l'attribution de l'AAH. En l'absence de réponse dans les 4 mois suivant le dépôt de la demande, la demande d'AAH doit être considérée comme rejetée.

En cas de refus administratif, le demandeur peut contester le refus dans un premier temps auprès de la Commission de Recours à l'Amiable (CRA) et en cas de rejet auprès du Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale.

En cas de refus médical relatif au degré de handicap, le demandeur peut effectuer un recours amiable auprès de la CDAPH et demander d'être revu par celle-ci. En cas de rejet du recours amiable, le Tribunal du Contentieux de l'Incapacité peut être saisi. En dernier recours, un appel auprès de la Cour Nationale de l'Incapacité est encore possible.

2) L'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP)

Cette aide, remplacée en 2006 par la prestation de compensation du handicap (PCH), était destinée à subvenir aux frais occasionnés pour l'aide d'une tierce personne pour effectuer les actes essentiels de la vie (se laver, marcher, s'habiller...).

Elle reste cependant d'actualité pour les personnes qui la percevaient déjà et qui ont émis le souhait de la conserver via une demande de renouvellement.

Conditions d'attribution :

Le demandeur doit être âgé de moins de 60 ans ; au-delà, il peut bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Le demandeur doit résider en France métropolitaine et être de nationalité française ou disposer d'un titre de séjour régulier, à l'exception des ressortissants des États de l'Union Européenne et de l'Espace économique européen. Enfin, les ressources du demandeur ne doivent pas dépasser certains plafonds : 9.319,08 € pour une personne seule, 18.638,16 € pour une personne vivant en couple, majoré

de 4.659,54 € par enfant à charge. Dans cette évaluation, seul le quart des ressources provenant d'une activité professionnelle est pris en compte.

Montant :

Il varie entre 432,97 € et 865,94 € par mois, en fonction de la nature de l'aide : pour quelques actes de la vie ou pour l'ensemble de ces actes ; selon que la personne est rémunérée ou qu'elle fait partie de l'entourage subissant ainsi un manque à gagner.

Les personnes atteintes de cécité bénéficient automatiquement de l'ACTP au taux maximum.

L'ACTP peut se cumuler à l'AAH.

3) La Prestation de Compensation du Handicap (PCH)

La PCH est une aide destinée à financer les besoins liés à la perte d'autonomie des personnes handicapées qu'il s'agisse d'aides humaines (entretien personnel, aides à domicile, besoins éducatifs des enfants... dans le cadre de la rémunération d'une tierce personne, d'un service prestataire ou d'un aidant familial), d'aides techniques (achat ou location d'un matériel pour compenser le handicap, fauteuil roulant par exemple... - le niveau de remboursement varie selon que l'aide technique figure ou non sur la liste des produits et prestations remboursables), d'aides matérielles (aménagement du logement et du véhicule ou aide au transport : prise en charge des surcoûts liés au trajet), d'aides animalières (conditionnées par le fait que le chien ait été éduqué dans une structure labellisée par des éducateurs qualifiés) ou d'aides exceptionnelles. Sur la base du projet de vie élaboré par la personne handicapée avec l'équipe médico-sociale de la MDPH, les besoins de compensation vont être définis.

Conditions d'attribution :

- Conditions d'âge : toute personne handicapée âgée de 75 ans au maximum et dont le handicap est survenu avant l'âge de 60 ans peut bénéficier de la PCH. Les enfants et adolescents handicapés peuvent bénéficier de la PCH dans le cadre du droit d'option entre le complément d'AEEH et la PCH s'ils répondent aux critères d'attribution de l'AEEH.
- Conditions de handicap : le handicap doit générer pour une durée d'au moins 1 an une difficulté absolue pour réaliser au moins une activité essentielle, c'est-à-dire une incapacité totale, ou une difficulté grave pour réaliser au moins deux activités essentielles (réalisation difficile et altérée par rapport à la capacité normale d'une personne du même âge).

Parmi ces activités essentielles, on retrouve l'évaluation de la mobilité (déplacement à l'intérieur et à l'extérieur du lieu d'habitation), l'évaluation de l'entretien personnel (toilette, habillage, alimentation), l'évaluation de la communication (parole, ouïe, capacité à utiliser les moyens de communication), la capacité générale à se repérer dans l'environnement (espace et temps).

- Conditions de résidence : le demandeur doit résider sur le territoire ou posséder un titre de séjour régulier pour les étrangers. Le demandeur peut bénéficier de la PCH qu'il habite à domicile ou en établissement.

Si pour une raison d'indisponibilité de place dans un établissement français, la personne handicapée est installée dans un établissement d'un pays limitrophe de la France (Belgique, Luxembourg, Allemagne, Suisse, Italie, Espagne), il peut faire la demande de PCH ; le séjour doit cependant s'inscrire dans le cadre d'une décision d'orientation de la CDAPH pour une durée de 1 à 5 ans et être pris en charge par l'assurance maladie ou l'aide sociale.

Montant :

Le montant de la PCH varie en fonction des besoins définis dans le projet de vie de la personne handicapée. Il varie également en fonction des ressources de la personne handicapée perçues au cours de l'année précédant la demande.

Un contrôle de l'utilisation des sommes versées peut être effectué à tout moment par le président du Conseil Général. Cette allocation peut être suspendue s'il est établi que le bénéficiaire n'utilise pas les fonds pour compenser les charges liées à son handicap.

Demande :

La demande doit être adressée via le formulaire CERFA n°13788*01 accompagnée d'un certificat médical CERFA n°13878*01 datant de moins de 3 mois, auprès de la MDPH dépendant du lieu de résidence.

En fonction des éléments du dossier et du projet de vie de la personne handicapée, l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH va établir les besoins de compensation nécessaires sous forme d'un plan personnalisé de compensation (PPC). L'équipe peut se rendre si besoin sur le lieu de vie de la personne.

Le PPC est transmis au demandeur qui a 15 jours pour émettre des observations ou approuver ce plan.

La décision revient cependant à la CDAPH au cours d'une séance auquel le demandeur doit assister. Il peut néanmoins se faire représenter ou être assisté au cours de cette séance. Il est prévenu de la date et du lieu de la séance au moins 2 semaines avant la date prévue.

La décision est ensuite adressée par le président de la CDAPH à l'intéressé et aux organismes concernés. En cas de refus, le demandeur peut engager une procédure de

conciliation. En cas d'échec de la demande, le tribunal du contentieux de l'incapacité peut être saisi.

Le renouvellement de la PCH doit être demandé au moins 6 mois avant la fin de la période d'attribution de l'allocation.

4) L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)

L'APA est une aide permettant de subvenir aux dépenses occasionnées par les besoins d'aides pour accomplir les actes essentiels de la vie pour une personne âgée ou une personne âgée dont l'état nécessite une surveillance particulière.

Conditions d'attribution :

- Condition de résidence : La personne doit résider à domicile en France de manière stable et régulière et posséder un titre de séjour régulier si elle est étrangère, à l'exception des ressortissants des États de l'Union Européenne et de l'Espace économique européen. On considère aussi que la personne réside à domicile si elle est accueillie dans un foyer pour personnes valides ou dans un établissement de moins de 25 places.
- Condition d'âge : la personne doit être âgée d'au moins 60 ans et avoir une perte d'autonomie nécessitant une aide pour l'accomplissement des tâches quotidiennes de la vie (évaluation par la grille Aggir)³⁷

Demande :

La demande doit être faite auprès du conseil général dépendant du domicile de résidence. Le dossier est composé de la demande d'allocation (à retirer auprès du Conseil Général, d'un Centre Communal d'Action Sociale ou Centre Intercommunal d'Action

³⁷ Le site officiel de l'administration française, <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F1229.xhtml>

Sociale, d'un Centre Local d'Informations et de Coordinations ou d'un organisme de sécurité sociale, de mutuelle ou d'un service d'aide à domicile), d'une photocopie d'une pièce d'identité (ou photocopie du titre de séjour si elle est étrangère), d'une photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition, d'une photocopie du dernier avis d'imposition de taxe foncière (si propriétaire) et d'un relevé d'identité bancaire ou postale. Le conseil général a 10 jours pour accuser réception après le dépôt de la demande. Une évaluation suivant la grille Aggir est alors réalisée par l'équipe médico-sociale du Conseil Général. Cette grille évalue des activités telles : « faire sa toilette, se servir et manger, se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur du lieu de vie, préparer les repas, respecter l'ordonnance du médecin... » en trois niveaux : « fait seule, totalement, habituellement et correctement », « fait partiellement ou non habituellement ou non correctement » et « ne fait pas ». En fonction du niveau de dépendance, la personne âgée va être classée dans un des six groupes (1 à 6). Si elle relève des groupes 5 et 6, la personne âgée est considérée comme encore autonome ou ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle. Elle reçoit alors un compte rendu de visite accompagné de conseils et peut demander une aide-ménagère. Si elle relève des groupes 1 à 4, le degré d'autonomie est jugé plus ou moins défaillant et nécessite une prise en charge plus importante. Dans ce cas, il y a une ouverture des droits à l'APA.

Le demandeur a alors 10 jours pour accepter le plan proposé ou demander des modifications. En l'absence de réponse dans les 10 jours, la proposition est considérée comme refusée.

Le bénéficiaire doit adresser une déclaration (CERFA n°10544*02) mentionnant le ou les salariés embauchés et le service d'aide auquel il a recours, dans le mois qui suit l'attribution de l'allocation.

En cas de refus d'attribution de l'APA, un recours amiable peut être effectué auprès de la Commission de l'APA. La personne âgée peut également introduire un recours contentieux

auprès de la Commission Départementale d'Aide Sociale. En cas de rejet, en dernier lieu, un pourvoi en cassation devant le Conseil d'Etat peut être envisagé.

Montant :

Le montant de l'APA équivaut au montant nécessaire pour le plan d'aide établi. Il dépend à la fois de la nature et du volume des aides prévues et des revenus du demandeur. Selon le groupe concerné (1 à 4), le montant maximum pouvant être perçu va de 559,22 € à 1304,84 € par mois. Le montant minimum est de 28,29 €.

L'APA peut aussi être attribuée sous conditions à une personne hébergée dans un établissement.

5) L'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH)

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) est destinée à soutenir les personnes qui assurent la charge d'un enfant en situation de handicap. L'AEEH n'est pas soumise à conditions de ressources. Si le handicap nécessite des dépenses coûteuses ou le recours à une tierce personne, un complément d'allocation peut être accordé.

Conditions d'attribution :

L'enfant doit être âgé de moins de 20 ans et avoir un taux d'incapacité d'au moins 80% (ou entre 50 et 79%, si l'enfant fréquente un établissement adapté), taux apprécié par la CDAPH. Le handicap de l'enfant doit d'autre part entraîner un coût particulièrement lourd (dépenses réelles ou renoncement d'un des parents à son activité professionnelle).

Montant :

L'AEEH est composée d'une allocation de base s'élevant à 129,21€ par mois à laquelle un complément peut être ajouté en fonction du coût du handicap de l'enfant, de la nécessité de l'embauche d'une tierce personne ou de l'arrêt ou réduction de travail de l'un des parents. Six catégories de compléments AEEH existent, correspondant à six montants. La CDAPH juge du classement dans l'une des catégories. D'autre part, une majoration peut être ajoutée dans le cas où le parent élève seul l'enfant.

Demande :

La demande s'effectue auprès de la MDPH en joignant le formulaire CERFA n°13788*01 et un certificat médical CERFA n°13878*01 datant de moins de trois mois. Le dossier est ensuite transmis à la CDAPH, qui fixe la durée de validité de l'AEEH entre 1 et 5 ans, cette durée pouvant être révisée si une aggravation du handicap de l'enfant survient.

L'absence de réponse dans un délai de 4 mois après le dépôt de la demande vaut refus. En cas de refus, un recours amiable peut être effectué auprès de la CDAPH. Les parents peuvent également introduire un recours contentieux auprès du Tribunal du Contentieux de l'Incapacité. En cas de rejet, un appel auprès de la Cour Nationale de l'Incapacité est encore possible. Enfin en dernier lieu un pourvoi en cour de Cassation peut être envisagé.

Dans le cas où l'AEEH est accordée, elle sera versée mensuellement à compter du premier mois après le dépôt de la demande.

6) L'Allocation Journalière de Présence Parentale (AJPP)

L'AJPP peut être attribuée à un parent s'occupant d'un enfant de moins de 20 ans atteint d'une maladie, d'un handicap ou victime d'un accident particulièrement grave, nécessitant la présence du parent et des soins contraignants, ceci dans la limite de 22 jours par mois.

Conditions d'attribution :

- Conditions relatives à l'exercice professionnel : le parent demandeur doit justifier d'un congé parental auprès de son employeur. L'AJPP peut être attribuée à un salarié du secteur privé ou public, sous certaines conditions seulement pour les salariés à domicile, les travailleurs non-salariés et les VRP (voyageur représentant placier). Elle peut aussi être attribuée si le parent est en formation professionnelle ou demandeur d'emploi à condition d'être indemnisé par Pôle Emploi.
- Conditions relatives à la situation médicale de l'enfant : un certificat médical établi par le médecin suivant l'enfant au titre de la maladie doit être établi et attester du besoin indispensable d'une présence et de soins contraignants. Ce certificat précise la durée du traitement.

Demande :

Le parent et le médecin adresse la demande d'allocation journalière de présence parentale (formulaire CERFA n°12666*02) accompagnée du certificat médical, à la CAF ou MSA.

Montant :

Cette allocation s'élève à 42,71 € par jour si le parent est en couple et à 50,75 € par jour s'il vit seul. Un complément pour frais peut être accordé.

Cette allocation peut être attribuée pour une durée maximale de 3 ans ; un compte crédit de 310 jours est alloué, à prendre sur ces 3 ans en fonction des besoins de l'enfant, dans la limite de 22 jours par mois. Durant ces 3 années, un examen sera réalisé tous les 6 mois par le médecin qui réévaluera les besoins ; si les besoins de l'enfant cessent, le droit à l'allocation

sera suspendu. A l'issue des 3 ans, le droit peut être redemandé en cas de rechute ou de récédive de la pathologie de l'enfant.

L'AJPP n'est pas cumulable pour un même bénéficiaire avec l'indemnisation des congés de maternité/paternité/adoption, l'indemnisation des congés de maladie/accident du travail, les indemnités versées aux demandeurs d'emploi, une pension de retraite ou d'invalidité, le complément et la majoration de l'AEEH perçu pour le même enfant, l'AAH.

A ces allocations peuvent s'ajouter plusieurs aides dont notamment la prise en charge des frais de transport et d'hébergement ou encore des aides spécifiques à la scolarisation : aides du Fonds Social Scolaire, aides sociales accordées par les communes, allocations supplémentaires aux agents de la fonction publique d'État, ou bourses d'études.

III- Les normes réglementaires en terme d'accessibilité

Malgré l'évocation de l'accessibilité dès 1991, les personnes handicapées souffrent encore beaucoup aujourd'hui d'importants problèmes d'accessibilité dans la vie de tous les jours au niveau de la voirie, des transports, de l'accueil dans les établissements recevant du public, de l'accès à l'information, etc...^{38,39}

Nous exposerons dans un premier chapitre les règles d'accessibilité des établissements recevant du public, puis nous traiterons dans un second chapitre des différentes cartes de transport favorisant l'accessibilité des personnes handicapées.

³⁸ Op.cit. réf. 9 : **Zribi G., Poupée-Fontaine D.**, Dictionnaire du handicap, 7^{ème} édition, Presses de l'EHESP, novembre 2011

³⁹ Op.cit. réf. 23 : Loi n°91-663 du 13 juillet 1991 portant diverses mesures destinées à favoriser l'accessibilité aux personnes handicapées des locaux d'habitation, des lieux de travail et des installations recevant du public

A- L'accessibilité des établissements recevant du public

1) Législation

La loi du 11 février 2005⁴⁰ a fixé un délai de 10 ans pour rendre la France accessible aux personnes en situation de handicap et a établi une définition juridique de l'accessibilité : « Est considéré comme accessible aux personnes handicapées tout bâtiment ou aménagement permettant, dans des conditions normales de fonctionnement, à des personnes handicapées, avec la plus grande autonomie possible, de circuler, d'accéder aux locaux et équipements, d'utiliser les équipements, de se repérer, de communiquer et de bénéficier des prestations en vue desquelles cet établissement ou cette installation a été conçue. Les conditions d'accès des personnes handicapées doivent être les mêmes que celles des personnes valides ou, à défaut, présenter une qualité d'usage équivalente ». ⁴¹ On distingue les cinq principaux types de handicap : le handicap moteur, le handicap auditif, le handicap visuel, le handicap psychique et le handicap mental. ⁴² La loi vise aussi à améliorer le quotidien des personnes à mobilité réduite (PMR) : personnes ayant des difficultés de déplacement en raison d'une incapacité temporaire ou définitive, mais aussi les personnes âgées ou encore les femmes enceintes. Les améliorations en termes d'accessibilité doivent être pensées en termes de bénéfices et non comme des contraintes à mettre en œuvre. En effet, les personnes valides verront leur confort amélioré : facilité d'accès et de déplacement pour les parents avec leur poussette et les voyageurs avec leurs bagages notamment. L'arrêté paru le 1^{er} août 2006⁴³ rend l'application immédiate des règles d'accessibilité.

⁴⁰ Op.cit. réf. 26 : Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

⁴¹ Op.cit. réf. 26 : Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

⁴² **Barbier J-M., Pottière-Sperry P.**, Guide pratique Handicap et Accessibilité, Ed. La Gazette Santé Social, Le mensuel des acteurs sanitaires et sociaux, mars 2010

⁴³ Arrêté du 1^{er} 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, JORF n°195 du 24 août 2006

Ainsi, d'ici le 1^{er} février 2015, l'obligation stricte d'accessibilité est imposée pour tous les bâtiments ou parties de bâtiments nouveaux destinés à l'accueil du public ou réservés à l'habitation (dispositions spécifiques pour les maisons individuelles). Les normes d'accessibilité dépendent du type de construction et de la catégorie d'établissement. Elles sont définies par arrêtés et applicables depuis le 1^{er} janvier 2007. Ces normes ne s'appliquent cependant pas aux propriétaires construisant un logement pour leur usage personnel.

Pour les bâtiments déjà existants, s'ils reçoivent du public, ils sont également soumis aux obligations de mise en accessibilité dans un délai variable selon le type d'établissement mais toujours dans la limite du 1^{er} février 2015. Par exemple, les préfectures et universités doivent être aménagées depuis le 1^{er} janvier 2011.⁴⁴

On distingue quatre types d'établissements recevant du public, en fonction de l'effectif de public accueilli et du personnel.

Catégories d'ERP (classement selon effectif du public accueilli et du personnel)⁴⁴	
Catégorie	Effectif
1 ^{re}	> 1 500
2 ^e	701-1 500
3 ^e	301-700
4 ^e	≤ 300 (hors établissements de 5 ^e catégorie)
5 ^e	Effectif en dessous du seuil minimum fixé par le règlement de sécurité pour chaque type d'exploitation

A partir du 1^{er} janvier 2010 pour les ERP de 1^{ère} et 2^{ème} catégories et du 1^{er} janvier 2011 pour les ERP de 3^{ème} et 4^{ème} catégories, un diagnostic sera établi pour évaluer les mesures de mise en accessibilité des lieux : estimations des travaux, du type de travaux, du rapport entre le coût des travaux et la valeur des bâtiments... Les ERP de 5^{ème} catégorie sont dispensés de diagnostic mais tenus d'être accessibles au 1^{er} janvier 2015.

⁴⁴ Op.cit. réf. 9 : **Zribi G., Poupée-Fontaine D.**, Dictionnaire du handicap, 7^{ème} édition, Presses de l'EHESP, novembre 2011

Des dérogations ont été prévues par la loi du 11 février 2005 dont les conditions sont définies par décrets. Elles seront cependant exceptionnelles et soumises à plusieurs conditions : par exemple une impossibilité technique de procéder à la mise en accessibilité, des contraintes liées à la préservation du patrimoine architectural ou encore une disproportion manifeste entre les améliorations à apporter et leurs conséquences notamment en cas d'impact disproportionné sur le chiffre d'affaires par exemple.

