



Guide

de la

compensation

du **handicap**

dans l'insertion
professionnelle

EDITORIAL



© DR

Tanguy du Chéné,
Président de l'Agefiph

L'Agefiph est un acteur prépondérant en matière de compensation du handicap dans le domaine professionnel. La Loi du 11 février 2005

a confirmé cette dimension, tout en définissant la notion de compensation du handicap et en proposant des moyens complémentaires, notamment par le biais des « prestations de compensation » (article L 114 -1-1 du code de l'action sociale et des familles).

Depuis la création de l'Agefiph, ses nombreuses interventions ont démontré leur efficacité. Aussi, a-t-elle pu capitaliser un certain nombre de pratiques qui ont fait leurs preuves. C'est pourquoi elle a conçu le « Guide à la compensation du handicap dans l'insertion professionnelle » de sorte à faire partager cette expérience unique aux acteurs en charge de publics handicapés engagés dans des parcours d'insertion professionnelle.

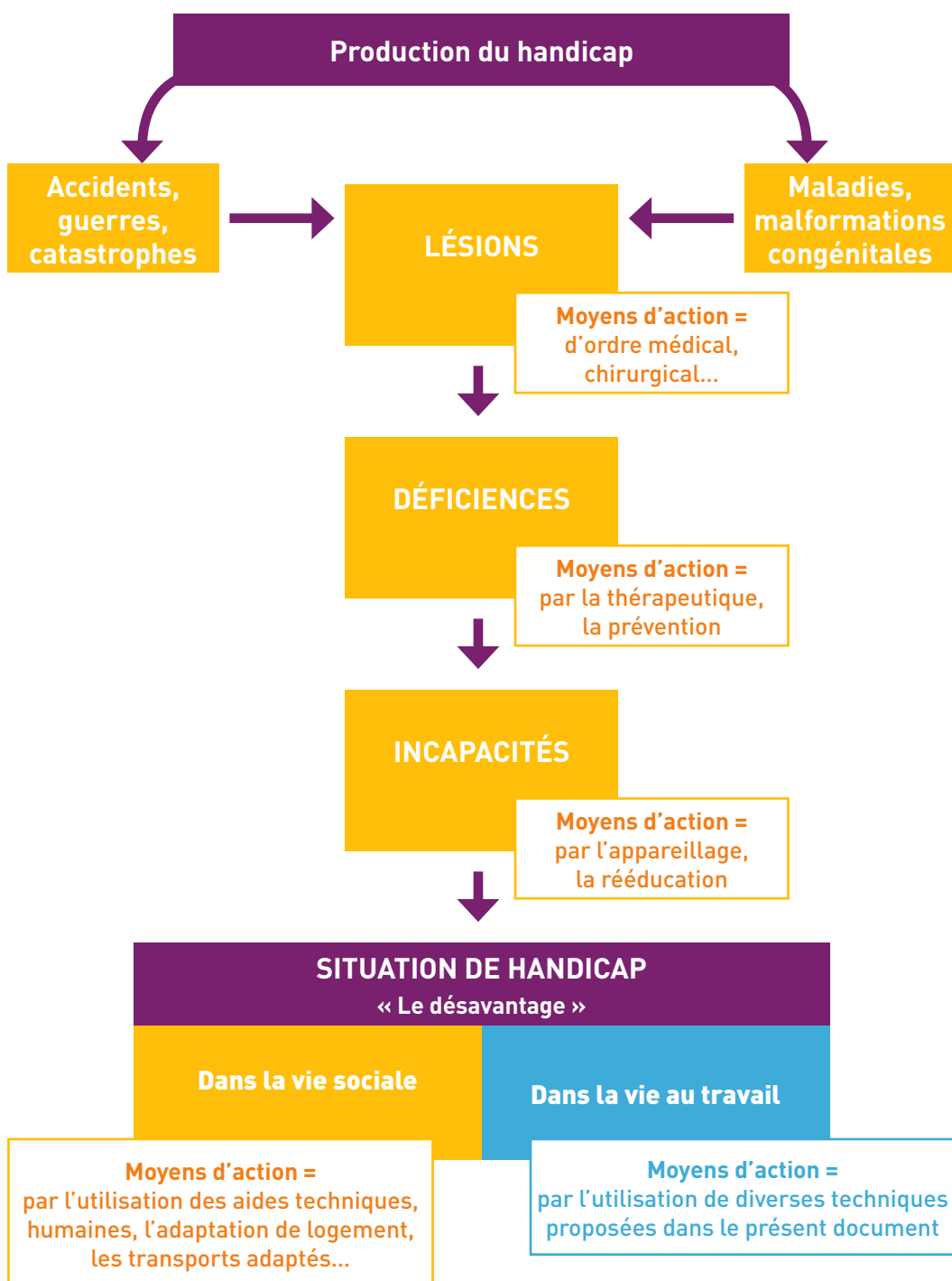
Conçu comme un outil d'appui, le guide aborde dans un premier temps le processus générateur du handicap. Il présente ensuite les différentes techniques de compensation possibles, pour enfin proposer concrètement des grilles repères d'aide à la recherche de solutions adaptées.

Le « Guide à la compensation du handicap » a pour fil conducteur la recherche efficace de l'autonomie durable des personnes handicapées dans l'emploi qui est un des principes fondateurs de l'Agefiph.

S O M M A I R E

Schéma générateur du handicap	02
Situation de handicap et compensation	04
Dans le domaine de l'insertion professionnelle	04
Les clés d'entrée de la compensation du handicap	06
Les diverses techniques palliatives de la compensation du handicap	07
Du diagnostic de la situation de handicap vers le repérage du besoin	08
Grilles d'aide à l'analyse des situations par type de déficience	09
■ Déficience auditive	10
■ Déficience visuelle	12
■ Déficience intellectuelle ou handicap mental	14
■ Déficience psychique ou maladie mentale	16
■ Maladies invalidantes	18
■ Déficience motrice	20
Tableau d'équivalence	22
Tableau d'équivalence entre les situations de handicap et les déficiences ou maladies	22
Tableau d'équivalence entre déficiences, situations de handicap, techniques compensatoires et intervenants	24
La compensation du handicap dans les aides de l'Agefiph	26
■ Index	27

SCHÉMA GÉNÉRATEUR DU HANDICAP



Les déficiences

« La déficience, c'est la perte de substance ou l'altération d'une structure ou d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique. » source OMS

La déficience correspond donc à la lésion et au déficit qui en résulte.
Par exemple : amputation, lésion de la moelle, lésion de l'oreille interne.

● Les grandes catégories de déficiences

Le choix a été fait, dans ce document de retenir seulement les grandes catégories de déficiences.



Déficience auditive



Déficience visuelle



Déficience intellectuelle
ou handicap mental



Déficience psychique
ou maladie mentale



Maladies invalidantes



Déficience motrice



| Christine D., 28 ans, opératrice PAO, handicap auditif

Les incapacités

L'incapacité, c'est la réduction totale ou partielle de la capacité à accomplir une activité dans les limites considérées comme normales, en raison d'une déficience ou d'une maladie.

C'est par ailleurs, la réduction du potentiel physique, psychosensoriel ou intellectuel dont est atteinte la personne. Habituellement, il est dit qu'elle constitue son invalidité ou son déficit physiologique.

SITUATIONS DE HANDICAP ET COMPENSATION

Dans le domaine de l'insertion professionnelle

L'examen de la situation de handicap

● Qu'est ce que la situation de handicap ?

La situation de handicap résulte de l'interaction entre l'individu et son environnement.

Ainsi, une personne déficiente va se trouver en situation de handicap dès lors qu'elle rencontre des situations la mettant en incapacité ou en limitation d'agir. Ces situations peuvent être vécues dans sa vie quotidienne et/ou dans sa vie professionnelle. Le désavantage qu'elle subit, est appelé situation de handicap.

● Comment apprécier la situation de handicap dans l'insertion professionnelle et dans l'emploi ?

Chaque situation dans un parcours professionnel est susceptible de générer pour une personne handicapée, un certain nombre de **contraintes** que ne rencontrent pas les **personnes valides** effectuant la même démarche.

● A quelles étapes de l'insertion professionnelle, la situation de handicap se révèle-t-elle plus particulièrement ?

Elle se révèle chaque fois que la personne handicapée rencontre une contrainte, un obstacle au regard de son handicap notamment lors :

- des périodes de formation,
 - des démarches de préparation à l'emploi,
 - de l'embauche et de l'intégration dans l'entreprise,
 - des évolutions ou des mutations dans l'entreprise,
- Et dans tous les cas où le handicap de la personne handicapée s'aggrave.

Exemples

→ Chaque étape de l'insertion professionnelle est susceptible de mettre en difficulté une personne handicapée :

Une personne déficiente visuelle peut rencontrer des difficultés de lecture des textes affichés sur un tableau, durant une formation. Une fois salariée, de nouvelles contraintes peuvent se manifester dans l'accès au poste de travail, lorsque, par exemple, celui-ci exige un certain nombre de « contrôles visuels » des tâches à exécuter.

→ Au sein même du parcours, les situations de handicap peuvent varier :

Lors d'une formation qualifiante, l'exigence d'accès au lieu de formation peut être une contrainte, qui ne le sera plus, lors d'une formation réalisée dans un local rendu accessible.

→ Une personne handicapée peut rencontrer une situation de handicap dans sa vie professionnelle qu'elle ne vivra pas dans sa vie quotidienne :

Le poste de travail d'un lombalgique exige en permanence des ports de charge et des manutentions importantes. A son domicile, ces contraintes sont rarissimes.

→ Deux personnes qui ont un même handicap peuvent subir des contraintes différentes :

Lors d'un entretien d'embauche, une personne déficiente auditive aura un interlocuteur dont elle pourra décrypter le message en lisant sur ses lèvres sans recourir à un traducteur, l'autre personne aura besoin d'une traduction par aides humaines (interprète en LSF) car cette dernière pratique la Langue des Signes et ne comprend pas la lecture labiale.

→ C'est pourquoi, les situations des personnes handicapées dépendent de plusieurs variables :

- **leur environnement,**
- **l'évolution liée au temps,**
- **leur type de handicap,**
- **la prise en charge précoce ou non de la situation de handicap** (rééduquées ou non, certaines personnes développent leurs propres techniques de compensation).

● **Quels sont les enseignements à en tirer ?**

La situation du handicap d'une personne doit faire l'objet d'une évaluation individuelle intégrant :

- les obstacles de son environnement (technique ou humain),
- ses incapacités ou ses capacités résiduelles,
- ses évolutions potentielles (aggravation du handicap-évolution de son environnement).

Cette analyse permet en outre d'identifier précisément son besoin, et de définir les premières techniques de compensation les plus adaptées.

L'examen de la compensation du handicap

● **Qu'est ce que la compensation du handicap ?**

Au sens général, compenser c'est équilibrer un effet par un autre.

En matière de handicap, ce pourrait être « neutraliser un désavantage ou situation de handicap par une technique de compensation », c'est-à-dire « **rendre accessible** » par des techniques palliatives.

● **Quelles sont les limitations de la compensation du handicap ?**

Plusieurs facteurs techniques ou humains sont susceptibles de limiter la compensation et donc de n'apporter **qu'une réduction de la situation de handicap** :

Facteurs techniques :

- Les techniques compensatoires peuvent se révéler dommageables pour d'autres types de handicap : le plan incliné pour fauteuil roulant peut être un obstacle pour un déficient visuel.



| Nathalie G., téléprospectrice, handicap moteur

Il est nécessaire de procéder à une accessibilité collective et partagée.

- Des techniques compensatoires « grand public », ou des réponses « standard » (matériels d'aide au port de charges, à la manutention...) peuvent ne pas être complètement adaptées au handicap et ne pas le compenser totalement.

Il est nécessaire de vérifier l'écart entre les préconisations et les spécificités de la réponse.

- L'appropriation d'une technique palliative peut être diversement intégrée par une personne handicapée. Son utilisation moindre n'apportera donc pas l'effet escompté.