La loi de 2005 a également prévu le renforcement du contrôle du respect de l'accessibilité :

- le contrôle technique exigé par le code de la construction et de l'habitation portera désormais également sur le respect des règles d'accessibilité aux personnes handicapées
- les mesures spécifiques d'évacuation dans le cadre des dispositifs de lutte contre l'incendie devront tenir compte des besoins spécifiques des personnes handicapées ou à mobilité réduite
- l'attribution des subventions publiques pour la construction, l'extension ou la transformation d'un bâtiment soumis aux règles d'accessibilité ne se fera que sur présentation d'un document spécifiant la prise en compte de ces obligations

2) Sanctions encourues en cas de non-respect

En cas de non-respect des règles d'accessibilité, la loi a défini des sanctions pénales allant de la fermeture de l'établissement concerné au remboursement des subventions accordées, amendes jusqu'à 45 000 € et en cas de récidive des peines d'emprisonnement jusqu'à 6 mois et 75 000 € d'amende (Art L152-4 du Code de la construction et de l'habitation relatif aux sanctions pénales en cas de non-respect des dispositions en matière d'accessibilité).

D'autre part, la loi a instauré l'obligation d'une formation à l'accessibilité dans les formations initiales des architectes et professionnels du cadre bâti, à partir des formations démarrant en 2009.

3) Règles à mettre en œuvre

1. Stationnement^{45,46,47} :

On distingue deux situations pour le stationnement : l'existence ou non d'un parking rattaché au local.

En cas d'absence de parking réservé, une demande peut être faite auprès de la mairie afin d'assurer la réservation de places de parking à proximité du local, pour les véhicules des patients handicapés. Il existe au moins 2% de places réservées aux personnes handicapées réparties uniformément sur le territoire communal.

Si le parking est rattaché au local, 2% des places doivent être réservées, proches de l'entrée ou de l'ascenseur et reliées par un cheminement accessible.

Dans les deux cas, les places doivent être indiquées par une signalisation verticale (panneau « Interdit de stationner et de s'arrêter » et panneau « Interdit sauf GIG-GIC ») et un marquage au sol (reproduction de la figurine normalisée en blanc sur les limites ou le long de la place de stationnement).

La place doit être d'une largeur minimale de 3,3 mètres avec une pente et un dévers transversal inférieur à 2%. Le sol doit être non meuble et non glissant (y compris la peinture éventuelle). Le cheminement conduisant au trottoir doit être sans danger et sans obstacle. Si la

⁴⁵ **Ministère de l'Écologie, de l'Énergie, du Développement durable et de la Mer, en charge des Technologies vertes et des Négociations sur le climat**, Personnes handicapées ou à mobilité réduite : le stationnement réservé, mai 2010, [en ligne] http://www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/stationnement_reserve.pdf

⁴⁶ **Délégation ministérielle à l'accessibilité du Ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie ; Direction générale de l'Offre de Soins du Ministère des Affaires sociales et de la Santé**, Les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité, être prêt pour le 1^{er} janvier 2015, juillet 2012

⁴⁷ Op.cit. réf. 43 : Arrêté du 1^{er} 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, JORF n°195 du 24 août 2006

place n'est pas de plain-pied, un passage d'au moins 0,8 mètre doit être prévu jusqu'au trottoir ainsi qu'un abaissé de trottoir réglementaire (moins de 2 cm ou pente de moins de 4 cm si ressaut oblique avec pente maximale de 33%) et la partie abaissée du trottoir doit avoir une largeur de 1,2 mètre.

L'accès de ces places est réservé aux personnes détentrices d'une carte européenne de stationnement pour personnes handicapées.

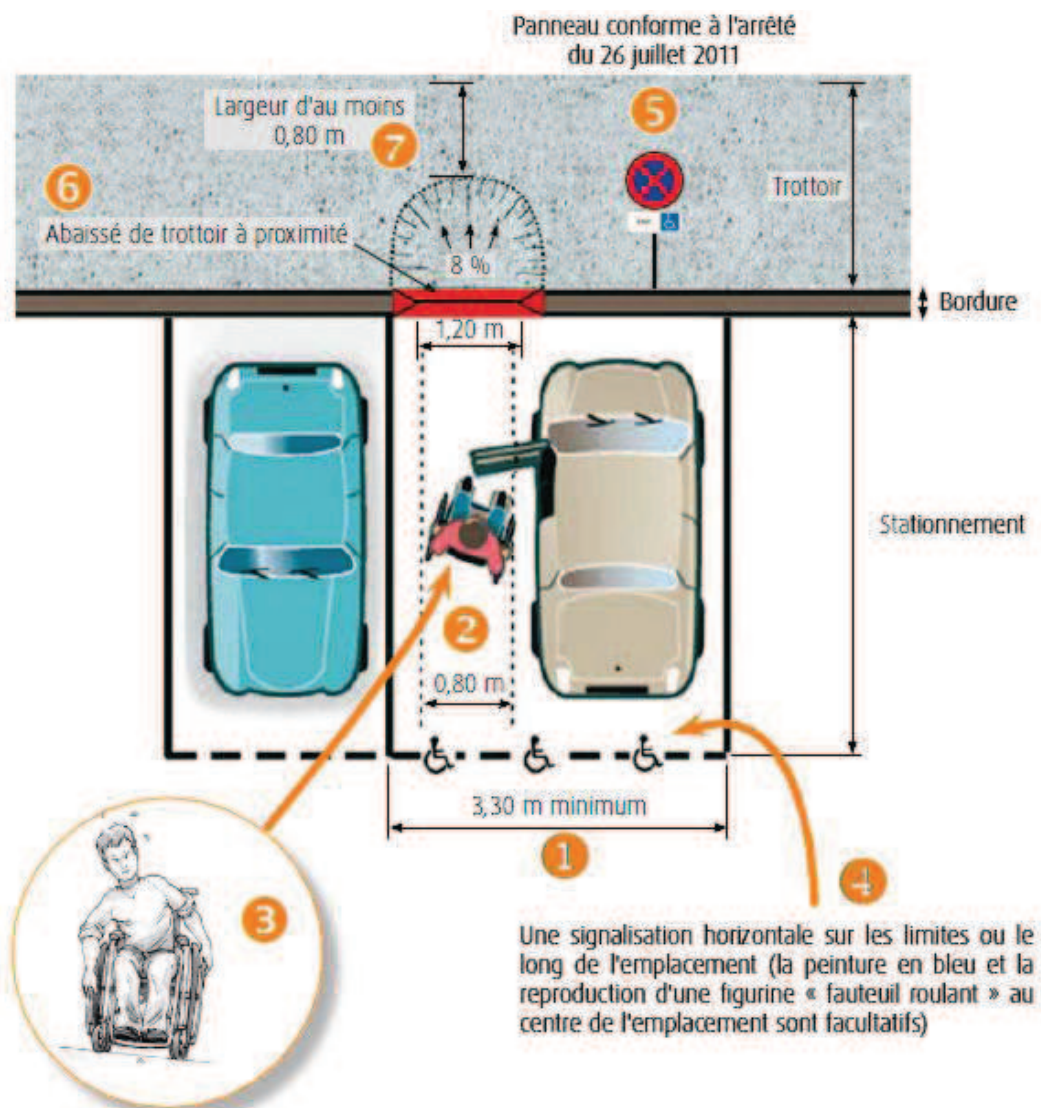


Figure 3 : Stationnement
Op. cit. réf 46

2. Cheminement extérieur et intérieur^{48,49,50}

Le cheminement doit être libre de tout obstacle et permettre le croisement d'une personne valide et d'une personne en fauteuil roulant ou d'une personne avec une poussette et d'une personne marchant avec une canne.

Pour un ERP, la largeur minimale du cheminement doit être d'1,40 mètre. Ponctuellement, un rétrécissement à 1,20 mètre est possible. En cas de contraintes structurelles, cette largeur minimale peut descendre à 0,90 mètre.

Une pente peut être nécessaire pour accéder au local. En règle générale, celle-ci doit être inférieure à 5%. Sur une courte distance la pente maximale varie, pas plus de 8% sur une distance inférieure à 2 mètres, et pas plus de 10% sur une distance inférieure à 0,50 mètre.

Dès que la pente est supérieure à 4%, un palier de repos doit être installé tous les 10 mètres. Un palier de repos (120 cm × 140 cm) est obligatoire en haut et en bas de chaque plan incliné, en dehors de tout débattement de porte afin de permettre un temps de repos à la personne handicapée.

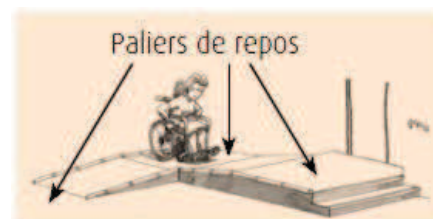


Figure 4 : Paliers de repos
Op. cit. réf 46

Une aire de giration doit également être prévue en cas de demi-tour nécessaire. Celle-ci doit faire 1,50 mètre de diamètre et permettre la manœuvre du fauteuil ou d'une personne avec une ou deux cannes.

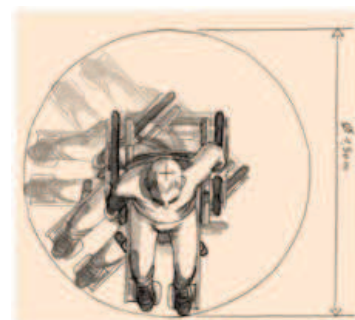


Figure 5 : Aire de giration
Op. cit. réf 46

⁴⁸ Op.cit. réf. 46 : **Délégation ministérielle à l'accessibilité du Ministère de l'Ecologie, du Développement durable et de l'Energie ; Direction générale de l'Offre de Soins du Ministère des Affaires sociales et de la Santé**, Les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité, être prêt pour le 1^{er} janvier 2015, juillet 2012

⁴⁹ **Grosbois L.P.**, Handicap et construction, 6^{ème} édition, Ed le moniteur, novembre 2003

⁵⁰ Op.cit. réf. 43 : Arrêté du 1^{er} 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, JORF n°195 du 24 août 2006

Le revêtement du cheminement ne doit pas être glissant, ni réfléchissant et éviter la stagnation de l'eau, ceci afin d'éviter les chutes (limitation d'adhérence du pied ou de la canne). Éviter également les revêtements meubles type sable/gravier non stables (la roue d'un fauteuil peut s'y enfoncer et la mobilité s'en trouvera alors bloquée).

En cas de gouttière sur le cheminement, les trous ou fentes doivent permettre le passage sans difficulté et en toute sécurité. La largeur ou le diamètre est donc limité à 2 cm.

Par ailleurs, le repérage du cheminement extérieur comme intérieur peut être facilité pour les personnes à déficience visuelle par l'installation de bandes de guidage et de bandes d'éveil de la vigilance.

3. Accueil^{51, 52}

Les portes doivent respecter un certain nombre de critères. La largeur doit être d'au moins 0,90 mètre pour les ERP recevant moins de 100 personnes et d'au moins 1,40 mètre pour les ERP recevant plus de 100 personnes. Un léger ressaut est autorisé : inférieur à 2 cm ou inférieur à 4 cm chanfreiné à 33% maximum.

⁵¹ Op.cit. réf. 46 : **Délégation ministérielle à l'accessibilité du Ministère de l'Ecologie, du Développement durable et de l'Energie ; Direction générale de l'Offre de Soins du Ministère des Affaires sociales et de la Santé**, Les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité, être prêt pour le 1^{er} janvier 2015, juillet 2012

⁵² Op.cit. réf. 43 : Arrêté du 1^{er} 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, JORF n°195 du 24 août 2006

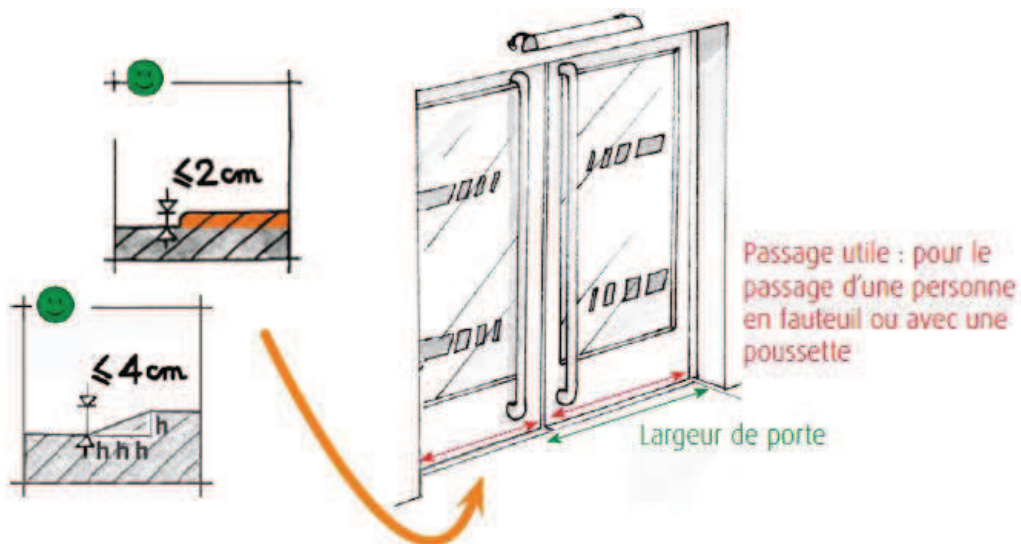


Figure 6 : Portes
Op. cit. réf 46

Les portes coulissantes sont idéales, cependant des portes à battants peuvent aussi être utilisées. Il faudra dans ce cas prévoir un espace de manœuvre de porte de part et d'autre de chaque porte : 1,70 mètre pour une porte à pousser et 2,20 mètres pour une porte à tirer. De part et d'autre des portes, des paliers de repos sont installés.

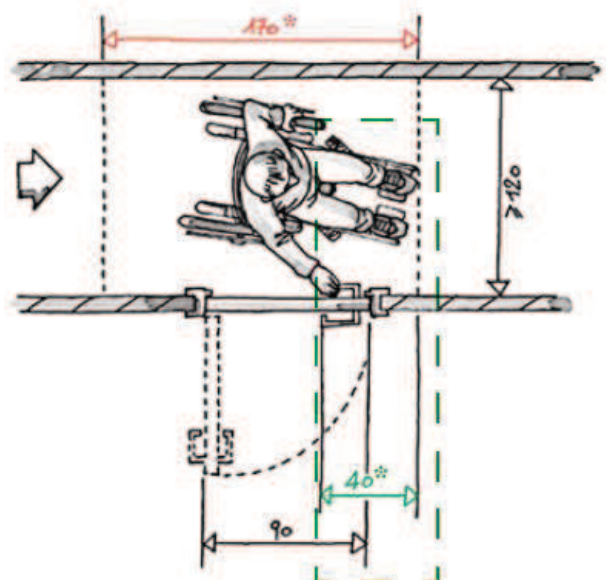


Figure 7 : Espace de manœuvre
Op. cit. réf 46

D'autre part, l'effort nécessaire pour ouvrir ce type de porte doit être inférieur à 50 N (c'est-à-dire moins de 5 kg) qu'il y ait ou non un système de fermeture automatique et le type de poignée doit permettre une ouverture facile.

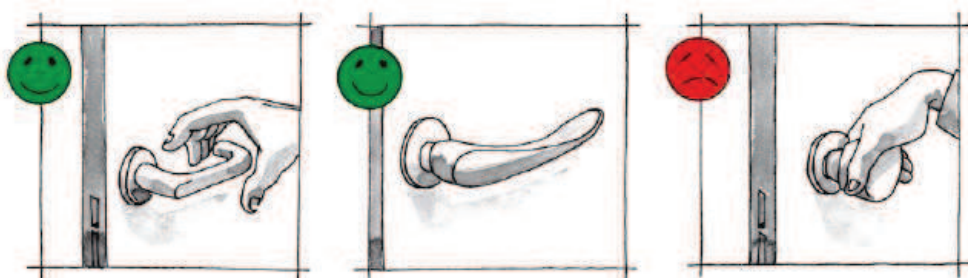


Figure 8 : Poignées de porte, Op. cit. réf 46

Si un tapis est installé à l'entrée, devant la porte, il faudra s'assurer que l'épaisseur du tapis permet un passage en toute sécurité.

Si les portes comportent une partie vitrée importante, celle-ci devra être judicieusement repérée afin de pouvoir être perçue par les personnes malvoyantes.

En cas de système d'ouverture automatique, celui-ci doit être conçu pour détecter les personnes de toute taille et la durée d'ouverture doit être suffisante pour permettre le passage en sécurité d'une personne à mobilité réduite.

Un aménagement spécifique à l'accueil des personnes âgées et autres personnes à mobilité réduite doit être prévu. A l'officine, prévoir un comptoir à hauteur pour la délivrance des médicaments.



Figure 9 : Comptoir à hauteur adaptée
Op. cit. réf 46

La signalétique doit être adaptée en fonction de la distance prévue entre le lecteur et la signalétique. Il est recommandé d'utiliser des polices facilement identifiables (Arial, Verdana, Helvetica...), d'éviter l'écriture en italique, de recourir aux majuscules pour écrire un seul mot et aux majuscules et minuscules pour un groupe de mots.

L'éclairage naturel ou artificiel doit être suffisant et ne pas créer de gêne visuelle. Il peut être renforcé dans certains points stratégiques : cheminement, signalétique... Il doit cependant éviter les reflets sur la signalétique.

Pour les personnes à déficience visuelle, la retranscription orale des messages importants peut être mise en œuvre.

Pour les personnes à déficience auditive, des boucles magnétiques peuvent être installées aux comptoirs par exemple.

4. Sanitaires^{53, 54}

A l'officine, il peut être conseillé d'installer un cabinet d'aisance accessible aux personnes handicapées. Celui-ci respecte aussi un certain nombre de normes :

- une largeur de porte de 0,90 mètre
 - une barre de rappel horizontale située sur la porte
 - un espace d'usage (1,30 m × 0,80 m) hors débattement de la porte
 - une aire de giration de diamètre 1,50 m ou un espace de manœuvre suffisant pour effectuer un demi-tour
 - un lave-mains de hauteur maximum 0.85 m et 0.70 m sous équipement, à 0.40 m minimum de l'angle rentrant du mur ou de tout obstacle
 - la cuvette doit être placée à une hauteur comprise entre 0,45 et 0,5 m du sol, abattant inclus et à une distance comprise entre 0,35 et 0,4 m de la paroi où est fixée la barre d'appui et à une distance comprise entre 0,4 et 0,5 m du mur où est adossée la cuvette.
- La commande de chasse d'eau doit être accessible et facilement manœuvrable.