Il est nécessaire de vérifier si la technique compensatoire est maîtrisée.

- Une technologie compensatoire du handicap peut devenir obsolète au fil du temps et au regard des exigences d'un poste de travail ou d'une formation.

Il est nécessaire de vérifier si la technique compensatoire remplit toujours son rôle.

Facteurs humains :

- L'environnement humain peut être un facteur défavorable, voire hostile qui entrave l'effet compensatoire attendu de la solution technique proposée.

Par exemple, un équipement hautement technologique peut produire un effet de discrimination positive à l'égard de la personne handicapée. La démarche peut être mal comprise par son environnement de formation ou de travail.

Il est nécessaire d'impliquer l'environnement humain ou le collectif de travail dans la démarche d'adaptation.

En conclusion, il y a lieu d'engager une « veille » autour de la compensation du handicap afin de prévenir ou de corriger le moment venu les éventuels effets indésirables.

Les clés d'entrée de la compensation du handicap

RAPPEL

Compenser le handicap, c'est apporter des réponses individualisées et adaptées permettant de supprimer les obstacles ou au moins de les réduire, afin de rendre les situations « accessibles » aux personnes handicapées.

En amont
de toute
démarche de
compensation,
se situe la
rééducation
fonctionnelle.

● La compensation du handicap s'examine à travers l'évaluation de l'accessibilité :

Accessibilité physique :

- l'accès au lieu de formation ou de travail ou l'accès aux locaux,
- l'accès aux tâches du poste de travail notamment les charges physiques du type manutentions, ports de charges, mouvements de préhension, dysfonctionnements divers.

Accessibilité à la connaissance, au savoir et savoir-faire :

- la compréhension des messages écrits, oraux qui peuvent entraver l'accès aux savoir faire professionnels,
- l'accès au développement des compétences.

Accessibilité à la communication et à l'environnement relationnel :

- l'accès à l'information lors d'échanges, de consignes,
- des difficultés dans la gestion de ses relations avec le collectif de formation ou de travail.

Toutes ces notions peuvent être interdépendantes.



Mohamed M., magasinier, maladie invalidante



Nicole G., téléconseillère, polyhandicap

Les diverses techniques de compensation du handicap

● **La compensation du handicap emprunte diverses modalités qui varient selon les types de handicap et les types de situations rencontrées :**

Les aides techniques :

Selon la norme Iso 9999, l'aide technique est représentée par tout produit, instrument, équipement ou système technique utilisé par une personne handicapée, fabriqué spécialement ou existant sur le marché, destiné à prévenir, compenser, soulager ou neutraliser la déficience, l'incapacité ou le handicap.

Peuvent être considérés comme aides techniques, le matériel dédié par type de handicap (matériel braille, clavier spécial, télé-agrandisseur,...) ainsi que le matériel grand public (scanner, grand écran, chariot élévateur,...).

Les adaptations de l'existant :

Ce peut être des tables adaptées, l'automatisation de commandes,...

Les solutions organisationnelles :

Elles consistent à mettre en place une nouvelle organisation du travail avec par exemple la réduction ou la suppression de tâches contraignantes.

Les aides humaines :

Ce sont des intervenants, qui par leurs compétences spécifiques, permettent la compensation des situations de handicap des personnes handicapées.

Leurs interventions peuvent présenter simultanément une ou plusieurs des caractéristiques suivantes :

■ **à caractère récurrent**, en raison notamment de la lourdeur du handicap (auxiliaire professionnel),

■ **spécifiques** à un handicap (instructeur de locomotion, aide à la vie journalière [AVJ], interprète en Langue des signes),

■ **destinées à permettre à terme l'autonomie des personnes** en construisant avec elles les stratégies pertinentes (instructeur de locomotion),

■ **utilisées à titre occasionnel** et en tant que de besoin sans être nécessairement spécialisées (référénts, tuteurs).

Les aides financières :

Elles compensent les surcoûts entraînés par la situation de handicap : financement d'aides techniques, d'adaptations, et d'interventions d'aides humaines.

Du diagnostic de la situation de handicap vers le repérage du besoin

1. La déficience

Elle constitue le **1^{er} point** d'analyse de la situation de handicap. Elle se traduit par un recueil d'informations sur :

● **Etiologie de la déficience**

C'est connaître l'origine de la déficience : acquise ou congénitale.

● **Amplitude de la déficience**

C'est identifier la ou les fonctions altérées, leur degré d'altération et connaître leur évolution potentielle.

Il faut ensuite rechercher si des moyens d'actions d'ordre médical ou chirurgical ont déjà permis de réduire la déficience.

2. Les déficiences ou handicap associés

Ce **2^e point** constitue un éclairage pertinent sur l'ensemble des différentes caractéristiques de la personne handicapée.

● **Présence d'une déficience associée**

Il est nécessaire de vérifier si une déficience secondaire est liée à la déficience principale. Cette déficience peut être indépendante. Son origine est concomitante ou acquise postérieurement à la déficience principale.

Il faut dans ce cas rechercher si des moyens d'action ont été mis en œuvre pour le handicap associé de la même façon que pour la déficience principale.

3. Les incapacités

L'analyse de ces 2 points permet de disposer d'une indication sur les choix ultérieurs de techniques de compensation.

● **Utilisation, degré de maîtrise des techniques palliatives**

C'est rechercher si la personne est appareillée ou a bénéficié d'apprentissages spécifiques permettant de compenser sa déficience ou ses incapacités.

Il est nécessaire de vérifier si les moyens d'actions mis en œuvre par la rééducation fonctionnelle ou l'appareillage sont maîtrisés ou non, obsolètes ou non (prothèses, orthèses ; matériels dédiés, nouvelles technologies, plage braille, LSF, etc.).



Stéphane R., vendeur, handicap moteur



| Sarah C., employée polyvalente, handicap auditif

GRILLES D'AIDE À L'ANALYSE DES SITUATIONS PAR TYPE DE HANDICAP

● L'aide à l'analyse s'effectue au moyen de deux groupes de grilles :

- le premier groupe est destiné à l'analyse des problématiques liées à la **formation** professionnelle des personnes handicapées,
- le deuxième groupe est destiné à l'analyse des problématiques liées à la **situation de travail** des salariés handicapés.

● Dans chaque groupe, sont traités les besoins par types de handicaps suivants :

- déficience auditive,
- déficience visuelle,
- déficience intellectuelle ou handicap mental,
- déficience psychique ou maladie mentale,
- maladies invalidantes,
- déficience motrice.

● Les tableaux comportent deux critères :

- la situation lors du parcours et dans l'emploi,
- le type de handicap.

Les deux sont croisés de manière à proposer quelques techniques de compensation possibles.

→ Les grilles proposées sont des « repères » destinés aux opérateurs généralistes

Elles ne se substituent pas à l'étude au cas par cas ; en conséquence, elles doivent être aménagées pour chaque type de situation, sachant que la personne handicapée doit rester **étroitement liée à l'analyse**.

DÉFICIENCE AUDITIVE



Les origines

La perte auditive a de nombreuses origines :

- congénitales,
- dues à des maladies,
- dues à des traitements médicamenteux,
- liées aux surcharges sonores...



| Mohcen L., 30 ans, aide jardinier, handicap auditif

Définition

La perte auditive totale est appelée cophose. Elle est rare ; la plupart des déficients auditifs possède « des restes auditifs ».

La perte auditive se caractérise par une difficulté, voire une impossibilité à percevoir et localiser les sons et la parole.

Dans le langage courant, on parle de sourds pour désigner les personnes ne conservant pratiquement plus d'audition et de malentendants pour désigner les personnes qui possèdent des restes auditifs et pour lesquels les prothèses auditives apportent une réelle amplification de l'audition. La surdité congénitale ou « pré-linguale », lorsqu'elle est profonde, entraîne la « mutité » ou trouble de la parole, générateur de lacunes linguistiques graves.

Classement

Les surdités sont classées par degré de perte auditive :

- légère : perte auditive de 20 à 40 décibels (DBs),
- moyenne : perte auditive de 41 à 60 décibels,
- sévère : perte auditive de 61 à 90 décibels,
- profonde : perte auditive dépassant 90 décibels.

Rééducation, compensation

Plusieurs techniques existent :

- la rééducation de la parole par l'orthophonie corrige la plupart des troubles du langage,
- l'appareillage améliore sans compenser totalement le déficit d'audition,
- l'apprentissage de la lecture sur les lèvres (lecture labiale) peut compléter l'accès à l'information,
- les aides à la communication permettent également de pallier le déficit de communication et de compréhension des messages oraux ou écrits (Interfaces de communication, interprètes en Langue des Signes Française (LSF), codeurs langage parlé complété (LPC),...).

Incapacités ou capacités réduites liées aux troubles de l'audition :

- entendre,
- parler et maîtriser le langage,
- nouer des relations avec l'environnement.

Grille d'analyse Situation de formation

Problèmes d'accessibilité liés à la situation de handicap	Techniques de compensation possibles
L'accessibilité au savoir et à l'information : ■ Accès à la langue ou maîtrise linguistique	→ Sensibilisation pour une implication pédagogique des formateurs et des autres stagiaires. → Interventions d'aides humaines : - interfaces et interprètes, - preneurs de notes, - soutiens pédagogiques, - tuteurs.
L'accessibilité à la communication : ■ Echanges, consignes ■ Audition de messages oraux	→ Supports écrits. → Vidéo projecteurs. → Nouvelles technologies.
L'accessibilité à la relation à autrui : ■ Environnement relationnel	→ Implication des formateurs et des élèves par l'information et la sensibilisation. → Intervenants externes : - interfaces de communication, - interprètes en LSF.

Grille d'analyse Situation de travail

Problèmes d'accessibilité liés à la situation de handicap	Techniques de compensation possibles
L'accessibilité à la Communication verbale : ■ Audition de messages sonores (appels – échanges)	→ Modification des signaux sonores en signaux lumineux distinctifs. → Modification des consignes orales en consignes écrites. → Aides techniques : prothèses auditives – boucles magnétiques – Matériel HF – Nouvelles technologies de la communication NTC.
L'accessibilité aux savoir faire professionnels et à la Communication : ■ Compréhension de messages verbaux ou écrits (consignes – échanges)	→ Apprentissage des « champs lexicaux » propres à l'entreprise pour faciliter la lecture labiale. → Aides humaines à la communication. → Désignation d'un tuteur ou référent sensibilisé dans l'entreprise.
L'accessibilité à la relation à autrui : ■ Environnement relationnel	→ Sensibilisation de l'environnement à la surdité. → Médiation par acteur interne ou externe à l'entreprise.
L'accessibilité physique : ■ Sécurité	→ Identification des sources sonores à risque et transformation en sources lumineuses ou vibratoires.
■ Surcharge sonore	→ Protection de l'ouïe - Isolation phonique.

DÉFICIENCE VISUELLE



Les origines

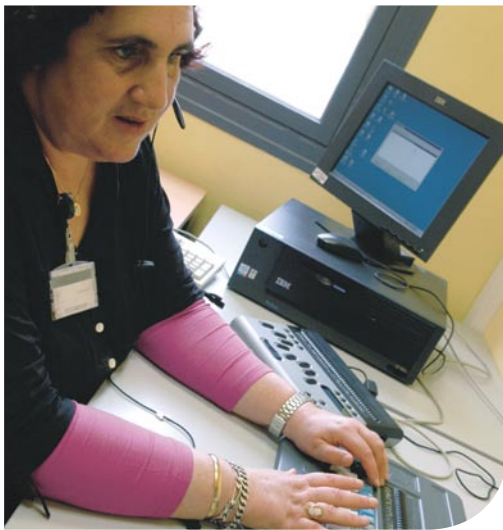
Les déficiences visuelles peuvent :

- être d'origine congénitale,
- survenir à la suite de maladies,
- survenir à la suite d'un accident (personnel ou professionnel).