⁵³ Op.cit. réf. 46 : **Délégation ministérielle à l'accessibilité du Ministère de l'Ecologie, du Développement durable et de l'Energie ; Direction générale de l'Offre de Soins du Ministère des Affaires sociales et de la Santé**, Les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité, être prêt pour le 1^{er} janvier 2015, juillet 2012

⁵⁴ Op.cit. réf. 43 : Arrêté du 1^{er} 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, JORF n°195 du 24 août 2006

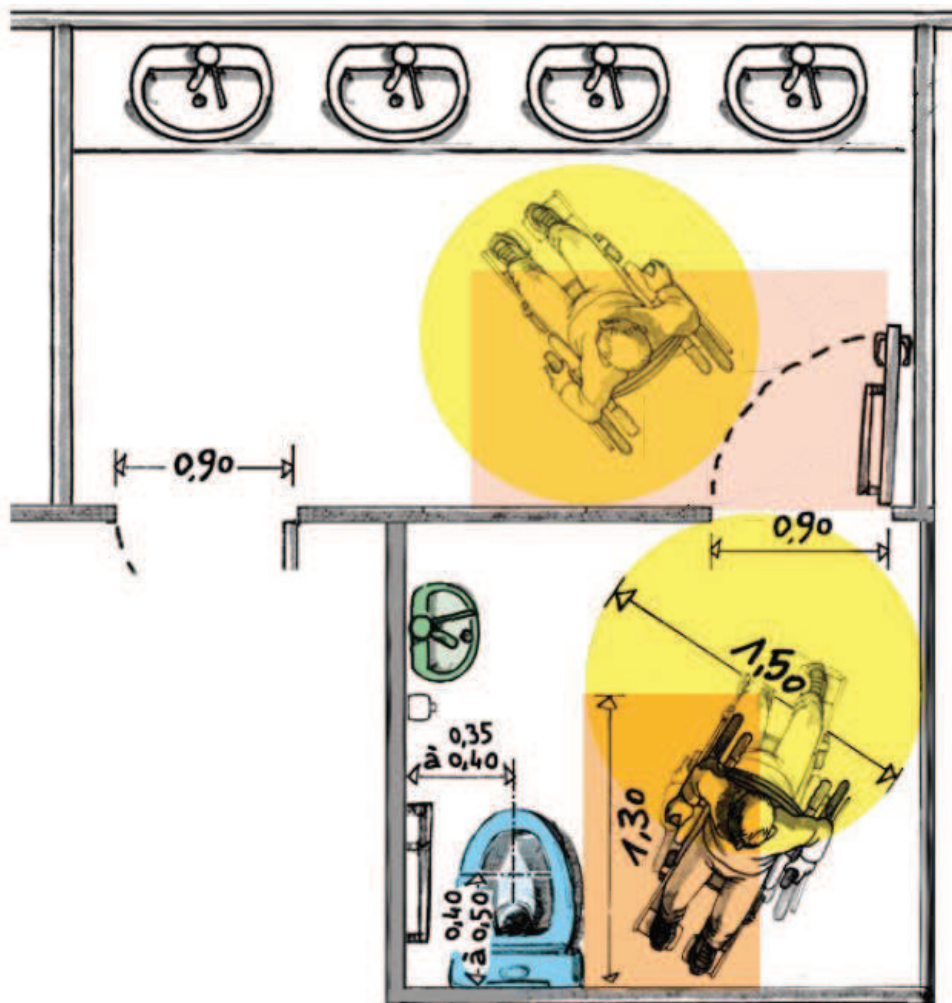


Figure 10 : Sanitaires
Op. cit. réf 46

5. Guichet de garde^{55, 56}

En dehors des heures d'ouverture, l'installation d'un guichet de garde est recommandée pour des raisons de sécurité. Il faudra veiller à l'accessibilité de celui-ci pour une personne handicapée ainsi que l'accessibilité de la sonnette de garde.

⁵⁵ **Ordre national des pharmaciens**, Recommandations pour l'aménagement des locaux de l'officine, février 2013 [en ligne] <http://www.ordre.pharmacien.fr>

⁵⁶ Op.cit. réf. 43 : Arrêté du 1^{er} 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, JORF n°195 du 24 août 2006

B- Les cartes de transport⁵⁷

1) La carte d'invalidité civile

La carte d'invalidité peut être attribuée sur demande à toute personne dont le taux d'incapacité permanente atteint au moins 80% ou bénéficiaire d'une pension d'invalidité de 3^{ème} catégorie. La demande doit être adressée à la maison départementale des personnes handicapées. Le dossier est composé du formulaire CERFA n°13788*01 accompagné du certificat médical CERFA n°13878*01 renseigné par le médecin, du projet de vie de la personne, d'une photocopie d'une pièce d'identité, d'un titre de séjour valide pour les personnes de nationalité étrangère, et d'une photographie d'identité.

La carte est gratuite et délivrée à titre définitif ou temporaire pour une durée comprise entre 1 et 10 ans.

La carte d'invalidité ouvre droit à plusieurs avantages dont une priorité d'accès aux places assises dans les transports en commun, les salles d'attentes, les établissements accueillant du public, une priorité dans les files d'attente des lieux publics, et diverses réductions tarifaires (notamment les transports).

Différentes mentions peuvent être ajoutées sur la carte d'invalidité :

- la mention « besoin d'accompagnement » : ajoutée aux enfants bénéficiant de l'allocation d'éducation d'enfant handicapé (de la 3^{ème} à la 6^{ème} catégorie), aux adultes bénéficiant d'une aide humaine dans le cadre de la PCH ou de l'ACTP et aux adultes percevant l'APA.
- la mention « cécité » : ajoutée aux personnes dont la vision centrale est inférieure à 1/20^{ème} de la normale.

⁵⁷ Le site officiel de l'administration française, <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F2891.xhtml>

2) La carte de priorité pour personnes handicapées

Anciennement appelée « carte station debout pénible », elle peut être attribuée à toute personne dont le taux d'incapacité rendant la position debout pénible est inférieur à 80%.

La demande doit être adressée à la maison départementale des personnes handicapées. L'instruction de la demande est effectuée par la CDAPH et un médecin de la MDPH est tenu d'évaluer la pénibilité à se tenir debout du demandeur. Le dossier est composé du formulaire CERFA n°13788*01 accompagné du certificat médical CERFA n°13878*01 renseigné par le médecin, d'une photocopie d'une pièce d'identité, d'un titre de séjour valide pour les personnes de nationalité étrangère, et d'une photographie d'identité.

La carte de priorité pour personnes handicapées est attribuée pour une durée de 1 à 10 ans renouvelable.

Elle donne droit aux avantages suivants : priorité d'accès aux places assises dans les transports en commun, dans les espaces et salles d'attente, dans les établissements recevant du public. Elle permet également d'obtenir une priorité dans les files d'attente.

3) La carte européenne de stationnement

La carte est attribuée à toute personne présentant un handicap réduisant considérablement et de façon durable la capacité ou l'autonomie de déplacement à pied ou imposant l'accompagnement par une tierce personne dans le cadre de ses déplacements. Un certain nombre de critères d'éligibilité doit être rempli :

- le périmètre de marche est limité et inférieur à 200 mètres ;
- ou une aide pour les déplacements extérieurs sous forme d'aide humaine, canne ou tout autre appareillage (déambulateur, véhicule pour personne handicapée) est systématiquement nécessaire ;
- ou la personne a une prothèse de membre inférieur ;
- ou la personne a recours à une oxygénothérapie lors de chaque déplacement extérieur.

Lorsque la personne utilise systématiquement un fauteuil roulant pour ses déplacements extérieurs, il remplit d'office les conditions d'attribution de la carte européenne de stationnement pour personnes handicapées.

La carte européenne de stationnement peut également être attribuée aux personnes atteintes d'une altération de la fonction mentale, cognitive, psychique ou sensorielle imposant un accompagnement systématique par une tierce personne lors de tous ses déplacements extérieurs.

La demande doit être adressée à la maison départementale des personnes handicapées ou au service départemental de l'Office national des anciens combattants et victimes de guerres pour les invalides de guerre. Le dossier est composé du formulaire CERFA n°13788*01 accompagné du certificat médical CERFA n°13878*01 renseigné par le médecin daté de moins de 3 mois, d'une photocopie d'une pièce d'identité, d'un titre de séjour valide pour les personnes de nationalité étrangère, d'une photographie d'identité récente en couleurs et d'un justificatif de domicile.

La carte est attribuée définitivement ou pour une durée déterminée supérieure à 1 an. La demande de renouvellement doit être faite au moins 4 mois avant l'expiration de la carte. La carte européenne de stationnement permet à son titulaire ou à la personne qui l'accompagne de stationner sur les places réservées aux personnes handicapées et ce dans les 27 pays de l'Union Européenne. Elle doit être mise en évidence à l'intérieur du véhicule stationné, derrière le pare-brise. Elle est liée à la personne et non au véhicule et doit donc être retirée dès que la personne handicapée n'utilise plus le véhicule.

C- Le baromètre APF de l'accessibilité⁵⁸

L'association des paralysés de France publie depuis 4 ans une étude de l'accessibilité des grandes villes de France, en vue de l'échéance d'accessibilité actuellement fixée par la loi de 2005 au 1^{er} janvier 2015 (L'accessibilité est pourtant une obligation nationale depuis la loi de 1975). La loi de 2005 prévoit deux grandes obligations concernant l'accessibilité : d'une part les locaux d'habitation, établissements et installations recevant du public ainsi que lieux de travail doivent être accessibles à tous, d'autre part, les structures de déplacement (transports, voiries, espaces publics) doivent permettre l'accessibilité dans sa totalité aux personnes handicapées.

Ce baromètre se décline en trois séries d'évaluation. La première est une évaluation de l'accessibilité du cadre de la ville à savoir l'accessibilité des commerces de proximité, des centres commerciaux, d'un bureau de poste, d'un cabinet médical (généraliste et spécialiste), d'un cabinet paramédical, d'un cinéma, d'une piscine. La deuxième série est consacrée à l'accessibilité des équipements municipaux en cas de handicap moteur à savoir les services municipaux, le pourcentage de lignes de bus accessibles (elles sont considérées accessibles seulement si l'ensemble des arrêts de la ligne est équipé et si les véhicules sont accessibles), le pourcentage d'écoles primaires publiques accessibles, du théâtre, du stade municipal, et le pourcentage de places de stationnement public réservées. La troisième série mesure la politique municipale d'accessibilité : existence d'une commission communale ou intercommunale d'accessibilité avec édition d'un rapport annuel, réalisation d'un diagnostic de mise en accessibilité des établissements municipaux recevant du public, réalisation d'un PAVE (plan de mise en accessibilité de la voirie et des espaces publics), état des lieux du transport public, organisation d'un système de recensement de l'offre de logements

⁵⁸ **Association des paralysés de France**, Dossier de presse : le baromètre de l'accessibilité 2012, février 2013

accessibles. Un barème de 0 à 3 points par élément est attribué et un classement national des 96 chefs-lieux départementaux est établi.

En 2012, le baromètre APF 2011 indique que Rouen se place à la 37^{ème} place du classement avec une moyenne de 12.6/20 en légère baisse par rapport à l'année précédente (12.9). En 2013, une nette progression est observée avec un classement en 29^{ème} position et une note de 14.6 points, ceci grâce à une politique volontariste locale accrue et une amélioration du cadre de vie rouennais. L'accès aux cabinets médicaux et paramédicaux reste insuffisant et contribue à l'inégal accès au système de santé français. En effet, le libre choix du médecin traitant, de l'ophtalmologiste, du gynécologue ou du dentiste n'existe pas en pratique pour les personnes en situation de handicap.

Le rapport « Réussir 2015 » publié en mars 2013 par Claire Lise Champion, sénatrice de l'Essonne, parlementaire en mission auprès de Madame Marie-Arlette Carlotti, ministre déléguée auprès de la ministre des affaires sociales et de la santé, chargée des personnes handicapées et de la lutte contre les exclusions, révèle que l'échéance de 2015 ne sera assurément pas respectée et propose la définition d'agendas d'accessibilité programmés pour les établissements recevant du public. Ces documents prévoiraient les travaux à réaliser ainsi que leurs financements sur une durée de trois à quatre ans, reconductibles deux ou trois ans. Les schémas directeurs d'accessibilité seraient les équivalents des agendas d'accessibilité programmés, pour les transports.⁵⁹

L'association des paralysés de France estime que cette principale proposition du rapport accordant un délai supplémentaire de sept années est en fait un « report déguisé » de l'échéance d'accessibilité du 1^{er} janvier 2015.

⁵⁹ **Campion C-L.**, Réussir 2015, Accessibilité des personnes handicapées au logement, aux établissements recevant du public, aux transports, à la voirie et aux espaces public, mars 2013 [en ligne] <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000147/0000.pdf>

2^{ème} partie : Le rôle du pharmacien d'officine face au handicap

I- Questionnaire et traitement des résultats

A- Objectif de l'enquête :

L'objectif de cette enquête est d'établir un dialogue sur le handicap avec les pharmaciens d'officine, afin d'évaluer les difficultés de prise en charge pouvant se présenter et les améliorations pouvant être apportées. Plusieurs thèmes sont abordés au cours de cette enquête, notamment l'accessibilité, l'accueil et la connaissance du handicap par le pharmacien.

B- Méthodologie :

1) Définition de l'échantillon et déroulement de l'enquête :

En 2013, l'Ordre National des Pharmaciens a dénombré 467 pharmaciens titulaires d'une officine en Seine-Maritime. Afin d'avoir un échantillon représentatif de la profession, l'enquête a été réalisée auprès de 46 pharmacies d'officines.

Elles ont été sélectionnées au hasard parmi trois zones de densité différente, définie en fonction du nombre d'officines par commune, afin d'avoir une représentation équivalente des trois zones :

- zone rurale : jusqu'à 2 officines dans la commune
- zone semi-rurale : entre 3 et 6 officines dans la commune
- zone urbaine : 7 officines ou plus dans la commune

La banlieue des grandes villes de Seine-Maritime (Rouen, Le Havre) est considérée comme zone urbaine.

Les questions ont été posées lors d'un entretien réalisé avec le pharmacien dans son officine. Sur les 46 pharmacies visitées, 10 pharmaciens n'ont pas souhaité répondre à l'enquête, soit par manque de temps, soit par manque d'intérêt.

2) Le questionnaire :

Le questionnaire comporte deux parties :

- la première partie concerne l'accessibilité de la pharmacie aux personnes handicapées et comporte 9 questions de type oui/non
- la seconde partie composée d'une dizaine de questions constitue le dialogue avec le pharmacien

Localisation de l'officine :

Zone urbaine (7 officines et +) Zone semi-rurale (3-6) Zone rurale (2 ou -)

Accessibilité de l'officine :

Y a-t-il une place de parking réservée aux personnes handicapées à proximité immédiate de la pharmacie : oui non

Accessible aux personnes en fauteuil roulant : oui non

Marches à l'entrée : oui non
petite* grande*

**Une personne âgée ou à mobilité réduite peut-elle accéder facilement à la pharmacie ?*

Porte automatique : oui non

Espace suffisant pour le passage d'un fauteuil roulant jusqu'au comptoir : oui non
jusqu'à un espace de confidentialité : oui non

Places assises pour les personnes âgées : oui non

Comptoir à hauteur adaptée : oui non

Signalétique adaptée pour personnes malvoyantes : oui non

Existence d'une boucle magnétique au comptoir : oui non

Questions à poser au pharmacien :

Proposez-vous un service de **portage de médicaments à domicile** pour les personnes handicapées ? oui non

Quelles sont les aides que vous apportez aux personnes handicapées ?

Rencontrez-vous des difficultés pour répondre aux besoins des personnes handicapées ?

Combien de patients en fauteuil roulant dénombrez-vous à l'officine en moyenne par mois ?

Combien de patients non-voyants dénombrez-vous à l'officine en moyenne par mois ?

Combien de patients malentendants dénombrez-vous à l'officine en moyenne par mois ?

Savez-vous ce qu'est une MDPH, et connaissez-vous les coordonnées de la plus proche ?

Pensez-vous avoir des modifications à apporter pour améliorer l'accueil et l'accessibilité des personnes handicapées ? Lesquelles ?

Pensez-vous être assez informé sur le handicap ?

Cette enquête suscite t'elle d'autres commentaires ou propositions ?

Seriez-vous intéressé pour recevoir une plaquette informative sur le handicap et l'accueil des personnes handicapées ? oui non

C- Résultats :

	Zone rurale	Zone semi-rurale	Zone urbaine	Total
Nombre de pharmacies interrogées	16	16	14	46
Nombre de réponses obtenues	12	13	11	36

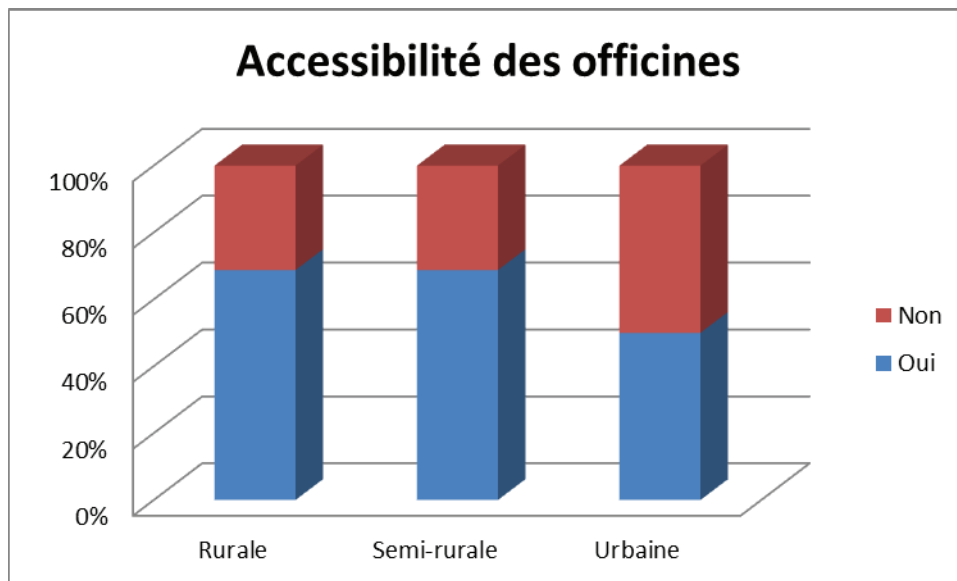
	Zone rurale		Zone semi-rurale		Zone urbaine		Total	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
Parking	9	7	8	8	6	8	23	23
Accessible en fauteuil roulant	11	5	11	5	7	7	29	17
Marche à l'entrée	6	10	4	12	7	7	17	29
Porte automatique	14	2	13	3	11	3	38	8
Espace jusqu'au comptoir	16	0	16	0	14	0	46	0
Espace jusqu'à l'espace confidentiel	9	7	11	5	4	10	24	22
Places assises	14	2	14	2	12	2	40	6
Comptoir à hauteur adaptée	6	10	6	10	1	13	13	33
Signalétique adaptée	10	6	12	4	4	10	26	20

	Zone rurale		Zone semi-rurale		Zone urbaine		Total	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
Portage de médicaments à domicile	11	1	11	2	10	1	32	4
Connaissance de la MDPH	1	11	0	13	1	10	2	34
Information suffisante	0	12	2	11	3	8	5	31
Plaquette informative	12	0	11	2	11	0	34	2

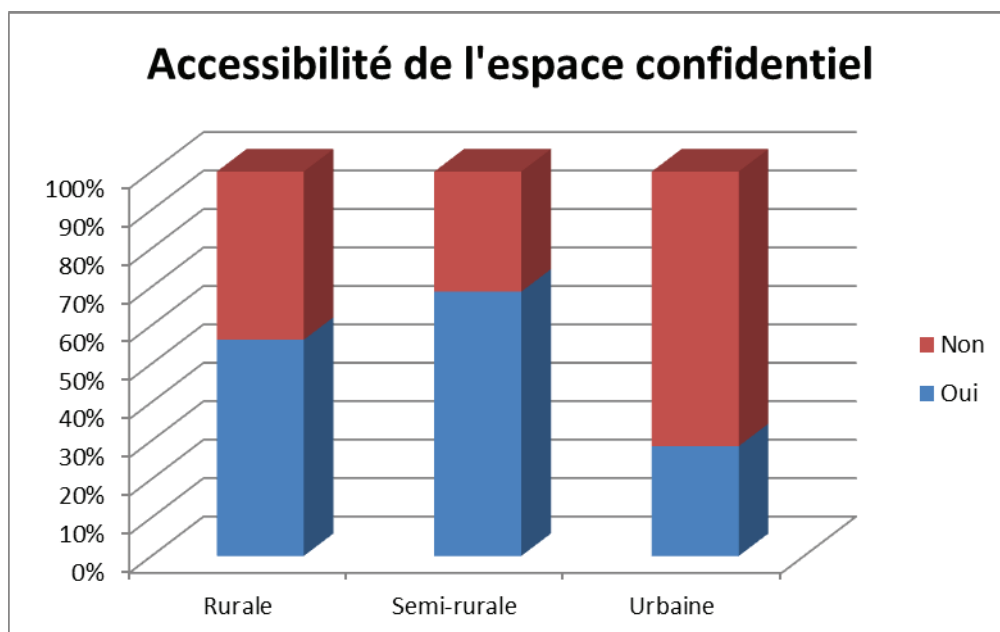
Nombre de patients en moyenne par mois	Zone rurale	Zone semi-rurale	Zone urbaine	Total
En fauteuil roulant	1.83	2.31	1	1.75
Non-voyants ou vision très mauvaise	0.92	1.23	2	1.36
Malentendants	6.3	2.54	11.54	6.55

D- Analyse et discussion :

A moins de deux ans de l'échéance fixée par la loi de 2005 pour rendre accessible les établissements recevant du public, nous avons pu remarquer que 63% des pharmacies interrogées répondaient à ces critères d'accessibilité. Parmi les officines non accessibles, les pharmaciens d'officine qui ont répondu à notre enquête, sont conscients pour 77% des améliorations à apporter mais n'ont pas encore mis en œuvre les travaux pour des raisons financières mais également par manque d'informations sur la mise en œuvre pratique des travaux à effectuer. Certains pharmaciens estiment également que la réalisation pratique, notamment pour aménager une pente, est du ressort de la ville ou qu'elle est simplement impossible à réaliser sans empiéter sur la voie publique.