Définition

La déficience visuelle fait l'objet d'une définition officielle de caractère réglementaire. On distingue ainsi :

- l'amblyopie : l'acuité visuelle est comprise entre 1/20^{ème} et 4/10^{ème} pour le meilleur œil,
- la cécité : l'acuité visuelle est inférieure à 1/20^{ème} pour le meilleur œil.



Gisèle A., standardiste, déficience visuelle

Classement

Les troubles visuels se classent en deux catégories :

- les défauts des yeux : amétropies (myopie, hypermétropie, presbytie, astigmatisme), diplopie, strabisme, hétérophories, nystagmus...
- les maladies des yeux : rétinites, glaucomes.

Ils entraînent des incapacités différentes : perte de la vision de loin, perte de la vision de près, altération du champ visuel (vision périphérique, centrale, des couleurs).

Cependant, la classification en deux groupes de déficients visuels n'est pas un critère suffisant pour apprécier les besoins des personnes. Deux facteurs importants influent sur le comportement et les besoins des personnes : l'origine de la déficience et la rééducation fonctionnelle qui a été mise en œuvre. L'appropriation ou non de techniques de compensation du handicap peut aussi influencer sur les solutions à retenir.

Rééducation, compensation

L'optimisation des capacités résiduelles constitue le passage obligé de l'insertion ou de la réinsertion. Pour aider les déficients visuels, tout un ensemble de techniques est mis à leur disposition :

- la valorisation des capacités visuelles en « basse vision »,
- les aides à la vie journalière (AVJ) ou l'autonomie dans les gestes courants de la vie quotidienne (conseils et solutions pratiques qui donnent des repères),
- l'aménagement de l'environnement (éclairage, agencement du mobilier...),
- les systèmes d'optique (loupe),
- les aides à la mobilité (cannes blanches, chiens guides...).

Incapacités ou capacités réduites liées aux troubles visuels :

- voir,
- lire et écrire,
- se déplacer.

Grille d'analyse Situation de formation

Problèmes d'accessibilité liés à la situation de handicap	Techniques de compensation possibles
L'accessibilité au savoir et à l'information : ■ Lecture, écriture	Aides techniques spécifiques : → Interfaces (téléagrandisseur, plage braille, synthèse vocale).
L'accessibilité physique : ■ Accès aux lieux de formation	→ Apprentissage des techniques de déplacements par « instructeur de locomotion ».
■ Accès aux locaux et aux salles de formation	→ Adaptation de l'environnement. → Mise en place de repères sonores ou tactiles, podo-tactiles.
■ Protection de la vue	→ Adaptation de l'éclairage et des contrastes de lumière.

Grille d'analyse Situation de travail

Problèmes d'accessibilité liés à la situation de handicap	Techniques de compensation possibles
L'accessibilité à la Communication visuelle : ■ Lecture, écriture	→ Aides techniques informatiques associées ou non : - braille, - agrandissement, - vocal. → Autres aides techniques non spécifiques (grand écran, scanner...). → Sensibilisation de l'environnement.
L'accessibilité physique : ■ Locomotion	→ Apprentissage de l'espace environnemental par instructeur de locomotion. → Mise en place de repères tactiles ou sonores ou vibratoires. → Sensibilisation de l'environnement.
■ Sécurité	→ Détection des sources visuelles à risque : transformation en sources sonores...
■ Protection de la vue	→ Adaptation de l'éclairage et des contrastes de lumière.

DÉFICIENCE INTELLECTUELLE



Les origines

Les causes sont de différents ordres :

- d'origine accidentelle,
- d'origine congénitale ou traumatisme obstétrical,
- par suite de maladies génétiques ou géniques.



Vincent S., jardinier, handicap mental

Définition

La déficience intellectuelle est une difficulté à comprendre et une limitation dans la rapidité des fonctions mentales sur le plan de la compréhension, des connaissances et de la cognition.

Les incapacités qui en découlent peuvent avoir des degrés différents et perturber :

- l'acquisition et la mémorisation des connaissances,
- l'attention,
- l'abstraction,
- l'application des acquis en termes de savoir-faire,
- la communication,
- l'autonomie sociale et professionnelle,
- la stabilité émotionnelle et le comportement.

Classement

Les déficiences intellectuelles sont traditionnellement hiérarchisées en fonction de leur gravité, grâce à des tests mentaux d'aptitude et de connaissance. On peut ainsi isoler :

- l'arriération mentale ou oligophrénie profonde qui est le niveau le plus élevé entraînant un degré total de dépendance,
- les insuffisances mentales divisées en trois sous-groupes :
 - les déficients profonds dont l'âge mental ne dépasserait pas 7 ans,
 - les déficients moyens dont l'âge mental serait compris entre 7/8 ans et 10/11 ans,
 - les déficients légers dont l'âge mental se situerait entre 12 et 13 ans.

Rééducation, compensation

Pour les personnes handicapées mentales, la compensation spécifique de leur déficience intellectuelle passe par :

- un accompagnement humain,
- une organisation adaptée de l'environnement (pictogramme par exemple).

Incapacités ou capacités réduites liées aux troubles intellectuels :

- acquérir des connaissances et des compétences,
- nouer des relations avec l'environnement,
- communiquer : produire et émettre des messages ; en recevoir et les comprendre,
- s'autonomiser et se socialiser.

Grille d'analyse Situation de formation

Problèmes d'accessibilité liés à la situation de handicap	Techniques de compensation possibles
L'accessibilité au savoir : <ul style="list-style-type: none"> ■ A la connaissance de l'environnement socio-professionnel ■ Aux savoir-faire professionnels 	<ul style="list-style-type: none"> → Adaptation de la formation <ul style="list-style-type: none"> - pédagogie adaptée, - supports simplifiés, - repères et codage de l'information. → Allongement du cursus. → Désignation de tuteurs.
L'accessibilité à la relation à autrui : <ul style="list-style-type: none"> ■ Environnement relationnel de travail 	<ul style="list-style-type: none"> → Sensibilisation de l'environnement par opérateur spécialisé (pédagogue, éducateur spécialisé.)

Grille d'analyse Situation de travail

Problèmes d'accessibilité liés à la situation de handicap	Techniques de compensation possibles
L'accessibilité à la Communication verbale : <ul style="list-style-type: none"> ■ Compréhension des messages et des consignes utilisant des supports complexes entraînant des charges mentales élevées 	<ul style="list-style-type: none"> → Apprentissages des consignes par tuteur interne ou intervenant externe. → Aménagement de l'environnement (signalétique adaptée).
L'accessibilité à la relation à autrui : <ul style="list-style-type: none"> ■ Environnement relationnel de travail 	<ul style="list-style-type: none"> → Sensibilisation de l'environnement au handicap.
L'accessibilité physique : <ul style="list-style-type: none"> ■ Gestes professionnels ■ Articulation entre les tâches, complexité et rythmes de travail entraînant des charges mentales élevées ■ Sécurité ■ Déplacements 	<ul style="list-style-type: none"> → Encadrement au poste de travail. → Réorganisation des tâches du poste par suppression des tâches complexes, automatisation. → Codage des sources à risque. → Repérage et apprentissage des lieux et des locaux.

DÉFICIENCE PSYCHIQUE



Les origines

Les troubles psychiques peuvent être provoqués par des facteurs organiques, anatomo-pathologiques, psychogéniques, psychodynamiques ou encore par des facteurs environnementaux ou familiaux.



Laurence M., fleuriste, déficience psychique

Définition

Aucune définition exhaustive n'est possible, d'autant que la terminologie psychiatrique (névroses, psychoses, mélancolies, etc.) est seulement maîtrisée par les psychiatres. Néanmoins, on peut retenir que les personnes atteintes de difficultés d'ordre psychique ne relevant pas toutes de la maladie mentale, souffrent. Leur malaise peut se traduire, à certains moments, par des comportements déroutants pour les autres parce qu'éloignés des conduites convenues et habituelles.

La maladie mentale est facteur de troubles plus ou moins handicapants selon les contextes et les circonstances. Elle comporte toujours de l'inattendu dans ses manifestations qui sont propres à chaque individu.

Classement

Il n'entre pas dans ce guide d'exposer les nombreuses et complexes classifications de la maladie mentale. Tous les cas sont particuliers. Même s'il est possible de décrire des manifestations fréquentes, il faut sans cesse s'astreindre à considérer la personne en particulier et non pas la maladie mentale dont elle souffre.

Rééducation, compensation

Les parcours des personnes sont « heurtés », variables dans le temps, et selon les individus. Il n'y a pas un commencement et une fin délimitables à l'avance. Du fait de l'évolution non linéaire de la maladie, une réponse rapide à la demande semble être un facteur décisif de réussite du parcours ou du maintien dans l'emploi. La stabilisation de la maladie constitue une condition essentielle pour entrer dans un processus d'insertion mais ne signifie pas que les troubles psychiques sont guéris. Ainsi, la stabilisation n'est pas définitivement acquise dans tous les cas.

Incapacités ou capacités réduites liées aux troubles psychiques à :

- communiquer (langage désordonné),
- maintenir en continu une stabilité de la pensée, de la perception (hallucinations par exemple), du comportement, de l'humeur, des émotions, de la conscience et de la vigilance.

Grille d'analyse Situation de formation

Problèmes d'accessibilité liés à la situation de handicap	Techniques de compensation possibles
L'accessibilité à la relation à autrui : ■ Troubles du comportement : instabilité dans les relations avec l'environnement de formation par suite notamment de crises imprévisibles	→ Sensibilisation de l'environnement. → Appel à des intervenants externes (psychologues spécialisés, chargés d'insertion spécialisés, services hospitaliers).
L'accessibilité physique : ■ Dysfonctionnement de l'état de veille entraînant une difficile gestion de la charge mentale imposée par l'organisation, mais aussi par d'éventuels évènements insolites : ■ Poids sur les : - émotions, - conscience...	→ Réorganisation de la formation - allègement du contenu, - allègement des horaires, - désignation d'un référent... → Repérage des dysfonctionnements éventuels pour anticipation des crises.

Grille d'analyse Situation de travail

Problèmes d'accessibilité liés à la situation de handicap	Techniques de compensation possibles
L'accessibilité physique : ■ Environnement professionnel avec charge mentale élevée au poste de travail ; cadences – dysfonctionnements... ■ Evènements insolites, dysfonctionnements	→ Réorganisation du travail. → Adaptation de l'outil de travail, simplification des consignes. → Identification des sources de dysfonctionnements et amplification de la sécurité pour anticipation des crises. → Sensibilisation des opérateurs internes.
L'accessibilité à la relation à autrui : ■ Environnement relationnel de travail	→ Sensibilisation des opérateurs internes et des collègues aux troubles de la personne, permettant la dédramatisation ou l'appel d'intervenants externes, en cas d'urgence. → Interventions ponctuelles externes (psychologues spécialisés, psychiatres...).

MALADIES INVALIDANTES



Définition

Alors que les déficiences ont pour conséquence la limitation d'une fonction, qu'elle soit sensorielle, motrice ou mentale, la maladie invalidante entraîne une restriction d'activité. L'activité ainsi réduite peut porter sur l'activité motrice, la quantité de travail à accomplir, la durée ou l'intensité pour le réaliser.

Classement

■ **Les maladies de la fonction cardio-vasculaire** (déficiences de la fonction cardiaque, vasculaire périphériques, hypertension artérielle) :

Elles sont minorées ou aggravées en fonction de la maladie, de l'âge et des conditions de vie et conditions de charge professionnelle.

■ **Les maladies de la fonction respiratoire :**

On peut citer les asthmes et les bronchites chroniques pouvant entraîner l'invalidité totale. Elles peuvent être dues à certaines prédispositions (allergies par exemple) ou être acquises par suite de chronicité (tabagisme). Les déformations thoraciques, la mucoviscidose d'origine génétique sont gravement invalidantes.

■ **Les maladies de l'appareil digestif :**

Elles se traduisent par des troubles de la prise alimentaire, des troubles du transit, des troubles sphinctériens (reins, foie, intestins).