En zone rurale et semi-rurale, nous avons observé que 2/3 des pharmacies interrogées sont accessibles, contre 50% seulement des officines en zone urbaine.

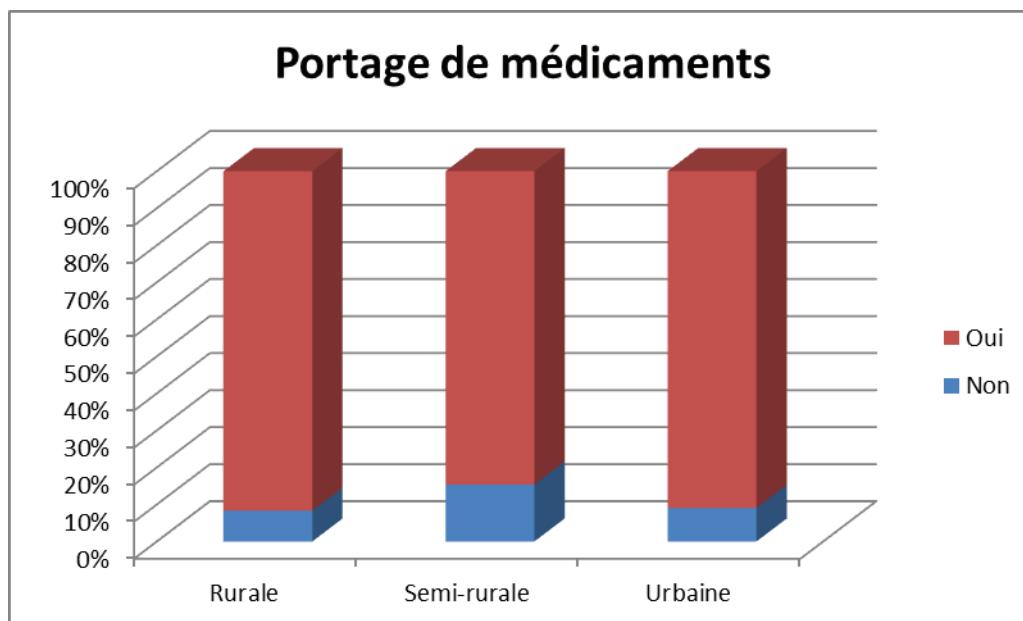


Toujours en termes d'accessibilité, nous avons également pu remarquer que les espaces confidentiels accessibles sont deux fois plus nombreux en zones rurale et semi-rurale qu'en zone urbaine. On peut supposer que ces différences d'accessibilité selon la zone géographique s'expliquent par un manque d'espace en zone urbaine rendant l'aménagement de l'officine difficilement applicable.

Parmi les pharmaciens qui ont répondu à l'enquête et dont l'officine répond aux normes d'accessibilité, 30% estiment qu'ils ont encore des modifications à effectuer pour améliorer l'accueil des personnes handicapées : ils pensent notamment à installer un comptoir à hauteur adaptée, à proposer un rayon plus développé de maintien à domicile, et à avoir un espace de confidentialité accessible pour ceux qui n'en disposent pas.

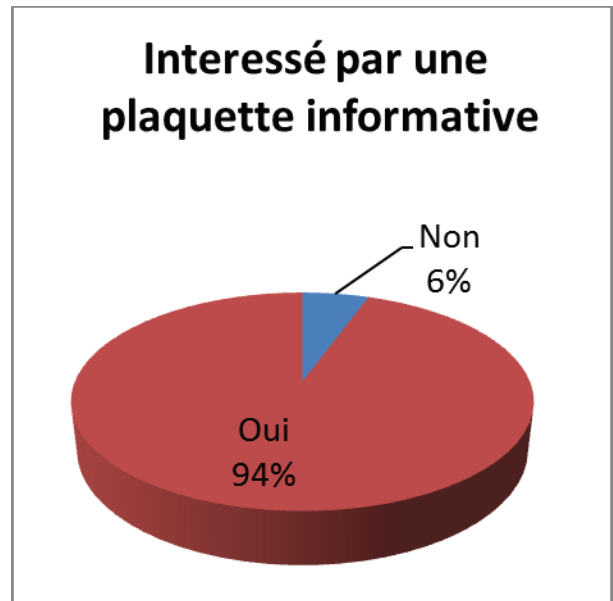
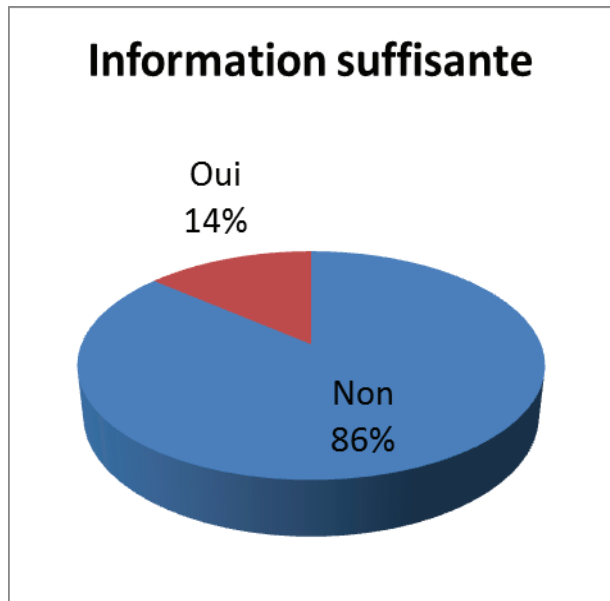
Le handicap est fréquent dans la population mais le pharmacien est en réalité peu confronté aux personnes en situation de handicap. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette faible représentation des personnes handicapées parmi la clientèle des pharmaciens d'officine :

- pour les patients handicapés moteurs, l'accessibilité de l'officine joue évidemment un rôle crucial. Ainsi, l'enquête a permis de confirmer qu'une officine peu accessible aux personnes présentant un handicap moteur ne sera pas confrontée à ces patients. Le plus souvent, une tierce personne viendra à l'officine chercher les traitements pour le patient qui reste à domicile.
- l'environnement extérieur de l'officine est également un facteur essentiel en termes d'accessibilité. Ainsi l'aménagement de la voie publique entre une place de parking handicapée et un établissement recevant du public n'est pas toujours adapté à la circulation d'une personne à mobilité réduite ; les pentes de trottoir n'existent pas toujours, rendant l'accessibilité à une officine impossible malgré des normes respectées par le pharmacien. La clientèle handicapée fera en général appel à une tierce personne pour venir à l'officine.



On a pu observer que le portage de médicaments à domicile est équivalent dans toutes les zones d'habitation. Ce service exceptionnel et néanmoins proposé par une grande majorité des pharmacies répond à une demande des personnes à mobilité réduite, le plus souvent des personnes âgées ne pouvant se déplacer seules.

De nombreux pharmaciens ont rapporté l'existence d'un service régulier directement au véhicule du patient. Le pharmacien vient chercher les ordonnances et remet ensuite les médicaments en dispensant les conseils indispensables au bon suivi du traitement. Ce service met en exergue l'intérêt d'un service de pharmacie-drive, déjà développé en Belgique et qui émerge dans le Nord de la France.



L'enquête que nous avons réalisée a mis en évidence le ressenti d'un manque d'informations de la part des pharmaciens d'officine vis-à-vis du handicap et de sa prise en charge, tant au niveau de l'accueil des personnes qu'au niveau des réponses à apporter face à un problème d'ordre financier par exemple. Dans le même temps, l'enquête démontre que les pharmaciens sont très demandeurs de ces informations.

II- Rôle du pharmacien d'officine dans la prise en charge des handicaps

A- Accueil⁶⁰

L'accueil est défini comme « l'action et la manière d'accueillir, de recevoir quelqu'un ou quelque chose ». L'accueil des patients à l'officine est un élément essentiel dans le métier de pharmacien et détermine souvent la qualité de l'échange à venir. Ainsi, une prise de contact souriante, chaleureuse et professionnelle, une écoute attentive, empathique et empreinte de tact et un conseil juste et efficace sont les clés de la réussite d'un entretien efficace entre le pharmacien et le patient.

⁶⁰ **Ministère délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, Vivre ensemble, Guide des civilités à l'usage des gens ordinaires, Ed Idéecom, novembre 2005**

L'accueil des personnes handicapées présente des particularités supplémentaires liées au handicap. Nous allons exposer ici quelques-unes de ces particularités.

1) Accueil des personnes handicapées moteurs

Il faut tout d'abord veiller à ce que l'officine soit accessible aux personnes en fauteuil roulant ou marchant avec difficultés, que ce soit à l'extérieur et à l'intérieur de l'officine (éviter les obstacles).

Une des premières règles concernant l'accueil des personnes handicapées moteurs est de s'adresser directement à la personne elle-même et ceci même si une tierce personne l'accompagne.

Si possible le pharmacien se mettra à la hauteur du patient en fauteuil roulant ou de petite taille via un comptoir adapté afin d'éviter le sentiment d'infériorité pouvant découler de la différence de taille.

Si le patient a des difficultés pour rester debout (c'est notamment le cas d'un certain nombre de personnes âgées), lui proposer de s'asseoir.

Du fait d'un handicap moteur cérébral ou de séquelles d'un traumatisme crânien, le patient peut présenter des difficultés d'élocution, l'intelligence n'en est pas altérée. Le pharmacien doit s'adresser de manière normale et laisser le temps au patient pour répondre.

Le pharmacien peut également proposer son aide pour le déplacement dans l'officine et passer devant le comptoir pour déposer les médicaments dans le panier du fauteuil roulant après l'avoir proposé au patient.

2) Accueil des personnes handicapées visuelles

Une personne déficiente visuelle ne peut pas voir si un comptoir est libre, le pharmacien doit donc s'adresser à elle le plus personnellement possible (et non à

l'accompagnant) et se présenter. Il ne faut surtout pas hésiter à parler et à expliquer ; la communication visuelle n'existant plus.

Ne pas oublier de signaler à la personne lorsqu'on quitte le comptoir pour aller chercher les médicaments.

Enfin il faut signaler au patient les obstacles pouvant se présenter et notamment ceux non appréhendables par l'utilisation d'une canne blanche (obstacles aériens).

3) Accueil des personnes handicapées auditives

Le pharmacien doit tout d'abord savoir repérer les personnes malentendantes : personne communiquant avec des signes, présentant un calepin et un crayon, pointant son oreille du doigt en secouant la tête.

Il a également un rôle de prévention face au problème de sénescence auditive.

Pour dialoguer avec une personne malentendante, le pharmacien doit toujours s'adresser face à la personne (ne pas lui parler en tournant le dos), en effet les personnes malentendantes ou sourdes utilisent souvent la lecture labiale pour comprendre leur interlocuteur.

S'assurer qu'il n'y a pas d'obstacle pouvant empêcher la lecture labiale (ne pas mâcher de chewing-gum, éviter de mettre la main devant la bouche) et que le lieu est suffisamment éclairé.

Le port d'une barbe ou d'une moustache peut aussi gêner la lecture labiale.

Éviter les bruits de fond dans l'officine qui peuvent gêner la compréhension.

Veiller également à ce que le patient vous regarde lorsque vous lui parlerez.

Lors du dialogue, le pharmacien doit faire des phrases courtes, bien articuler et parler clairement à un rythme modéré sans crier en accompagnant de gestes et d'expressions du visage. En cas d'incompréhension, il devra reformuler plutôt que répéter. Il doit être patient et ne pas hésiter à utiliser l'écriture pour s'assurer que l'interlocuteur a bien compris.

B- Conseils aux personnes handicapées

Le handicap est accompagné dans certains cas d'effets indésirables auxquels le pharmacien peut répondre par des aides et des conseils. Ainsi des effets indésirables telles que l'incontinence, la constipation, l'apparition d'escarres ou encore la spasticité peuvent découler d'un handicap moteur ou d'un alitement prolongé. La prise en charge de la douleur est également très importante pour tout type de handicap. D'autres symptômes tels que les nausées et vomissements, la diarrhée, des troubles digestifs ou respiratoires peuvent survenir. L'accompagnement psychologique est également un élément important dans la prise en charge d'un handicap.

1) Les troubles sphinctériens (ou incontinence)

La survenue d'une pathologie sphinctérienne liée aux troubles moteurs sera le plus souvent urinaire et intestinale.

Les troubles sphinctériens peuvent être secondaires à l'importance du déficit moteur et de la perte d'autonomie associée ; en effet d'une part, le déficit moteur provoque un déficit massif des abdominaux qui joue un rôle important dans la continence, d'autre part l'atteinte diffuse importante conduit le patient à être souvent en position assise prolongée conduisant à une compression du périnée qui va favoriser l'apparition d'hémorroïdes et de dysuries.

Les troubles sphinctériens peuvent également résulter directement de la maladie entraînant le déficit moteur.

a- Les troubles urinaires

Les troubles vésico-sphinctériens peuvent survenir chez l'enfant, on parle alors d'énurésie – elle est généralement à prédominance nocturne ; chez la femme, ils peuvent apparaître suite à une grossesse ; chez l'homme, ils peuvent être consécutifs à une hypertrophie bénigne de la prostate. Ils sont de plus en plus fréquents chez les personnes âgées en raison d'une altération des fonctions vésico-sphinctériennes : soit une altération des

fonctions cognitives et/ou neurologiques, soit un vieillissement de la paroi vésicale responsable d'une hyperactivité de la vessie, soit des séquelles de chirurgie, ou encore une altération consécutive à la prise de certains médicaments. Les troubles vésico-sphinctériens peuvent également être induits par des pathologies touchant le cerveau, la moelle épinière ou les nerfs périphériques ; en effet les mécanismes de contrôle neurologique de la continence sont très complexes. Ainsi une incontinence peut survenir chez des patients victimes d'accident vasculaire cérébral, les blessés médullaires, des patients atteints de sclérose en plaque, mais aussi chez des enfants atteints de spina bifida avec myéломéningocèle.⁶¹

Les troubles urinaires se résument en difficultés à uriner (dysurie) et/ou une incapacité à retenir ses urines (incontinence). Ils peuvent conduire à des complications multiples :

- des complications aiguës, le plus souvent infectieuses : prostatites et pyélonéphrites
- des complications circonstanciées telles que l'infection ou la lithiase
- des complications progressives : altération des parois vésico-urétrales, perte d'élasticité, modification du tonus et de l'activité réflexe, reflux voire insuffisance rénale
- des complications dues au traitement : port d'un collecteur lors de sondages ou complication iatrogène

On distingue l'incontinence urinaire transitoire de l'incontinence urinaire chronique.

L'incontinence urinaire transitoire, le plus souvent réversible, peut avoir une origine fonctionnelle (suite à une immobilisation pour thrombose veineuse profonde, fracture du bassin, accident vasculaire cérébral...), une origine médicamenteuse (voir tableau), une origine infectieuse (l'irritation peut provoquer des contractions vésicales) ou encore un fécalome rectal (responsable de contractions vésicales).

⁶¹ Pr Haab F., Rapport sur le thème de l'incontinence urinaire, Ministère de la Santé et des Solidarités, Avril 2007

Incontinence urinaire transitoire : les causes iatrogènes ⁶²	
Médicaments	Effets
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	Hypertonie sphinctérienne
Antagonistes calciques	Diminution des contractions du détrusor

L'incontinence urinaire chronique est classée en plusieurs classes :

- l'incontinence urinaire d'effort : survenue de fuites urinaires lors d'un effort de type toux, rire, éternuement, marche, soulèvement de charges et sport. Elles sont de faible quantité et ne surviennent jamais durant le sommeil. Il s'agit d'une incontinence passive par diminution des résistances urétrales. En fonction du niveau de gravité de l'incontinence, on distingue trois grades : I (fuites en cas d'effort ou toux importante), II (fuites lors d'activités courantes), III (fuites permanentes même en position allongée) ;
- l'instabilité vésicale (ou miction impérieuse) : survenue de fuites urinaires fréquentes de grande quantité diurne ou nocturne, précédée d'une sensation de besoin impérieux, c'est-à-dire la personne n'a pas le temps de se rendre au cabinet de toilettes. Il s'agit d'une incontinence active par hyperréflexie détrusoriale, des contractions involontaires dues à une simple infection ou à d'autres causes : tumeur, calcul, irradiation, certaines chimiothérapies, dégénérescence épithéliale par déficience en œstrogènes, lésions du système nerveux, anxiété, causes infectieuses ou obstructives ;
- l'incontinence urinaire fonctionnelle : la mobilité est altérée par certaines pathologies ou le contrôle neurologique fait défaut (maladie de Parkinson, séquelles d'hémiplégie, polyarthrose, démence...) ;

⁶² **Corpus de Gériatrie**, Incontinence urinaire et fécale du sujet âgé, p.109-119, janvier 2000

- les mictions par regorgement dues à un obstacle (par exemple une hyperplasie bénigne de la prostate) ou à une atonie du détrusor ;
- l'incontinence mixte, correspond à l'association de plusieurs mécanismes : urgence mictionnelle associée à une incontinence sphinctérienne.

L'incontinence a des origines diverses qui varient selon le type d'incontinence :

Incontinence urinaire chronique organique : causes principales ⁶³		
Type d'incontinence	Mécanisme	Causes
Impériosité mictionnelle (vessie instable)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ inflammation chronique ▪ obstacle mictionnel ▪ contrôle neurologique altéré ▪ réduction capacité vésicale 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ lithiase, sonde vésicale ▪ adénome prostatique, sclérose du col vésical, prolapsus ▪ démence ▪ tumeur
Incontinence sphinctérienne (incontinence d'effort)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ troubles de la statique pelvienne ▪ traumatisme sphinctérien 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ carence oestrogénique ▪ accouchements dystociques ▪ prolapsus ▪ séquelles chirurgicales d'adénomectomie
Miction par regorgement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ obstacle urétral ▪ atonie du détrusor 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ adénome et cancer de prostate ▪ sclérose du col vésical ▪ sténose urétral ▪ vessie « claquée » ▪ diabète ▪ médicaments

La prise en charge des troubles urinaires a plusieurs objectifs : avoir une évacuation vésicale régulière et suffisante tout en évitant le trop-plein vésical prolongé, éviter toute surpression prolongée ou répétée et prévenir tout risque infectieux ou traiter l'infection. Elle dépend du patient (homme ou femme), du type d'incontinence et de la cause des fuites. Cette prise en charge repose sur l'apprentissage et le respect de mesures hygiéno-diététiques et comportementales, les traitements médicamenteux, la rééducation, la chirurgie et les traitements palliatifs (protections et appareillage). L'arbre décisionnel permet de regrouper l'ensemble des prises en charge.