■ **Les maladies d'origine endocrinienne, métabolique et enzymatique** (diabète, hyperthyroïdie, nanisme...).

■ **Les maladies hématopoïétiques et maladies du système immunitaire** (hémoglobinopathies, hémophilies, VIH, cancer, leucose,...).

L'ensemble de ces déficiences fonctionnelles peut être évalué selon une échelle divisée en 5 classes et selon l'ampleur des troubles (troubles légers, troubles d'importance moyenne, troubles importants demandant des aménagements, déficience grave entraînant une perte partielle d'autonomie, déficience sévère entraînant un état de dépendance totale et permanent).

Rééducation, compensation

Elles dépendent étroitement de la nature et de l'ampleur de la déficience.



Roland M., 53 ans, électromécanicien, maladie invalidante

Incapacités ou capacités réduites liées aux maladies, à leur évolution et à leur traitement :

- se déplacer,
- supporter l'effort physique – port de charge, rythmes de travail élevés,
- soutenir cet effort en continu sans ralentissement majeur.

Grille d'analyse Situation de formation

Problèmes d'accessibilité liés à la situation de handicap	Techniques de compensation possibles
L'accessibilité physique : ■ Fatigabilité, surcharge physique	→ Adaptation de la formation : - allègement d'horaires, - phases de repos.
L'accessibilité physique : ■ Soins médicaux	→ Intervenants externes / Aides humaines : - auxiliaires de vie, - auxiliaires professionnels, - services hospitaliers.

Grille d'analyse Situation de travail

Problèmes d'accessibilité liés à la situation de handicap	Techniques de compensation possibles
L'accessibilité physique : ■ Gestes professionnels ■ Charge physique et charge mentale	→ Aménagement des postes de travail : réorganisation et allègements des tâches (automatisation,...). → Auxiliaires professionnels.
■ Soins médicaux	→ Intervenants externes / Aides humaines : - auxiliaires de vie, - auxiliaires professionnels, - services hospitaliers.

DÉFICIENCE MOTRICE



Les origines

Les troubles de la motricité diffèrent en fonction de l'origine de l'atteinte. Ils peuvent entraîner une atteinte totale ou partielle de la mobilité et parfois une difficulté à communiquer.

Définition

■ Les affections ostéoarticulaires :

Déficiences motrices les plus nombreuses, elles comprennent notamment les malformations et les amputations, les pathologies rachidiennes et discales, dont les scolioses graves, ainsi que les lésions inflammatoires, infectieuses ou rhumatismales, telles que la polyarthrite rhumatoïde ou les spondylarthrites ankylosantes.

■ Les affections cérébrales :

Elles comprennent l'infirmité motrice-cérébrale (IMC), les accidents vasculaires cérébraux (AVC) et les encéphalopathies dont les scléroses en plaques (le traumatisme crânien grave a été classé avec les déficiences mentales, en raison de ses répercussions mentales).

■ Les affections médullaires et neuromusculaires :

Elles comprennent notamment les lésions médullaires qu'elles soient traumatiques ou médicales, le spina-bifida, l'insuffisance médullaire et autres myélopathies, les amyotrophies spinales et les affections neuromusculaires graves dont les myopathies.

■ Les autres affections motrices :

Elles concernent notamment les lombalgies ou dorsopathies.



Classement

Les personnes déficientes motrices peuvent se classer en deux catégories :

- les personnes à mobilité réduite qui se déplacent difficilement avec ou sans cannes ou béquilles,
- les usagers en fauteuil roulant qui ne peuvent se déplacer qu'avec ce type d'aide technique qui peut être manuel ou électrique.

Rééducation, compensation

Elle vise à entretenir et récupérer les capacités du patient et le réadapter à son environnement pour lui permettre l'autonomisation en vue de sa réinsertion familiale ou professionnelle. Elle mobilise un plateau technique constitué d'une équipe pluridisciplinaire, coordonnée par le médecin de rééducation :

- le kinésithérapeute (coordination des préhensions, marche...),
- l'ergothérapeute (réapprentissage des gestes avec ou sans aide technique ou appareillage),
- l'orthoprothésiste (petits et grands appareillages à titre provisoire ou définitif),
- l'orthophoniste (troubles du langage),
- le psychomotricien,
- l'assistant social.

Tous ces efforts ne peuvent aboutir qu'avec la démarche active du patient.

Incapacités ou capacités réduites liées à la déficience motrice, ses troubles associés ou à son appareillage :

- se déplacer,
- exercer certaines activités et les coordonner par suite de gestes impossibles (amputations, paralysies...),
- communiquer (parler, écrire) : infirmes moteurs cérébraux par exemple.

Pascal G., viticulteur,
handicap moteur

Grille d'analyse Situation de formation

Problèmes d'accessibilité liés à la situation de handicap	Techniques de compensation possibles
L'accessibilité physique :	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Accès aux lieux de formation, ■ Accès à l'intérieur des locaux de formation 	<ul style="list-style-type: none"> → Aides à la mobilité. → Adaptation de l'environnement. → Adaptation de la formation. → Auxiliaire professionnel.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Soins médicaux 	<ul style="list-style-type: none"> → Auxiliaire de vie. → Intervenant externe.
L'accessibilité à la communication :	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Troubles de la parole 	<ul style="list-style-type: none"> → Auxiliaire professionnel. → Nouvelles technologies.

Grille d'analyse Situation de travail

Problèmes d'accessibilité liés à la situation de handicap	Techniques de compensation possibles
L'accessibilité physique :	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Accessibilité aux lieux de travail 	<ul style="list-style-type: none"> → Aides à la mobilité - véhicules adaptés, - transport spécialisé.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Déplacements à l'intérieur des locaux de travail 	<ul style="list-style-type: none"> → Adaptation de l'environnement professionnel.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Gestes professionnels ■ Charges physiques : manutentions, ports de charges, flexions, extensions ■ Charges mentales : horaires, rythmes de travail 	<ul style="list-style-type: none"> → Adaptation de l'outil de travail, de l'organisation du travail par des solutions techniques ou organisationnelles. → Aménagement des horaires.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Evènements insolites et dysfonctionnements 	<ul style="list-style-type: none"> → Amplification de la sécurité.
L'accessibilité à la communication :	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Troubles de la parole 	<ul style="list-style-type: none"> → Nouvelles technologies (synthèse vocale – supports écrits). → Auxiliaire professionnel.