⁶³ Op.cit. réf. 62 : **Corpus de Gériatrie**, Incontinence urinaire et fécale du sujet âgé, p.109-119, janvier 2000

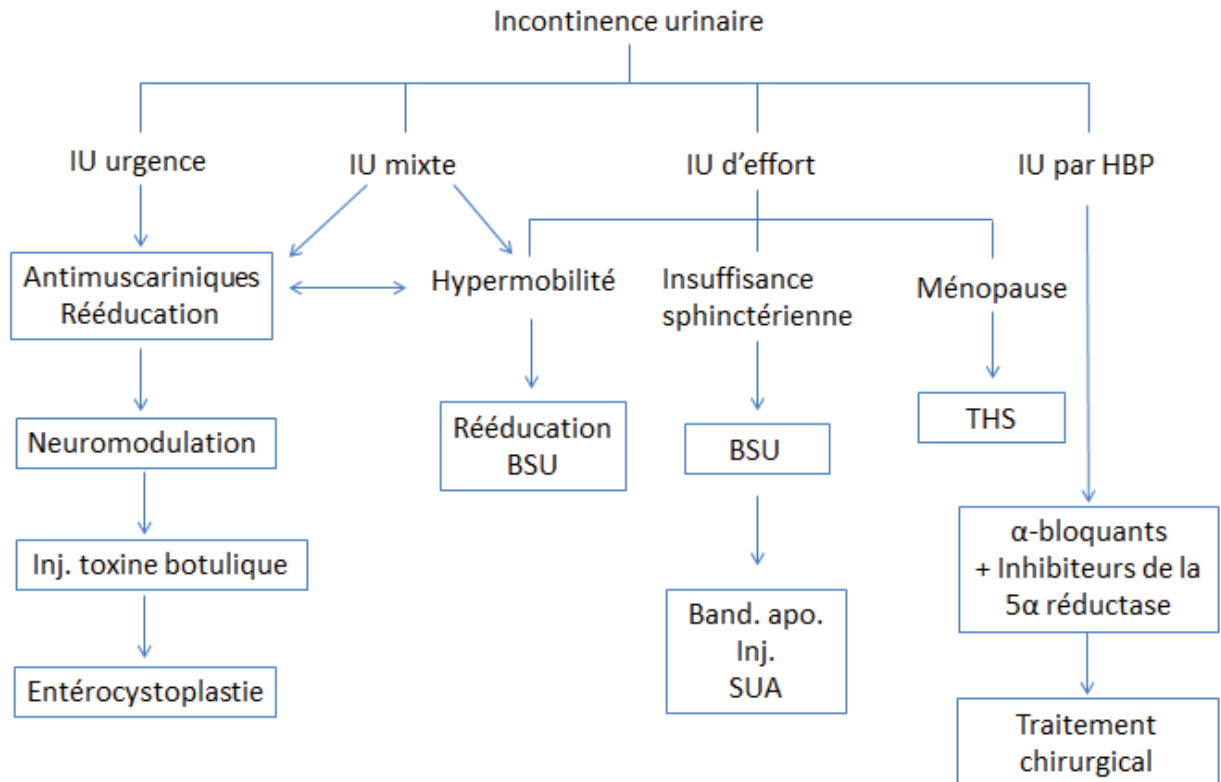


Figure 11 : Arbre décisionnel dans la prise en charge de l'incontinence urinaire

Nous allons maintenant aborder les différents aspects de cette prise en charge.

i- Mesures hygiéno-diététiques et comportementales⁶⁴

La mise en place de certaines mesures va permettre une amélioration de l'incontinence :

- Une bonne gestion des boissons : les patients incontinents ont parfois tendance à diminuer le volume quotidien de boissons, afin de diminuer le phénomène d'incontinence. Il est important d'assurer une bonne hydratation (environ 1,5 L) à répartir en quantité raisonnable tout au long de la journée. En cas d'incontinence à prédominance nocturne, on peut conseiller de reporter la majorité des prises en première partie de journée ;

⁶⁴ Op.cit. réf. 62 : **Corpus de Gériatrie**, Incontinence urinaire et fécale du sujet âgé, p.109-119, janvier 2000

- Limiter la consommation d'alcool, thé, café et sodas contenant de la caféine, qui sont des boissons diurétiques ;
- Réévaluer les traitements médicamenteux susceptibles d'aggraver ou de provoquer l'incontinence : antidépresseurs, antipsychotiques, diurétiques... ;
- Essayer de bien vider sa vessie à chaque miction, notamment avant d'aller se coucher ;
- Grille ou calendrier mictionnel des 24 heures : remplie par le malade ou par son entourage, elle permet de préciser l'espacement des mictions, la sensation de besoin et l'éventuelle survenue de pertes urinaires. Cette grille permet ensuite d'établir des protocoles de mictions urinaires programmées afin de réduire la fréquence et la gravité de l'incontinence ;
- Prévenir les infections urinaires ;
- Prévenir et soigner les troubles de la prostate ;
- Traiter la constipation : la constipation oblige à « pousser » lorsque le patient va aux toilettes, créant une mobilisation des muscles abdominaux et une augmentation de la pression pouvant être néfastes en cas d'hyperactivité vésicale. Le patient doit éviter le surpoids et la sédentarité qui sont des facteurs de constipation ;
- Perte de poids : le surpoids crée une pression supplémentaire sur les muscles et sur la vessie, aggravant l'incontinence. Un régime associé à de l'exercice physique et un changement du style de vie sont bénéfiques dans la prise en charge de l'incontinence ;
- Arrêt du tabac : le tabac risque d'exacerber l'incontinence d'effort car il fait tousser, provoquant une pression sur l'abdomen ;
- Eviter les sports qui forcent sur le périnée, tels que la course à pied, les sauts, l'aérobic, le volley-ball ou la musculation intensive.

ii- Rééducation⁶⁵

La rééducation périnéale est le traitement de première intention dans l'incontinence urinaire d'effort chez la femme et chez l'homme.

Cette rééducation repose sur le renforcement des muscles du plancher pelvien. Enseignée par les sages-femmes ou les kinésithérapeutes, elle se déroule généralement en 15 séances, à raison de 2 à 3 séances par semaine. Le patient apprend alors à contracter les muscles du périnée, ce qui permet un soutien suffisant au niveau du col vésical. Une part importante de la rééducation réside dans la répétition à domicile par le patient des exercices appris au cours des séances. Les muscles du périnée doivent être tendus le temps de compter jusqu'à 6, puis détendus ; cet exercice doit être répété 10 fois de suite, 5 à 10 fois par jour.

La rééducation peut être soutenue par l'électrostimulation, l'utilisation de cônes vaginaux et la technique de biofeedback.

L'électrostimulation renforce le périnée par la stimulation des fibres des nerfs, qui vont induire une contraction des muscles du périnée. Des courants électriques de basse intensité sont donc délivrés par sonde vaginale ou anale. Cette technique a toute sa place chez les patients qui ne peuvent pas (bien) contracter le plancher pelvien, en cas de faiblesse du périnée ou si le patient n'est pas capable pour des raisons mentales d'effectuer les exercices (patient atteint de démences, de maladies d'Alzheimer, séquelles d'AVC...).

La rééducation par les cônes vaginaux consiste à tendre les muscles du périnée en retenant un cône de plus en plus lourd dans le vagin.

Le biofeedback est une méthode permettant au patient d'apprendre à tendre ses muscles périnéaux grâce à l'utilisation d'un appareil de mesures assurant la visualisation des contractions du périnée. Le patient peut ainsi apprendre à faire des contractions optimales.

L'efficacité de ces méthodes est appréhendée sur la durée, environ 2 mois.

⁶⁵ C.B.I.T., Prise en charge de l'incontinence urinaire, Fiche de transparence du Centre Belge d'Information Thérapeutique, Août 2011

Dans l'incontinence urinaire d'urgence, en sus de la rééducation périnéale, on conseille une rééducation vésicale. Elle a pour objectif d'augmenter le volume mictionnel et l'intervalle entre chaque miction et de freiner les urgences mictionnelles, en supprimant les contractions involontaires du détrusor, ceci en renforçant le réflexe périnéo-détrusorien inhibiteur. La rééducation vésicale peut être associée à la mise en place d'un calendrier mictionnel. La vessie est donc entraînée en urinant à des moments fixes puis en augmentant progressivement l'intervalle de temps entre ces mictions et en retenant l'urine au moment de l'envie d'uriner. L'entraînement vésical peut également être utilisé en cas d'incontinence d'effort et d'incontinence mixte.

iii- Traitements médicamenteux⁶⁶

Les traitements médicamenteux diffèrent selon qu'il s'agit d'une incontinence par hyperactivité vésicale ou d'une incontinence d'effort et selon qu'elle concerne un homme ou une femme.

Le traitement de première intention de l'incontinence par hyperactivité vésicale (ou incontinence urinaire d'urgence) a pour objectif principal de limiter les contractions vésicales. La classe pharmacologique permettant une réponse adaptée chez l'homme et la femme est la classe des antispasmodiques musculotropes. Ils permettent de lutter contre la réactivité excessive de la vessie. Les différentes molécules disponibles en France sont regroupées dans le tableau suivant.

⁶⁶ **Conquy S.**, Recommandations pour le traitement médicamenteux de l'incontinence urinaire non neurologique féminine, Progrès en Urologie, p.100-103, 2010

Les différents médicaments de l'urgenterie disponibles en France ⁶⁷				
DCI	Noms commerciaux	Voie d'administration	Dose usuelle par jour	Remboursement SS
Oxybutinine	Ditropan®, Driptane et génériques	Orale	5 à 15 mg	Oui 30%
Toltérodine	Détrusitol®	Orale	2 à 4 mg	Non
Solifénacine	Vesicare®	Orale	5 à 10 mg	Oui 30%
Chlorure de trospium	Céris®	Orale	40 mg	Oui 30%
Flavoxate	Urispas®	Orale	200 à 600 mg	Oui 15%

L'oxybutinine, la toltérodine, la solifénacine et le chlorure de trospium appartiennent à la classe des antimuscariniques (ou anticholinergiques). L'oxybutinine est le chef de file de cette classe thérapeutique et est le plus utilisé dans cette indication. Les anticholinergiques induisent un blocage de la voie parasympathique de l'acétylcholine, inhibant ainsi les contractions volontaires et involontaires du détroisor. Ils sont contre-indiqués en cas de glaucome par fermeture de l'angle, de risque de rétention urinaire, de myasthénie, d'atonie intestinale, d'arythmie ou encore de syndrome sec. La prise de ces molécules peut entraîner certains effets indésirables tels qu'une sécheresse buccale, des troubles de la conscience, des troubles digestifs à type de nausées, constipation, des troubles visuels ou encore une augmentation du rythme cardiaque.

Le flavoxate (Urispas®) est un antispasmodique sans effet anticholinergique, utilisé en cas de troubles modérés ou d'intolérance aux anticholinergiques. Le mécanisme d'action n'est pas clairement démontré mais il provoque une diminution du seuil d'excitation vésicale lors de la distension augmentant ainsi la capacité vésicale.

Dans l'incontinence urinaire d'effort, d'autres traitements sont considérés selon l'origine de l'incontinence.

⁶⁷ Vidal, Dictionnaire Vidal, 89e éd. Paris : Ed. du Vidal, 2013

Ainsi des traitements par œstrogènes sont mis en place chez les femmes ménopausées atteintes d'incontinence urinaire. En effet, chez ces femmes, des taux bas d'œstrogènes ont été mis en évidence. Des antécédents thromboemboliques et la survenue d'un cancer du sein ou de l'endomètre constituent des contre-indications au traitement hormonal. Les traitements oestrogéniques sont utilisés en application locale afin de traiter la trophicité urétrale et de renforcer la musculature du plancher pelvien. Les traitements utilisés sont regroupés dans le tableau suivant.

Les principaux œstrogènes par voie vaginale disponibles en France ⁶⁸			
DCI	Noms commerciaux	Forme galénique	Remboursement SS
Estriol	Trophicrème®	Crème	Oui 30%
	Gydrelle®	Crème	Oui 30%
	Physiogine®	Crème ou ovules	Oui 30% et 15%
Estriol + Progestérone	Trophigil®	Ovules	Oui 30%
	Florgynal®	Ovules	Oui 30%
Promestriène	Colpotrophine®	Crème ou ovules	Oui 30%

Le traitement hormonal expose néanmoins à un risque vasculaire plus important ainsi qu'un risque de survenue de cancers hormonaux-dépendants : cancers du sein et de l'endomètre.

Les antagonistes alpha-adrénergiques (tamsulosine, alfuzosine, doxazosine) sont indiqués chez l'homme dans l'hypertonie urétrale associée à l'adénome prostatique. Ils inhibent le tonus sphinctérien alpha et facilitent le relâchement urétral. Les effets indésirables relevés sont des sensations vertigineuses, une hypotension orthostatique, une asthénie, des céphalées. Ses principales contre-indications sont l'hypotension orthostatique et l'insuffisance rénale ou hépatique.

Les alpha-bloquants sont souvent associés aux inhibiteurs de la 5-alpha réductase (finastéride, dutastéride) qui participent à la diminution du volume de la glande. Des effets

⁶⁸ Vidal, Dictionnaire Vidal, 89e éd. Paris : Ed. du Vidal, 2013

indésirables à type d'allergie (prurit, éruptions, urticaire) ont été relevés ainsi que des troubles de la fonction sexuelle (baisse de la libido, impuissance, douleurs...). L'insuffisance hépatique sévère est une contre-indication.

Les traitements des troubles urinaires dus à une hypertrophie bénigne de la prostate sont regroupés dans le tableau suivant.

DCI	Noms commerciaux	Voie d'administration	Dose usuelle par jour	Remboursement SS
Tamsulosine	Omix®, Mecir®, Omexel®, Josir®	Orale	0,4 mg	Oui 30%
Alfuzosine	Xatral®, Urion®	Orale	7,5 à 10 mg	Oui 30%
Doxazosine	Zoxan®	Orale	4 à 8 mg	Oui 30%
Térazosine	Hytrine®	Orale	5 mg	Oui 30%
Finastéride	Chibro-Proscar®	Orale	5 mg	Oui 30%
Dutastéride	Avodart®	Orale	0,5 mg	Oui 30%
Tamsulosine + Dutastéride	Combodart®	Orale	0,4 mg/0,5 mg	Oui 15%

iv- Traitement chirurgical^{70 71}

Lorsque la rééducation périnéale et les traitements médicamenteux ont échoué, un traitement chirurgical peut être envisagé.

La procédure la plus utilisée pour une incontinence urinaire d'effort relative à une hypermobilité vésico-urétrale repose sur la pose de bandelettes sous-urétrales à travers le vagin. Ces bandelettes sous-urétrales recréent le plan physiologique de l'urètre et renforcent le support défaillant tout en respectant le col vésical. Lors d'un effort, l'augmentation de la pression intra-abdominale et la présence des BSU vont permettre la fermeture de l'urètre.

⁶⁹ Vidal, Dictionnaire Vidal, 89e éd. Paris : Ed. du Vidal, 2013

⁷⁰ Xylinasa E., Descazeaudb A., Deuxième bandelette sous-urétrale pour le traitement de l'incontinence urinaire d'effort après échec d'une première bandelette, Progrès en urologie, p. 590-594, 2009

⁷¹ Yiou R., CHU Henri Mondor, Service d'Urologie, Traitements actuels de l'incontinence urinaire d'effort chez la femme, Les entretiens de Bichat, 2013 [en ligne] <http://www.lesentretiensdebichat.com>

Des implants neuro-modulateurs de racines sacrées sont proposés dans les cas d'hypermobilité vésicale résistante aux traitements médicamenteux.

En cas d'insuffisance sphinctérienne, d'autres techniques chirurgicales sont envisagées :

- la technique d'injections péri-urétrales de substances inertes, notamment du collagène, du silicone ou de l'acide hyaluronique, semble avoir des effets bénéfiques
- l'implantation d'un sphincter artificiel par voie transvaginale, laparotomie ou cœlioscopie
- les ballons périurétraux ACT®, moins invasifs que le sphincter artificiel, positionnés de chaque côté du col vésical et de l'urètre, plus ou moins gonflés en fonction de la situation clinique

La prise en charge de l'incontinence urinaire d'urgence rebelle aux traitements médicamenteux s'appuie sur plusieurs méthodes :

- la neuromodulation sacrée repose sur l'implantation d'une électrode au contact de la racine sacrée S3 créant un champ électrique qui va émettre des impulsions permettant de rétablir une communication efficace entre le cerveau et la vessie
- l'injection intra-détrusorienne de toxine botulique de type A (Botox®) dans la paroi vésicale, d'utilisation limitée, n'a pas d'AMM dans cette indication. Elle n'est utilisée qu'après échec des traitements rééducatifs, médicamenteux ou de la neuromodulation
- l'entérocystoplastie ou agrandissement de la vessie est la solution de dernier recours en cas d'hyperactivité vésicale

En cas d'incontinence due à une hypertrophie bénigne de la prostate, lorsque le traitement médicamenteux est insuffisant, l'urologue peut avoir recours à un traitement chirurgical de l'adénome pour diminuer l'incontinence.

v- Traitements palliatifs⁷²

Deux grandes catégories de produits palliatifs sont actuellement distribuées en France : les produits non absorbants et les produits absorbants.

a. Les produits non absorbants

Les produits non absorbants sont des dispositifs médicaux qui portent la norme CE. Le taux de TVA est de 5,5%. On distingue dans cette catégorie les étuis péniens, les poches collectrices et les sondes vésicales d'autosondage.

L'étui pévien est destiné à l'incontinence urinaire masculine. Il est inscrit sur la LPPR. Il s'agit d'un dispositif non invasif généralement constitué de latex souple ou de silicone équipé d'un joint auto-adhésif hypoallergénique ou d'une bandelette adhésive à part qui assure l'étanchéité du système. Il permet le recueil des urines dans une poche qui s'adapte à l'étui pévien. La poche est ensuite fixée sur la jambe dans la journée et au lit pendant la nuit. Une réglette préalablement fournie au patient permettra de déterminer le diamètre de l'étui pévien.



Figure 12 : Etui pévien
Op. cit. réf 61

Quelques conseils doivent être préconisés au patient lors de la délivrance afin d'assurer une meilleure efficacité :

- en cas de pilosité abondante, il est déconseillé de raser la zone pour éviter les irritations lors de la repousse ; il est recommandé de couper les poils pubiens aux ciseaux pour assurer une meilleure adhérence ;
- avant la pose de l'étui pévien, une toilette et un séchage soigneux doivent être entrepris, tout en veillant à éviter l'usage de savons avec glycérine qui est anti-adhésive ;

⁷² Op.cit. réf. 61 : **Pr Haab F.**, Rapport sur le thème de l'incontinence urinaire, Ministère de la Santé et des Solidarités, Avril 2007

- si la peau est irritée, un protecteur cutané peut être utilisé pour former un film écran entre la peau et l'étui pénien ;
- l'étui ne doit pas serrer, ni glisser, et le patient devra veiller à ce qu'il n'y ait pas de couture au niveau de la tubulure reliant la poche à l'étui pénien.

Les poches collectrices sont de capacité différente selon l'usage. Ainsi il existe des poches d'une capacité allant de 250 mL jusqu'à 2000 mL. Les poches de jour de plus petite capacité sont ainsi fixées au niveau du mollet ou de la cuisse par l'intermédiaire d'un filet ou de lanières d'attaches en velcro. Les poches de nuit ont généralement une contenance allant de 1,5 à 2 L. Elles sont fixées au lit par l'intermédiaire d'une porte poche métallique. La poche ne doit jamais se trouver par terre.



Figure 13 : Poche collectrice
Op. cit. réf 61

Les poches peuvent être stériles, graduées ou non et sont équipées d'une valve anti-reflux. Elles sont fabriquées dans un matériau non bruyant pour un meilleur confort du patient. Elles se raccordent à l'étui pénien et doivent être vidables pour être prises en charge par la Sécurité Sociale.

Certaines poches munies de valves coulissantes sont équipées de marques supplémentaires permettant aux personnes malvoyantes de mieux contrôler la position de la valve. D'autres modèles sont équipés de fils tubulaires en élasthanne pour une fixation plus discrète.

Les sondes vésicales d'auto-sondage permettent de vider correctement et totalement la vessie. Elles permettent d'éviter les complications dues à une rétention d'urine, notamment les infections urinaires, et à long terme, l'auto-sondage préserve la fonction rénale. De plus, il évite la pose d'une sonde



Figure 14 : Sonde urinaire
Op. cit. réf 61

à demeure, plus invasive. L'autosondage convient notamment aux personnes paraplégiques ou tétraplégiques. L'apprentissage de la technique nécessite l'absence de troubles cognitifs. En revanche, la vue n'est pas nécessaire à la réalisation d'un autosondage ; les personnes malvoyantes peuvent donc utiliser cette technique. Il convient de faire 4 à 6 sondages par jour, dont un le matin et un au coucher et de ne plus avoir de mictions spontanées entre les sondages. Une nouvelle sonde devra être utilisée à chaque fois. Plusieurs types de sondes existent : les sondes à lubrifier au moment du sondage (peu utilisées), les sondes auto-lubrifiées et les sondes pré-lubrifiées prêtes à l'emploi. La taille de la sonde est choisie en fonction du diamètre de l'urètre par le médecin urologue. Le diamètre s'exprime en unité charrière (CH) correspondant à 1/3 de millimètre et la longueur des sondes est différente pour les sondes d'homme, de femme et d'enfant. Toutes les sondes sont stériles. Elles sont en PVC, latex ou polyuréthane et peuvent être droites ou béquillées . Le nombre journalier de sondes prises en charge dépend de la prescription médicale.

Les sondes peuvent être reliées à un sac collecteur, permettant ainsi aux patients d'effectuer un autosondage dans un lieu où il n'y a pas de toilettes lorsqu'ils sont en déplacement. Il existe également des kits d'autosondage contenant le nécessaire pour la réalisation d'un autosondage.

b. Les produits absorbants

Les produits absorbants également appelés « protections » ou « couches » pour adulte ne sont pas classés comme dispositifs médicaux et n'ont pas l'obligation d'un marquage CE. Leur taux de TVA est de 19,6%. Il existe un nombre important de références. Parmi les produits absorbants, on distingue les produits à usage unique et les produits réutilisables lavables.

Ils ne sont pas inscrits sur la LPPR et ne bénéficient donc d'aucune prise en charge par l'assurance maladie. L'APA est la seule aide en France permettant de financer l'achat des produits absorbants pour les personnes de plus de 60 ans qui en bénéficient.

Deux grandes catégories de produits absorbants sont définies en fonction de la pathologie auxquelles ils s'adressent :

- les protections pour l'incontinence légère : protège-slips, serviettes périodiques sont utilisées pour l'incontinence par regorgement ou d'effort. La capacité d'absorption est généralement inférieure à 500 mL.
- les protections pour l'incontinence modérée ou lourde : changes complets, protections avec ceintures, protections anatomiques, slips absorbants, alèses. La capacité d'absorption est comprise entre 500 et 2000 mL.

b- Les troubles intestinaux⁷³

Les troubles intestinaux les plus fréquents prennent la forme d'incontinence fécale accompagnée d'insuffisance d'évacuation. Ces troubles conduisent souvent à une complication : la stagnation de selles coliques, qui est un facteur de colopathies.

Le premier traitement de ces troubles prend la forme d'une rééducation comportementale centrée sur la régularité et la technique des évacuations, associée à un régime équilibré et un apport de boissons suffisant, visant à éviter le phénomène de constipation et le phénomène inverse de diarrhée. Si la rééducation ne suffit pas, des lavements coliques peuvent être proposés, le but étant d'éviter toute émission de selles entre deux lavements.

Comme pour l'incontinence urinaire, la technique de biofeedback et l'électrostimulation des racines sacrées peuvent être proposées aux patients afin de réduire l'incontinence fécale.

⁷³ Op.cit. réf. 62 : **Corpus de Gériatrie**, Incontinence urinaire et fécale du sujet âgé, p.109-119, janvier 2000

La neuromodulation puis la chirurgie (sphincter anal artificiel) seront envisagées en tout dernier recours.

2) La spasticité⁷⁴

La spasticité ou hypertonie musculaire pyramidale est un symptôme dû à une lésion de la voie pyramidale (fibres nerveuses commandant les mouvements volontaires). Caractérisée par une exagération du réflexe myotatique (contraction réflexe d'un muscle déclenchée par son propre étirement), la spasticité accompagnée d'autres signes tels qu'une hémiplégie ou une anomalie des réflexes cutanés constitue un syndrome pyramidal.

La spasticité est un symptôme qui survient relativement fréquemment suite à des troubles neurologiques déficitaires dus à un accident vasculaire cérébral, un traumatisme crânien, des lésions médullaires ou encore à une sclérose en plaque.

Quelle que soit son origine, la spasticité a un retentissement négatif sur l'appareil locomoteur et sur la motricité et entraîne des complications majeures à type de rétractions musculaires conduisant à une diminution de l'autonomie : difficultés pour faire sa toilette, à l'habillage, et un risque important de survenue d'escarres et de douleurs notamment par contractions musculaires prolongées, tendinopathies secondaires et hyperpression articulaire. Chez l'enfant en croissance, la spasticité peut entraîner des déformations du squelette responsables d'altérations motrices.

La mise en œuvre d'un traitement adapté ne peut se faire qu'après évaluation de la spasticité du patient. Celle-ci se fait à plusieurs niveaux :

- mesure du symptôme lui-même : l'échelle d'Ashworth (ou plus rarement l'échelle de Tardieu) mesure l'hypertonie musculaire et l'échelle de Penn mesure les spasmes ;

⁷⁴ **Deltombe T., Gustin T., De Cloedt P., Lenfant P., Fostier M., Ossemann M., Collard R., Leeuwerck M., Peret F., Rak R.**, La prise en charge interdisciplinaire du traitement de la spasticité de l'adulte, Journal International de Médecine en ligne, 2012

Echelle d'Ashworth modifiée (Bohannon et Smith 1987) ⁷⁴	
0	Pas d'augmentation du tonus musculaire
1	Légère augmentation du tonus musculaire avec sensation d'accrochage en fin de course
1+	Légère augmentation du tonus musculaire avec sensation d'accrochage en début de course
2	Augmentation importante du tonus durant toute la course mais le segment reste facilement mobilisable
3	Augmentation importante du tonus avec segment difficilement mobilisable
4	Rigidité segmentaire avec mouvement passif impossible

Echelle de spasme de Penn ⁷⁴	
0	Absence de spasme
1	Spasme induit par stimulation sensorielle ou mobilisation passive
2	Spasme spontané occasionnel
3	1 à 10 spasmes spontanés par heure
4	Plus de 10 spasmes spontanés par heure

- mesure des conséquences : l'amplitude articulaire est mesurée par goniométrie, la douleur par échelle visuelle analogique et la gêne aux mouvements actifs est mesurée par diverses échelles cliniques et analyses instrumentales.

La spasticité ne doit être traitée que si elle occasionne une gêne fonctionnelle. Avant la mise en place de tout traitement, la recherche et le traitement des épines irritatives doivent être mis en œuvre. Les épines irritatives sont des facteurs d'aggravation de la spasticité tels qu'une infection urinaire, un ostéome ou encore la survenue d'escarres.

La prise en charge de la spasticité repose ensuite sur la kinésithérapie, les traitements médicamenteux per os, les traitements médicamenteux locaux et la chirurgie en dernier recours.

i- Les traitements physiques⁷⁵

La kinésithérapie est un outil indispensable dans la prise en charge de la spasticité, mais elle est d'un intérêt limité notamment à long terme. Les techniques utilisées sont très variées et souvent bénéfiques pour le confort du patient à court terme. Des mobilisations et des postures d'étirement musculaire sont ainsi réalisées par le kinésithérapeute afin de lutter contre les rétractions musculaires. L'électrothérapie et la cryothérapie sont également utilisées pour diminuer la spasticité. Enfin l'éducation du patient à l'auto-rééducation est également enseignée par le kinésithérapeute.

Le port d'orthèses ne traite pas la spasticité mais permet d'éviter ses répercussions fonctionnelles et les rétractions.

ii- Les traitements pharmacologiques *per os*^{76,77,78}

Utilisés dans la spasticité généralisée, les traitements pharmacologiques *per os* sont les traitements de première intention, en association avec la kinésithérapie. Plusieurs classes pharmacologiques ont démontré une efficacité dans la prise en charge de la spasticité. Le choix du traitement dépend notamment du type de spasticité : diffuse ou focale.

Les traitements pharmacologiques <i>per os</i> de la spasticité ⁷⁹			
DCI	Noms commerciaux	Voie d'administration	Remboursement SS
Baclofène	Lioréal®	Orale	Oui 30%
Clonazépan	Rivotril®	Orale	Oui 65%
Diazépan	Valium®	Orale	Oui 65%
Dantrolène	Dantrium®	Orale	Oui 30%
Gabapentine	Neurontin®	Orale	Oui 65%
Tizanidine	Sirdalud®	Orale	ATU

⁷⁵ **Chauvière C.**, La spasticité, Mécanismes et traitements masso-kinésithérapiques, Les cahiers de kinésithérapie, Février-Mars 2002

⁷⁶ Op.cit. réf. 74 : **Deltombe T., Gustin T., De Cloedt P., Lenfant P., Fostier M., Ossemann M., Collard R., Leeuwerck M., Peret F., Rak R.**, La prise en charge interdisciplinaire du traitement de la spasticité de l'adulte, Journal International de Médecine en ligne, 2012

⁷⁷ **Bandi S., Ward AB.**, La spasticité, Editions Stone et Blouin, International Encyclopedia of Rehabilitation, 2013

⁷⁸ **AFSSAPS**, Recommandations de bonne pratique – Traitements médicamenteux de la spasticité, Juin 2009, disponible sur <http://ansm.sante.fr>

⁷⁹ **Vidal**, Dictionnaire Vidal, 89e éd. Paris : Ed. du Vidal, 2013

Le baclofène est un agoniste GABA-ergique des récepteurs de type B permettant une réduction de la libération des neurotransmetteurs excitateurs, induisant ainsi une réduction de la spasticité. Il doit être instauré à doses progressives pour limiter la survenue d'effets indésirables. La dose maximale est de 120 mg par 24h. Les effets indésirables les plus fréquemment retrouvés sont des nausées, vertiges, céphalées et une sédation importante avec somnolence surtout en début de traitement. Le baclofène est contre-indiqué chez les enfants de moins de 6 ans en raison de la forme galénique non adaptée.

Le baclofène est indiqué dans la prise en charge d'une spasticité d'origine spinale, secondaire à une lésion médullaire par exemple.

Les benzodiazépines (clonazépam et diazépam) sont des agonistes GABA-ergiques des récepteurs de type A utilisées dans le traitement de la spasticité mais qui n'ont pas d'AMM dans cette indication. La posologie idéale doit être atteinte progressivement pour assurer une meilleure tolérance. En effet les effets indésirables à type de confusion, asthénie et somnolence diurne conduisent souvent à une interruption du traitement. L'insuffisance respiratoire et la myasthénie sont des contre-indications absolues à l'utilisation des benzodiazépines. L'association à d'autres substances déprimant le système nerveux central est également contre-indiquée (alcool, psychotropes...). Une accoutumance et une dépendance au traitement par benzodiazépines peuvent survenir lors d'un traitement prolongé.

Le dantrolène est le seul antispastique à action musculaire d'action périphérique utilisé dans le traitement de la spasticité. Il inhibe la libération du calcium stocké dans le réticulum sarcoplasmique et diminue ainsi la force de contraction musculaire et donc la spasticité. Il doit être instauré à doses progressives pour limiter l'apparition d'effets secondaires. La dose maximale est de 300 mg par 24 heures. Les effets indésirables qui peuvent apparaître sont une

somnolence, des nausées, des vertiges, une faiblesse musculaire non spastique. Le dantrolène est hépatotoxique et peut conduire à des hépatites graves, une surveillance du bilan hépatique doit donc être réalisée tous les mois. L'insuffisance hépatique est donc une contre-indication absolue à l'utilisation du dantrolène.

La gabapentine a une structure proche du GABA. Elle n'a pas l'AMM en France pour le traitement de la spasticité. Des études ont montré qu'elle a une action positive sur les douleurs plus que sur la spasticité. Elle est cependant utilisée pour traiter les douleurs de la spasticité de la sclérose en plaque et des traumatismes médullaires. Ses effets secondaires les plus fréquents sont des troubles de la vue, des étourdissements et de la somnolence. L'insuffisance hépatique est une contre-indication à l'utilisation de la gabapentine.

La tizanidine est un agoniste adrénergique des récepteurs α_2 disponible en France en autorisation temporaire d'utilisation nominative. Elle développe son action relaxante musculaire au niveau de la moelle épinière essentiellement. La tizanidine doit être instaurée à doses progressives. Ses effets secondaires sont moins marqués que ceux du baclofène ou des benzodiazépines : somnolence moindre. La tizanidine est contre-indiquée en cas d'insuffisance respiratoire et de myasthénie.

Les recommandations émises par l'AFSSAPS en juin 2009 rappellent que deux molécules (le baclofène et la tizanidine) ont fait la preuve de leur action dans le traitement de la spasticité évaluée par le score d'Ashworth. La tizanidine est indiquée en cas d'inefficacité, d'intolérance ou de contre-indication au baclofène.

iii- Les traitements pharmacologiques locaux^{80,81,82}

Des injections de substances pharmacologiques sont aussi pratiquées pour traiter la spasticité.

Ainsi la spasticité localisée à un groupe musculaire peut être traitée par injection de toxine botulique. La toxine botulique se fixe sur les terminaisons présynaptiques de la jonction neuromusculaire et empêche la libération de l'acétylcholine, bloquant ainsi la neurotransmission et entraînant une paralysie partielle du muscle, réduisant la raideur et la spasticité. L'effet est obtenu généralement dans la semaine suivant l'injection et perdure pendant deux à trois mois selon les patients puis l'effet diminue. L'efficacité de l'injection est évaluée par le score d'Ashworth et par l'analyse des fonctions de préhension ou de marche. Des hématomes au point d'injection peuvent survenir ainsi qu'une faiblesse musculaire et une hypertonie. Seules les toxines botuliques de type A (Dysport®, Botox®) disposent d'une AMM dans le traitement de la spasticité. La myasthénie et l'allaitement sont des contre-indications à l'utilisation de la toxine botulique. L'utilisation est déconseillée pendant la grossesse et si le patient suit un traitement par aminosides. Ce traitement médicamenteux doit s'inscrire dans une prise en charge globale pluridisciplinaire.

Moins utilisée, l'injection d'alcool à 60% ou de phénol à 5% au contact du nerf permet une réduction de la spasticité. Il n'y a pas de spécialités disponibles dans le cadre d'une AMM, les préparations sont donc réalisées par une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé. Des dysesthésies et des douleurs sont observées.

⁸⁰ Op.cit. réf. 74 : **Deltombe T., Gustin T., De Cloedt P., Lenfant P., Fostier M., Ossemann M., Collard R., Leeuwerck M., Peret F., Rak R.**, La prise en charge interdisciplinaire du traitement de la spasticité de l'adulte, Journal International de Médecine en ligne, 2012

⁸¹ Op.cit. réf. 77: **Bandi S., Ward AB.**, La spasticité, Editions Stone et Blouin, International Encyclopedia of Rehabilitation, 2013

⁸² Op.cit. réf. 78 : **AFSSAPS**, Recommandations de bonne pratique – Traitements médicamenteux de la spasticité, Juin 2009, disponible sur <http://ansm.sante.fr>

En cas de spasticité diffuse non améliorée par les traitements *per os* et en cas de raideurs très importantes, un traitement par injection de baclofène intrathécal peut être envisagé. Le baclofène est soit injecté par ponction lombaire ou par l'intermédiaire d'un site d'injection. La pose d'une pompe à baclofène sous chirurgie sous la paroi de l'abdomen et reliée à l'espace sous-arachnoïdien par un cathéter peut aussi être envisagée. Ainsi le baclofène est libéré directement dans le liquide céphalo rachidien. C'est le traitement le plus puissant de la spasticité. Les effets indésirables sont les mêmes que ceux retrouvés par traitement *per os* : somnolence, vertiges...

iv- Les traitements chirurgicaux^{83, 84}

De nombreuses techniques de chirurgie peuvent être envisagées en cas d'échec aux traitements médicamenteux et à la rééducation notamment la neurotomie fasciculaire qui consiste à couper une partie des nerfs destinés aux muscles touchés par la spasticité ou encore la DREZotomie (Dorsal Root Entry Zone) qui consiste à réaliser des incisions étagées de la moelle épinière sur une profondeur de 2 mm environ afin de sectionner les fibres myotatiques et nociceptives responsables de la spasticité.

La chirurgie orthopédique peut aussi être réalisée.

⁸³ Op.cit. réf. 74 : **Deltombe T., Gustin T., De Cloedt P., Lenfant P., Fostier M., Ossemann M., Collard R., Leeuwerck M., Peret F., Rak R.**, La prise en charge interdisciplinaire du traitement de la spasticité de l'adulte, Journal International de Médecine en ligne, 2012

⁸⁴ Op.cit. réf. 77: **Bandi S., Ward AB.**, La spasticité, Editions Stone et Blouin, International Encyclopedia of Rehabilitation, 2013

3) Les escarres⁸⁵

L'escarre est une plaie consécutive à la destruction d'une zone tissulaire induite par une diminution de l'irrigation sanguine, le plus souvent due à une pression excessive et prolongée. Elle apparaît généralement aux points d'appui chez des patients alités ou qui n'ont pas une mobilité suffisante. Un tiers des patients blessés médullaires développe des escarres à la phase aiguë. Elle touche également de nombreux patients atteints d'affections neurologiques.

L'escarre apparaît préférentiellement au niveau du sacrum, des coudes, des talons et de l'occiput. Le traitement est indispensable pour éviter l'étendue de l'escarre en superficie et en profondeur, risquant de toucher les structures osseuses et musculaires et le développement d'une surinfection aggravant l'état général du patient.

Plusieurs facteurs favorisent le développement des escarres.⁸⁶ On distingue les facteurs extrinsèques et les facteurs intrinsèques. Les facteurs extrinsèques sont des facteurs mécaniques :

- la pression est la force exercée sur la peau par un support. Elle interrompt la circulation cutanée et a un rôle essentiel dans l'apparition des escarres selon la durée, l'intensité et le gradient (verticale ou oblique) de la pression ;
- la friction correspond à des forces mécaniques. Les frottements entraînent une abrasion mécanique de la peau et occasionnent des plaies superficielles (phlyctènes, fissures...);

⁸⁵ **Le moniteur des pharmacies et des laboratoires**, L'escarre, cahier II du n°2376, Décembre 2000

⁸⁶ **Le Maire Y., Delcey M.**, APF, Escarres et autres complications de l'immobilisation. Déficiences motrices et handicaps, Aspects sociaux, psychologiques, médicaux, techniques et législatifs, troubles associés, Paris : Association des paralysés de France, 499 p., 2002

- le cisaillement correspond aux phénomènes de glissement des couches cutanées lorsque le poids de l'individu a tendance à le faire glisser vers le bas. Ces forces s'appliquent obliquement et favorisent le développement de plaies profondes ;
- la macération de la peau favorise l'apparition des pressions, frictions et cisaillements.

Les facteurs intrinsèques correspondent à des facteurs personnels :

- l'âge : une diminution de l'épaisseur de la peau, de la vascularisation et du renouvellement cellulaire participe à l'apparition d'une escarre ;
- l'état nutritionnel et notamment la malnutrition ou la dénutrition sont également des facteurs favorisant l'apparition d'escarres ;
- l'incontinence urinaire et fécale : en effet, l'urine et les selles contiennent des substances irritantes et l'humidité associée favorise la macération ;
- la neuropathie responsable d'une perte de sensibilité et l'incapacité de changer de position : il peut exister une dégradation du collagène des os et de la peau chez les patients traumatisés rachidiens, para ou tétraplégiques, diminuant la résistance cutanée et favorisant ainsi la formation d'une escarre. De plus, la perte de sensibilité et la paralysie ne permettent pas à la personne soit de changer de position par elle-même, soit de demander de l'aide pour en changer puisqu'elles n'en ressentent pas le besoin ;
- l'état psychique et le degré de participation aux soins de la personne soignée : l'état de conscience ou la non-acceptation du handicap peuvent altérer la participation du malade aux soins.

Au niveau physiologique, plusieurs stades sont décrits lors de la constitution d'une escarre :

Les stades évolutifs d'une escarre ⁸⁷	
Stade 0	Peau intacte, absence de rougeur mais risque d'escarre
Stade I	Altération d'une peau intacte, liée à la pression – Erythème persistant localisé
Stade II	Nécrose de l'épiderme et/ou du derme – Escarre superficielle prenant la forme d'une abrasion, de phlyctènes ou d'une ulcération peu profonde
Stade III	Nécrose de toute l'épaisseur de la peau pouvant atteindre le fascia – Ulcération profonde généralement recouverte d'une croûte noire et cartonnée (l'escarre proprement dite), entourée d'une bordure érythémateuse et œdémateuse. Un écoulement séropurulent peut survenir.
Stade IV	Nécrose de toute l'épaisseur de la peau avec atteinte possible des tissus, des muscles, des os, des structures de soutien (tendons, articulations...) – Ulcération très profonde laissant apercevoir la structure osseuse sous-jacente

Les escarres entraînent souvent des complications à court terme d'ordre infectieux en fonction de la proximité de l'escarre d'émonctoires naturels, mais aussi en fonction de l'état de santé du patient. Le risque est local mais peut devenir plus général et se transformer en septicémie.

A moyen terme, les escarres entraînent une hospitalisation plus ou moins prolongée, une détérioration de l'état général avec une augmentation de la perte de l'autonomie. Un syndrome dépressif peut également venir s'ajouter à la polypathologie du patient. Le retour à domicile est souvent plus difficile.

A long terme, les escarres peuvent occasionner des troubles fonctionnels ou orthopédiques.

Le traitement de l'escarre repose tout d'abord sur une prévention rigoureuse et suivie de l'apparition d'escarre. En cas d'escarre effectif, un traitement curatif est mis en place selon le degré de gravité de l'escarre (voir tableau ci-dessus).

⁸⁷ **Conférence de consensus**, Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé, société française francophone des plaies et cicatrisation, 32 p., 15 et 16 novembre 2001

i- Traitement préventif^{88,89}

La prévention des escarres est essentielle. Elles surviennent en effet fréquemment chez les personnes âgées alitées, et plus généralement chez toute personne présentant une mobilité réduite et des troubles sensitifs.

L'échelle de Norton permet une meilleure appréciation des nombreux facteurs de risque. Elle prend en compte 5 items : la condition physique, l'état mental, l'activité, la mobilité et l'incontinence, notés de 1 à 4. Dès que le patient a un score inférieur à 16, il présente un risque d'escarre plus ou moins important et qui nécessite une vigilance plus importante et des aides techniques préventives.

Évaluation des facteurs de risque d'escarre avec l'Échelle de Norton

CONDITION PHYSIQUE		ETAT MENTAL		ACTIVITE		MOBILITE		INCONTINENCE		SCORE TOTAL
BONNE	4	BON, ALERTE	4	AMBULATOIRE	4	TOTALE	4	AUCUNE	4	
MOYENNE	3	APATHIQUE	3	MARCHE AVEC UNE AIDE	3	DIMINUÉE	3	OCCASIONNELLE	3	
PAUVRE	2	CONFUS	2	ASSIS	2	TRÈS LIMITÉE	2	URINAIRE	2	
TRÈS MAUVAISE	1	INCONSCIENT	1	TOTALEMENT AIDÉ	1	IMMOBILE	1	URINAIRE ET FÉCALE	1	
RÉSULTAT	...	RÉSULTAT	...	RÉSULTAT	...	RÉSULTAT	...	RÉSULTAT

ANALYSE DES RESULTATS	
Score entre 5 et 12	: risque très élevé 
Score entre 12 et 14	: risque élevé 
Score entre 14 et 16	: risque moyen 
Score entre 16 et 20	: risque faible 

Figure 15 : Echelle de Norton⁹⁰

⁸⁸ Op.cit. réf. 86 : **Le Maire Y., Delcey M.**, APF, Escarres et autres complications de l'immobilisation. Déficiences motrices et handicaps, Aspects sociaux, psychologiques, médicaux, techniques et législatifs, troubles associés, Paris : Association des paralysés de France, 499 p., 2002

⁸⁹ Op.cit. réf. 87 : **Conférence de consensus**, Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé, société française francophone des plaies et cicatrisation, 32 p., 15 et 16 novembre 2001

⁹⁰ **Laboratoires Escarius**, Evaluation des facteurs de risque d'escarres avec l'échelle de Norton <http://www.escarius.fr/index.php?page=echelle-de-norton>

La prévention passe tout d'abord par une **surveillance quotidienne des zones** à risque par la personne si elle le peut, notamment le dos et les fesses en s'aidant d'un miroir ou sinon, par son entourage, associée à une **hygiène rigoureuse** du patient et une propreté du lit. Des **changements de position** doivent être effectués régulièrement, nuit et jour, pour soulager les zones menacées. Des **massages** par simples frictions, aussi appelés effleurages, peuvent aussi être prodigués et doivent procurer une sensation de bien-être pour le patient. Il conviendra d'alterner des émulsions (Biafine®...), des corps gras (Cicaderma®, notamment sur des lésions plus anciennes) et des dérivés alcooliques afin de maintenir la souplesse et l'élasticité de la peau. Ils ne doivent en revanche pas être effectués dès qu'une escarre est constituée (à partir du stade I). Un **état nutritionnel équilibré** limite également la survenue d'escarres.

Le pharmacien peut proposer aux patients sujets aux escarres des **aides techniques**. Nombreuses et variées, elles limitent les facteurs de risque extrinsèques favorisant les escarres. Ce sont des matériels d'aide à la prévention. Plusieurs supports sont disponibles : lits, matelas, surmatelas, coussins et accessoires de positionnement.

Parmi les matelas, on distingue les supports statiques et les supports dynamiques selon leur mode d'action :

- Les supports statiques augmentent la surface d'appui du patient sur le support par enfoncement dans le support, diminuant ainsi la pression qui s'exerce au niveau cutané. Parmi ces supports, on recense les matelas de mousse de densité uniforme ou de densités différentes avec ou sans découpe en plots, matelas de mousse et d'air, matelas à air, matelas à eau, matelas en mousse viscoélastique, surmatelas en fibres siliconées, surmatelas à air statique... ;
- Les supports dynamiques permettent une variation continue de la pression en tout point du corps. Deux grandes catégories de supports dynamiques sont décrites :

- les supports à pression alternée : le gonflement alternatif de boudins permet l'aménagement de période de dépression relative favorisant ainsi une meilleure oxygénation des tissus. Les zones de ces matelas passent successivement d'une pression haute à une pression basse variant indéfiniment la pression qui s'exerce au niveau cutané. Des surmatelas à pression alternée existent également ;
- les supports à pression constante : un flux d'air géré par un moteur associé à une basse pression continue permettent un soulagement des différents points d'appui du patient et une diminution majeure des pressions responsables de la constitution d'escarres. Parmi ces supports, on trouve par exemple les matelas à perte d'air ou le lit fluidisé.

Les supports de lit vont être choisis en fonction de plusieurs critères dont le niveau de risque de survenue d'escarres, le nombre d'heures passées au lit, le degré de mobilité du patient, la fréquence des changements de position et la possibilité d'un transfert du lit au fauteuil. Ces critères sont regroupés dans le tableau suivant :

Types de supports proposés en fonction des caractéristiques du patient ⁸⁷	
Support proposé	Caractéristiques 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 escarres 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 qui ne change pas de position quand il est au lit où il reste plus de 20 heures par jour avec une aggravation de son état

Des coussins anti-escarres sont également disponibles pour éviter la formation d'escarre en position assise. On trouve des coussins en gel viscoélastique, en mousse

monobloc, en mousse découpée à plots, en mousse à mémoire de forme, mixte gel et mousse, des coussins à eau, à air et également à pression alternée. Une classification des coussins a été établie pour la prise en charge des blessés médullaires.

Classification des coussins ⁸⁷	
Classification	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 viscoélastique 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

Le choix d'un coussin de siège dépend notamment du temps passé au fauteuil par le patient et de sa mobilité. En cas d'escarre fessière, il est préférable de rester au lit plutôt qu'au fauteuil.

Des accessoires spécifiques à certaines régions (talons, coudes...) sont également proposés pour éviter les points de pression à ces niveaux.

ii- Traitement curatif^{91,92}

La mise en place d'un traitement curatif est indispensable quel que soit le stade d'évolution de l'escarre. Le traitement est à la fois local et général. Il est essentiel que le patient adhère parfaitement au protocole de soins pour maximiser le succès du traitement. Le traitement des plaies de l'escarre varie en fonction du stade de l'escarre.

⁹¹ Op.cit. réf. 86 : **Le Maire Y., Delcey M.**, APF, Escarres et autres complications de l'immobilisation. Déficiences motrices et handicaps, Aspects sociaux, psychologiques, médicaux, techniques et législatifs, troubles associés, Paris : Association des paralysés de France, 499 p., 2002

⁹² Op.cit. réf. 87 : **Conférence de consensus**, Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé, société française francophone des plaies et cicatrisation, 32 p., 15 et 16 novembre 2001

A tous les stades, on procède tout d'abord au nettoyage de la plaie avec du sérum physiologique ou chlorure de sodium 0,9%. La plaie ne doit pas être asséchée.

Le traitement varie ensuite selon le stade de la plaie : rougeur, phlyctène ou escarre constituée. Les stades de rougeur et phlyctène sont deux stades caractérisés par la possible réversibilité des lésions. Les traitements ont pour objectif de supprimer la cause et de favoriser la cicatrisation de la lésion.

Au stade de la rougeur, la recherche et la mise en place d'un support pour éviter les points d'appui responsables de la survenue d'escarre sont indispensables. Les facteurs extrinsèques favorisant tels que la macération ou encore le cisaillement devront être réduits voire supprimés par l'utilisation de surmatelas notamment. La peau pourra être protégée par un film semi-perméable ou un hydrocolloïde pour éviter la macération. Enfin un changement de position régulier, toutes les 2 ou 3 heures, devra être assuré.

Au stade de la phlyctène, d'autres étapes de soin vont être assurées. Il conviendra notamment de réaliser une brèche suffisante pour vider le contenu de la phlyctène en maintenant si possible le toit de celle-ci. On recouvrira ensuite la plaie avec un pansement hydrocolloïde ou un pansement gras afin de maintenir un environnement humide favorable aux conditions de cicatrisation. Éviter tout appui sur la phlyctène pour assurer une meilleure cicatrisation et éviter les douleurs.

Lorsque l'escarre est constituée, le traitement vise à éliminer les tissus nécrosés et contrôler les exsudats et le risque infectieux. La première étape du traitement consiste en une détersion précoce, répétée et soigneuse. Celle-ci doit être indolore et non traumatique. Elle élimine les tissus nécrotiques. La détersion naturelle est lente et dure environ 3 semaines. Elle

est assurée par des enzymes microbiennes, les polynucléaires neutrophiles et des macrophages. Le risque infectieux est assez important et la détersion est souvent incomplète. Il est donc nécessaire d'évacuer les débris nécrotiques soigneusement à l'aide d'une compresse. La détersion naturelle peut être complétée par l'utilisation de certains pansements : alginates, hydrogels, surtout si la plaie est sèche. En cas de nécrose aiguë, une détersion mécanique indolore à l'aide de pinces et de ciseaux à bouts ronds est réalisée, puis un pansement humide est appliqué.

Après la détersion, l'escarre est recouverte d'un pansement permettant de respecter le bourgeonnement de la plaie, favorisant l'épidermisation tout en évitant les risques infectieux.

Choix du pansement ⁸⁷		
Etat de la plaie	Type de pansement	Objectif
Plaie anfractueuse, profonde	Hydrocolloïde pâte ou poudre Alginate mèche/Hydrofibre mèche Hydrocellulaire forme cavitaire	Favoriser le bourgeonnement, la ré-épidermisation et la cicatrisation
Plaie exsudative	Alginate/hydrocellulaire Hydrofibre	Déterger et drainer les exsudats
Plaie hémorragique	Alginate	Drainer, stopper les saignements
Plaie bourgeonnante	Pansement gras Hydrocolloïde Hydrocellulaire	Absorber les exsudats et protéger
Plaie en voie d'épidermisation	Hydrocolloïde Film polyuréthane transparent Hydrocellulaire, pansement gras	Protéger
Plaie malodorante	Pansement au charbon	Masquer les odeurs

Le choix du pansement doit être renouvelé en fonction de l'état de la plaie. Une surveillance quotidienne est nécessaire tant qu'existent des débris nécrotiques ou fibrineux. Le changement des pansements est ensuite espacé durant la période de cicatrisation.

Le traitement curatif de l'escarre repose également sur une bonne prise en charge de la douleur de l'escarre. L'utilisation des antalgiques selon la recommandation de l'OMS⁹³ en 3

⁹³ Le site officiel de l'Organisation Mondiale de la Santé, <http://www.who.int/fr/>

paliers est préconisée. Un changement de palier s'avère nécessaire lorsque les médicaments du palier précédent correctement prescrits demeurent insuffisants pour soulager la douleur. Durant les soins d'escarre, les douleurs très importantes peuvent justifier d'emblée l'utilisation d'antalgiques de palier 3. Une évaluation régulière de la douleur tout au long du traitement permettra un ajustement des doses. Seul le soulagement de la douleur déterminera la dose efficace.

Le traitement nutritionnel comporte un bon équilibre alimentaire et une bonne hydratation. En effet, une hypoalbuminémie (inférieure à 30 g/L) et une lymphopénie (inférieure à 1000/mm³) sont des facteurs de retard de cicatrisation, de surcroît si elles sont associées à une anémie. La correction des états de dénutrition est donc indispensable. Ainsi, un apport alimentaire d'au moins 2000 calories par jour sera nécessaire chez l'homme, et de 1600 calories au moins chez la femme, enrichi en protéines (au moins 1 g/kg/j).

Un traitement chirurgical peut être envisagé pour des escarres de taille importante supérieure à 5 cm de diamètre présentant une nécrose tissulaire importante freinant la cicatrisation ou présentant un risque infectieux, lorsque l'escarre expose des structures fonctionnelles importantes (tendons, capsules articulaires) ou met à nu l'os, ou encore lorsque l'escarre est infectée. La chirurgie permet l'excision des tissus nécrosés et la couverture de la plaie au moyen de suture, greffe cutanée ou lambeaux qui a pour but d'accélérer la cicatrisation en limitant la réponse inflammatoire et le risque infectieux.

4) L'accompagnement psychologique

Le pharmacien peut prolonger l'accueil en se comportant comme un « aidant ». A l'officine, au comptoir, il est important de savoir interrompre ou différer un échange avec le patient et être un « aidant » efficace en peu de temps et peu de mots. Dans un espace confidentiel, l'échange peut se poursuivre mais demande plus de disponibilité en termes d'esprit et de temps. Ecouter consiste également à ne pas apporter de jugement, laisser l'interlocuteur exprimer totalement son propos, savoir encourager le discours de manière fluide, éventuellement limiter ou interrompre les propos si nécessaire. Ecouter ne se réduit pas à se taire, mais consiste à apporter des conseils et adapter son discours au cas par cas.

Cette capacité d'écoute des patients est importante dans l'aspect psychologique de toute maladie grave (handicaps, cancers...).

Un patient handicapé peut être confronté comme tout patient à de véritables angoisses. Le pharmacien a le pouvoir de rassurer le patient, d'apporter de véritables solutions à certains effets indésirables, de renouveler toute explication lorsque cela s'avère nécessaire ou encore d'assurer une disponibilité d'écoute au patient.

C- Les aides techniques

1) Définition et classification

Les aides techniques pour les personnes handicapées correspondent d'après la définition donnée par l'article D245-10 inséré par le décret 2005-1591 du 19 décembre 2005 au Code de l'action sociale et des familles à « tout instrument, équipement ou système technique adapté ou spécialement conçu pour compenser une limitation d'activité rencontrée par une personne du fait de son handicap, acquis ou loué par la personne handicapée pour son usage personnel ».

Ces aides techniques sont définies dans le plan personnalisé de compensation du handicap et ont pour objectif de maintenir ou d'améliorer l'autonomie de la personne pour une ou plusieurs activités, d'assurer la sécurité, et de faciliter les interventions des aidants qui accompagnent la personne handicapée.⁹⁴

La norme ISO-9999 produite par l'Organisation internationale de normalisation donne une autre définition : « Tout produit (y compris tout dispositif, équipement, instrument et logiciel) fabriqué spécialement ou existant sur le marché et utilisé par ou pour les personnes handicapées pour la participation ; pour protéger, soutenir, rééduquer, mesurer ou substituer les fonctions organiques, des structures anatomiques ou des activités ; et prévenir les déficiences, les limitations d'activités et les restrictions de participation ». Elle définit aussi une classification internationale des aides techniques appelée « Classification et terminologie des produits d'assistance pour personnes en situation de handicap ». Publiée pour la première fois en 1992, la norme a été révisée et la dernière et cinquième édition date de 2011. La sixième version prévue pour 2015 comprendra notamment une harmonisation de la classification avec la CIF et un quatrième sous-niveau. L'objectif de cette norme est de promouvoir au rang international l'utilisation des aides techniques pour les personnes en difficulté notamment les personnes âgées.⁹⁵

Actuellement la classification est organisée en 3 niveaux :

- la classe qui définit la fonction principale de l'aide technique ;
- la sous-classe désigne une fonction particulière ;
- la division correspond au produit d'assistance.

⁹⁴ Op.cit. réf. 9 : **Zribi G., Poupée-Fontaine D.**, Dictionnaire du handicap, 7^{ème} édition, Presses de l'EHESP, novembre 2011

⁹⁵ **Heerkens YF, Bougie T, de Kleijn-de Vrankrijker MW.**, Classification et terminologie des produits d'assistance, In: JH Stone, M Blouin, editors, International Encyclopedia of Rehabilitation, 2013 [en ligne] <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/fr/article/265/>

La classification a défini 11 classes :

- **04** : Produits d'assistance au traitement médical individuel

Ex : équipements d'oxygénothérapie, produits d'assistance à la dialyse, seringues, aiguilles, pompes à perfusion, coussins de prévention des escarres, pansements... ;

- **05** : Produits d'assistance à la rééducation des capacités

Ex : produits d'assistance à l'apprentissage du langage, du braille, apprentissage de la continence (alarmes)... ;

- **06** : Orthèses et prothèses

Ex : orthèses diverses, prothèses mammaires, oculaires, perruque, chaussures orthopédiques... ;

- **09** : Produits d'assistance aux soins et à la protection personnels

Ex : vêtements et chaussures adaptés, harnais et ceintures de maintien, sièges et surélévateurs de WC, tapis de bain antidérapants... ;

- **12** : Produits d'assistance à la mobilité personnelle

Ex : cannes, déambulateurs, fauteuils roulants, poussettes, aides au transfert (sangles, planches), aménagement de voiture... ;

- **15** : Produits d'assistance aux activités domestiques

Ex : bagues d'assiettes, assiettes à rebord, couverts ergonomiques, pailles, sondes alimentaires... ;

- **18** : Aménagements et adaptations des logements et autres lieux

Ex : tables, sièges et lits réglables, rampes et barres d'appui, surélévateurs de pieds de meubles, ascenseurs, dispositifs d'ouverture/fermeture de portes... ;

- **22** : Produits d'assistance à la communication et l'information

Ex : loupes, télés agrandisseurs, appareils auditifs, générateurs ou amplificateurs de voix, masqueurs d'acouphènes, porte-livres... ;

- **24** : Produits d'assistance à la manipulation des objets et des dispositifs

Ex : ouvre-boîtes, produits de compensation ou de remplacement de la fonction de la main tels des adaptateurs de préhension, licorne ou pointeur, pinces de préhension, sets anti-dérapants... ;

- **27** : Produits d'assistance permettant d'améliorer l'environnement, les outils et les machines

Ex : humidificateurs, filtres à air, purificateurs et adoucisseurs d'eau... ;

- **30** : Produits d'assistance aux loisirs

Ex : jeux adaptés, aides pour faire de l'exercice, du sport, travaux manuels... ;

2) Dispensation à l'officine

La dispensation des aides techniques nécessite une bonne connaissance des produits du marché qui évolue rapidement.

Cependant, pour certaines catégories d'aides techniques, un diplôme ou une formation supplémentaire sont demandés. Ainsi pour délivrer certaines catégories d'orthèses, le pharmacien devra obtenir un diplôme universitaire d'orthopédie.

De la même manière, pour avoir l'autorisation de vendre des fauteuils roulants, le pharmacien devra suivre la formation VPH (Véhicule pour Personne Handicapée). Cette formation dispensée par le Centre d'Etudes et de Recherche sur l'Appareillage des Handicapés (CERAH) permet l'acquisition des connaissances réglementaires, médicales et techniques nécessaires afin de conseiller, louer, vendre et entretenir les véhicules pour personnes handicapées. Cette exigence de formation et de compétence pour le pharmacien et ses personnels est mentionnée dans l'article 9 de la nouvelle convention de 2012 entre

professionnels de santé et l'Assurance maladie, approuvée par l'arrêté du 4 mai 2012 et existe depuis 1985.⁹⁶

D'autre part l'agrément de vente de véhicules pour personnes handicapées ne sera délivré que si l'officine répond à certaines conditions : pharmacie répondant aux exigences d'accessibilité disposant d'un local d'une surface d'évolution d'au moins 16 m² avec une largeur minimale de 2 mètres permettant l'essai du fauteuil, de toilettes spécialement aménagées pour personnes handicapées circulant en fauteuil roulant et d'un atelier pour effectuer les petites réparations. Enfin le pharmacien s'engage à présenter un nombre suffisant de modèles afin que le patient ait la possibilité de faire un choix adapté au mieux à son handicap.

3) Choix d'une aide technique à l'officine⁹⁷

Le choix d'une aide technique commence par une bonne **information**. Il est indispensable d'informer le patient sur les aides techniques de manière la plus complète possible. Le pharmacien doit donc se tenir au courant de l'évolution du marché, des qualités et défauts des aides techniques. Le conseil doit toujours être personnalisé afin de trouver la parfaite adéquation entre les besoins de la personne et les aides disponibles.

Le pharmacien doit donc **évaluer les besoins réels** de la personne en tenant compte de ses capacités et incapacités, du lieu de vie, de l'entourage familial, du travail, des ressources et du projet de vie. Le dialogue avec d'autres spécialistes s'avère précieux notamment pour des aides techniques spécialisées, par exemple recourir à l'avis d'orthophonistes avant l'acquisition d'un appareil de synthèse vocale.

Avant tout achat si possible, **l'essayage du matériel** est primordial afin de juger de l'utilité de l'aide technique. De préférence, l'essayage devra se faire en situation, c'est-à-dire

⁹⁶ Le site officiel du CERAHTEC <http://cerahtec.invalides.fr>

⁹⁷ McFee S., APF, Choisir une aide technique. Déficiences motrices et handicaps, Aspects sociaux, psychologiques, médicaux, techniques et législatifs, troubles associés, Paris : Association des paralysés de France, 499 p., 2002

là où la technique sera utilisée. Cela permettra par exemple d'éviter l'achat d'un fauteuil trop large qui ne passe pas la porte d'entrée. Si l'appareil nécessite un apprentissage assez long, par exemple appareil de synthèse vocale, il faut essayer d'obtenir un prêt sur une période la plus longue possible.

Enfin, avant l'acquisition d'une aide technique, il faut s'assurer de l'**adhérence de la personne** ; l'utilisateur et sa famille doivent pleinement participer au choix du matériel pour que son efficacité soit la plus utile possible. Un enfant handicapé depuis la naissance sera plus favorable à l'acquisition d'une aide technique car elle augmente son autonomie, tandis qu'elle peut être vécue plus difficilement par les parents pour qui l'acquisition d'une aide technique peut s'apparenter à une diminution de l'espoir de guérison.

4) Financement d'une aide technique

Le coût d'une aide technique va de quelques euros (ex : couverts adaptés) à plusieurs milliers d'euros (ex : monte escalier). Plusieurs sources de financement sont possibles pour l'acquisition d'une aide technique.

Tout d'abord, l'Assurance maladie participe aux dépenses de santé de ses assurés dont certaines aides techniques. En effet, celles-ci doivent être inscrites sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR). De plus l'Assurance maladie ne finance l'aide que dans la limite de son tarif de responsabilité, généralement inférieur voir très inférieur au prix d'achat.

Une seconde source de finances peut provenir de la prestation de compensation. En effet, si l'aide technique est inscrite sur la liste des tarifs PCH en sus de la LPPR, un financement complémentaire peut être attribué dans la limite de 3960 € sur trois ans.

Si l'aide technique n'est inscrite ni sur la LPPR, ni sur la liste des tarifs PCH, elle peut être financée au titre de la rubrique « autres » de l'arrêté du 28 décembre 2005, en fonction de son utilité, à hauteur de 75% du prix d'achat, dans la limite de 3960 €.

Lorsqu'il reste des frais à couvrir pour l'achat de l'aide technique malgré le financement de la Sécurité Sociale et de la PCH, la personne peut adresser une demande au fonds départemental de compensation, géré par les MDPH. Le montant accordé varie dans ce cas en fonction des ressources des demandeurs. De plus, il ne permet de financer intégralement le reste à charge, mais seulement une partie.

Enfin il reste la possibilité de solliciter l'aide d'autres structures : conseil général, caisse d'assurance maladie, mutuelle, caisse de retraite, CCAS de la mairie du domicile, comité d'entreprise...

Conclusion

Le handicap est universel. Il touche des personnes de tous âges, de toutes conditions sociales et doit donc être au cœur des préoccupations de tous. Les personnes handicapées souhaitent pouvoir participer pleinement à la vie de la cité. Dans ce sens, le gouvernement a progressivement participé à leur intégration dans la société en promulguant notamment la loi du 10 juillet 1987 relative à l'insertion professionnelle des personnes handicapées, la loi du 12 juillet 1990 contre la discrimination et plus récemment la loi du 11 février 2005 abordant notamment le thème de l'accessibilité. En effet, l'accessibilité des établissements recevant du public et l'aménagement de la voirie sont indispensables pour que les personnes handicapées soient les plus autonomes possibles dans leur projet de vie.

A ce titre, les pharmaciens d'officine doivent être particulièrement attentifs à l'accessibilité de leur officine. En effet, qu'ils exercent en ville ou à la campagne, ils sont forcément confrontés, au cours de leur exercice professionnel, à des personnes en situation de handicap. Ils ont aujourd'hui un rôle central dans la prise en charge de la santé des patients et notamment des patients handicapés en leur apportant des conseils sur les différentes aides techniques existantes souvent méconnues et qui peuvent considérablement améliorer la qualité de vie des personnes handicapées. Le monopole pharmaceutique n'inclue pas le matériel médical et la concurrence est rude dans ce domaine. En ces temps où la pharmacie se voit disputer ses prérogatives de conseils, une expertise de premier plan au service des personnes handicapées pourrait constituer un des axes de différenciation professionnelle.

Cependant, le manque crucial d'informations sur le handicap a pour conséquence de créer un sentiment de malaise chez un certain nombre de pharmaciens qui craignent de ne pas

avoir l'attitude appropriée ou de ne pas avoir les connaissances requises pour répondre aux demandes des personnes en situation de handicap. Dans notre cursus initial, la création d'un module sur le thème du handicap me paraît primordiale et favoriserait la juste prise en charge des personnes handicapées.

L'apparition récente des pharmacie-drive en France est un progrès pour la prise en charge des personnes à mobilité réduite. Encore très peu développé, ce concept pourrait s'accompagner de l'installation d'une boucle d'induction magnétique, permettant une meilleure accessibilité à l'information pour les personnes souffrant d'un handicap auditif appareillées. La personne handicapée sera d'autant mieux intégrée que l'ensemble des acteurs de la société aura mis en œuvre les obligations imposées à l'horizon 2015. Dans cette optique, le pharmacien pourrait avoir un rôle moteur et jouer un rôle prépondérant dans l'évolution des consciences.

Bibliographie

Ouvrages :

- **Delcey M.**, APF, Introduction aux causes du handicap moteur, Déficiences motrices et handicaps, Aspects sociaux, psychologiques, médicaux, techniques et législatifs, troubles associés, Paris : Association des paralysés de France, 499 p., 2002
- **Denormandie P., De Wilde D.**, Mieux connaître les besoins de la personne handicapée, Les Guides de l'AP-HP, Ed. Lamarre, 2001
- **Fédération des APAJH**, Les guides pratiques pour tous, Handicap : le guide pratique : les droits, les aides, la scolarité, l'emploi, l'accessibilité, 8^{ème} éd., Issy-les-Moulineaux : Prat éditions, 434 pages, 2010
- **Grosbois L.P.**, Handicap et construction, 6^{ème} édition, Ed le moniteur, novembre 2003
- **Hamonet Cl.**, Les personnes handicapées, Paris, PUF, 2006
- **Larousse P.** Grand dictionnaire universel du XIX^{ème} siècle, 1867, disponible sur <http://gallica.bnf.fr>
- **Larousse P.** Larousse médical, 2006
- **Le Maire Y., Delcey M.**, APF, Escarres et autres complications de l'immobilisation. Déficiences motrices et handicaps, Aspects sociaux, psychologiques, médicaux, techniques et législatifs, troubles associés, Paris : Association des paralysés de France, 499 p., 2002
- **McFee S.**, APF, Choisir une aide technique. Déficiences motrices et handicaps, Aspects sociaux, psychologiques, médicaux, techniques et législatifs, troubles associés, Paris : Association des paralysés de France, 499 p., 2002

- **Module 4. Handicap, Incapacité, Dépendance**, Evaluation clinique et fonctionnelle d'un handicap moteur, cognitif ou sensoriel, édition Masson, 2002
- **Vidal**, Dictionnaire Vidal, 89e éd. Paris : Ed. du Vidal, 2013
- **Zribi G., Poupée-Fontaine D.**, Dictionnaire du handicap, 7^{ème} édition, Presses de l'EHESP, novembre 2011

Articles :

- **AFSSAPS**, Recommandations de bonne pratique – Traitements médicamenteux de la spasticité, Juin 2009, disponible sur <http://ansm.sante.fr>
- **Association des paralysés de France**, Dossier de presse : le baromètre de l'accessibilité 2012, février 2013
- **Bandi S., Ward AB.**, La spasticité, Editions Stone et Blouin, International Encyclopedia of Rehabilitation, 2013
- **Barbier J-M., Pottée-Sperry P.**, Guide pratique Handicap et Accessibilité, Ed. La Gazette Santé Social, Le mensuel des acteurs sanitaires et sociaux, mars 2010
- **C.B.I.T.**, Prise en charge de l'incontinence urinaire, Fiche de transparence du Centre Belge d'Information Thérapeutique, Août 2011
- **Campion C-L.**, Réussir 2015, Accessibilité des personnes handicapées au logement, aux établissements recevant du public, aux transports, à la voirie et aux espaces public, mars 2013 [en ligne] <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000147/0000.pdf>
- **Chauvière C.**, La spasticité, Mécanismes et traitements masso-kinésithérapiques, Les cahiers de kinésithérapie, Février-Mars 2002

- **Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé de l'Organisation Mondiale de la Santé**, Centre Technique National d'Etudes et de Recherche sur les Handicaps et les Inadaptations et le Centre Collaborateur français de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé, 2005 [en ligne]
http://www.ctnerhi.com.fr/ccoms/pagint/2005_CIFglobal_revu_au_250707.pdf
- **Conférence de consensus**, Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé, société française francophone des plaies et cicatrisation, 32 p., 15 et 16 novembre 2001
- **Conquy S.**, Recommandations pour le traitement médicamenteux de l'incontinence urinaire non neurologique féminine, Progrès en Urologie, p.100-103, 2010
- **Corpus de Gériatrie**, Incontinence urinaire et fécale du sujet âgé, p.109-119, janvier 2000
- **Cuenot M., Roussel P.**, Centre national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations (CTNERHI), Difficultés auditives et communication. Exploitation des données de l'enquête Handicap-Santé Ménages 2008, Saint-Denis : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), 79 p., 2010
- **Délégation ministérielle à l'accessibilité du Ministère de l'Ecologie, du Développement durable et de l'Energie ; Direction générale de l'Offre de Soins du Ministère des Affaires sociales et de la Santé**, Les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité, être prêt pour le 1^{er} janvier 2015, juillet 2012
- **Deltombe T., Gustin T., De Cloedt P., Lenfant P., Fostier M., Ossemann M., Collard R., Leeuwerck M., Peret F., Rak R.**, La prise en charge interdisciplinaire du traitement de la spasticité de l'adulte, Journal International de Médecine en ligne, 2012

- **Heerkens YF, Bougie T, de Kleijn-de Vrankrijker MW.**, Classification et terminologie des produits d'assistance, In: JH Stone, M Blouin, editors, International Encyclopedia of Rehabilitation, 2013 [en ligne]
<http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/fr/article/265/>

- **Institut national de prévention et d'éducation pour la santé**, Le rapport à la santé des personnes sourdes, malentendantes ou ayant des troubles de l'audition : résultats d'une étude qualitative, 2012

- **Le moniteur des pharmacies et des laboratoires**, L'escarre, cahier II du n°2376, Décembre 2000

- **Ministère de l'Ecologie, de l'Energie, du Développement durable et de la Mer, en charge des Technologies vertes et des Négociations sur le climat**, Personnes handicapées ou à mobilité réduite : le stationnement réservé, mai 2010, [en ligne]
http://www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/stationnement_reserve.pdf

- **Ministère délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille**, Vivre ensemble, Guide des civilités à l'usage des gens ordinaires, Ed Idéecom, novembre 2005

- **Montaut A.** de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Etudes et résultats n° 717 Santé et recours aux soins des femmes et des hommes, Premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008, février 2010

- **Ordre national des pharmaciens**, Recommandations pour l'aménagement des locaux de l'officine, février 2013 [en ligne] <http://www.ordre.pharmacien.fr>

- **Pr Haab F.**, Rapport sur le thème de l'incontinence urinaire, Ministère de la Santé et des Solidarités, Avril 2007

- **Xylinasa E., Descazeaudb A.**, Deuxième bandelette sous-urétrale pour le traitement de l'incontinence urinaire d'effort après échec d'une première bandelette, Progrès en urologie, p. 590-594, 2009
- **Yiou R.**, CHU Henri Mondor, Service d'Urologie, Traitements actuels de l'incontinence urinaire d'effort chez la femme, Les entretiens de Bichat, 2013 [en ligne] <http://www.lesentretiensdebichat.com>

Textes réglementaires :

- Déclaration des droits des personnes handicapées, proclamée par l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies le 9 décembre 1975 (résolution 3447) [en ligne] Disponible sur http://dcalin.fr/internat/declaration_droits_personnes_handicapees.html
- Loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées
- Loi n°87-517 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des personnes handicapées
- Loi n°91-663 du 13 juillet 1991 portant diverses mesures destinées à favoriser l'accessibilité aux personnes handicapées des locaux d'habitation, des lieux de travail et des installations recevant du public
- Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
- Secrétariat de la Convention relative aux droits des personnes handicapées du Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, Texte intégral de la Convention relative aux droits des personnes handicapées [en ligne] 2006 <http://www.un.org/french/disabilities/default.asp?id=1413>
- Arrêté du 1^{er} 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, JORF n°195 du 24 août 2006

- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Sites internet :

- **La politique européenne à l'égard des personnes handicapées**, Vie publique, au cœur du débat publique <http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/politique-handicap/handicap-europe/>
- **Portail d'information des maisons départementales des personnes handicapées** <http://www.mdph.fr/>
- **Guide d'évaluation du handicap** http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/GEVA_graphique-080529-2.pdf
- **Le site officiel de l'administration française**, <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/N20270.xhtml>
- **Le site officiel de l'administration française**, <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F2891.xhtml>
- **Le site officiel de l'administration française**, <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F1229.xhtml>
- **Bureau International d'AudioPhonologie**, Classification audiométrique des déficiences auditives, <http://www.biap.org>
- **Le site officiel du CERAHTEC** <http://cerahtec.invalides.fr>

- **Laboratoires Escarius**, Evaluation des facteurs de risque d'escarres avec l'échelle de Norton <http://www.escarius.fr/index.php?page=echelle-de-norton>

- **Le site officiel de l'Organisation Mondiale de la Santé**, <http://www.who.int/fr/>

Table des illustrations

Figure 1 : Modèle de Wood.....	24
Figure 2 : Aperçu de la CIH-2.....	26
Figure 3 : Stationnement	59
Figure 4 : Paliers de repos	60
Figure 5 : Aire de giration	60
Figure 6 : Portes	62
Figure 7 : Espace de manœuvre	62
Figure 8 : Poignées de porte.....	62
Figure 9 : Comptoir à hauteur adaptée	63
Figure 10 : Sanitaires.....	65
Figure 11 : Arbre décisionnel dans la prise en charge de l'incontinence urinaire	86
Figure 12 : Etui pénien.....	94
Figure 13 : Poche collectrice.....	95
Figure 14 : Sonde urinaire.....	95
Figure 15 : Echelle de Norton	108

SERMENT DE GALIEN

Je jure d'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer dans l'intérêt de la Santé publique ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur mais aussi les règles de l'Honneur, de la Probité et du Désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma Profession.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois méprisée de mes Confrères si je manque à mes engagements.



DROUADAINÉ Anne

La prise en charge des handicaps moteurs et sensoriels à l'officine.

Th. D. Pharm., Rouen, 2013, 132 p.

RESUME

Le terme handicap est complexe à définir. Il n'est apparu qu'assez tardivement dans la législation française. Nous rappellerons tout d'abord l'histoire de l'évolution du terme handicap et les classifications qui ont été définies. Une chronologie de la législation encadrant le handicap sera également revue. Les personnes en situation de handicap sont des patients à part entière de plus en plus nombreux au sein de la population, notamment du fait de l'allongement de l'espérance de vie. Le pharmacien d'officine doit pouvoir accueillir pleinement les personnes handicapées et disposer de toutes les informations nécessaires pour répondre efficacement aux attentes de ces personnes, que ce soit en termes de questions relatives aux médicaments, d'aides techniques ou encore de la prise en charge médico-sociale. Une enquête effectuée auprès de pharmaciens d'officine de la Seine Maritime établira un état des lieux de l'accessibilité des officines et des conseils concernant l'accueil et la prise en charge de quelques effets indésirables récurrents chez les personnes en situation de handicap seront prodigués.

MOTS CLES : Handicap – Pharmacien – Conseils à l'officine – Accessibilité – Législation

JURY

Président : Mme CHEMTOB-CONCE Marie-Catherine, Maître de Conférences

Membres : Mme SEGUIN Elisabeth, Professeur

Mme BERTHEUIL Sylvie, Docteur en Pharmacie

DATE DE SOUTENANCE : 15 octobre 2013