TABLEAUX D'ÉQUIVALENCE

Tableau d'équivalence entre les situations de handicap et les déficiences ou maladies

	DEFICIENCE AUDITIVE	DEFICIENCE VISUELLE
Accessibilité physique - charges physiques - mentales <ul style="list-style-type: none"> déplacements vers le lieu de travail ou de formation, accès aux locaux de travail ou de formation, accès aux postes de travail et aux tâches (complexité et cadences). 	X	X
Accessibilité au savoir, à la connaissance, aux savoir-faire professionnels - charges mentales <ul style="list-style-type: none"> compréhension. 	X	X
Accessibilité à l'information - charges mentales <ul style="list-style-type: none"> audition ou lecture d'échanges, de messages sonores, oraux ou visuels, de consignes. 	X	X
Accessibilité à la communication avec l'environnement professionnel - relation à autrui <ul style="list-style-type: none"> nouer des relations professionnelles. 	X	

Dans la formation professionnelle, la préparation ou l'accès à l'emploi.

DEFICIENCE INTELLECTUELLE (handicap mental)	DEFICIENCE DU PSYCHISME (maladie mentale)	MALADIES INVALIDANTES	DEFICIENCE MOTRICE
X	X	X	X
X			
X	X		
X	X		X infirmes moteurs cérébraux (IMC) par ex.

Tableau d'équivalence entre déficiences, situations de handicap, techniques compensatoires et intervenants

PROBLÈMES D'ACCESSIBILITÉ LIÉS AUX SITUATIONS DE HANDICAP	DÉFICIENCES
L'accessibilité physique (charges physiques et charges mentales) <ul style="list-style-type: none"> ■ déplacements vers le lieu de travail, ■ accès dans les locaux de travail, ■ accès au poste de travail, ■ complexité et cadences. 	Déficience visuelle
	Déficience auditive
	Déficience motrice
	Déficience intellectuelle ou handicap mental
	Maladies invalidantes et maladie du psychique
L'accessibilité au savoir et à la connaissance (charges mentales) <ul style="list-style-type: none"> ■ apprentissages essentiels, ■ compréhension des messages. 	Déficience auditive
	Déficience intellectuelle ou handicap mental
L'accessibilité à la communication et à l'information (charges mentales) <ul style="list-style-type: none"> ■ audition, ■ lecture des messages, des consignes. 	Déficience auditive
	Déficience visuelle
	Déficience motrice-cérébrale

**En situation
de préparation,
d'accès à l'emploi
ou dans l'emploi.**

TECHNIQUES COMPENSATOIRES	INTERVENANTS
<ul style="list-style-type: none"> ■ Aides humaines, adaptations techniques ■ Apprentissage de la locomotion aide au repérage des obstacles 	<p>Avéjistés, instructeurs de locomotion et ergonomes Informaticiens</p>
<ul style="list-style-type: none"> ■ Adaptations techniques ■ Transformation des sources sonores 	<p>Ergonomes et médecins du travail</p>
<ul style="list-style-type: none"> ■ Aides techniques, adaptations techniques ■ Transports adaptés, adaptation des postes 	<p>Auxiliaires professionnels, ergonomes et médecins du travail</p>
<ul style="list-style-type: none"> ■ Adaptations techniques, aides humaines 	<p>Ergonomes</p>
<ul style="list-style-type: none"> ■ Adaptations techniques, nouvelles technologies ■ Aménagements horaires, réduction ou suppression des charges physiques 	<p>Ergonomes</p>
<ul style="list-style-type: none"> ■ Aides techniques, adaptations pédagogiques, nouvelles technologies 	<p>Professeurs spécialisés et orthophonistes</p>
<ul style="list-style-type: none"> ■ Adaptations pédagogiques 	<p>Professeurs, formateurs spécialisés chargés des soutiens pédagogiques</p>
<ul style="list-style-type: none"> ■ Aides humaines à la communication, NTC (Nouvelles Technologies de la Communication) 	<p>Interfaces de communication, interprètes ou codeurs ou transpositeurs</p>
<ul style="list-style-type: none"> ■ Technologies dédiées et NTC 	<p>Informaticiens spécifiques</p>
<ul style="list-style-type: none"> ■ NTC, aides humaines 	<p>Auxiliaires professionnels</p>



| Julien S., téléopérateur, handicap moteur

En savoir plus
sur :
www.agefiph.fr

LA COMPENSATION DU HANDICAP

LES AIDES DE L'AGEFIPH

L'Agefiph n'est pas le seul organisme dont les interventions peuvent permettre la compensation du handicap. On peut citer l'Assurance maladie ou la CDAPH qui financent également des aides techniques et humaines. L'amélioration des conditions de travail et la prévention des risques professionnels peuvent participer à la compensation du handicap, mais relèvent des obligations légales de l'employeur. Ainsi l'Agefiph doit délimiter de façon rigoureuse le périmètre d'intervention qui est le sien.

● Pour les personnes handicapées en préparation à l'emploi ou dans l'emploi

Les aides techniques et aides humaines :

Apporter des solutions techniques ou humaines adaptées au type de handicap et permettant de se préparer, d'accéder ou de se maintenir dans l'emploi.

■ matériel dédié par type de handicap (interprète, auxiliaire professionnel,...).

Les aides à la mobilité :

Faciliter l'intégration professionnelle en compensant le handicap dans des situations nécessitant de la mobilité pour se préparer à un emploi, y accéder ou le conserver.

■ hébergement et déménagement – transport adapté – permis de conduire – acquisition de véhicule – aménagement de véhicule.

● Pour les employeurs qui comptent des salariés handicapés dans leurs effectifs

L'aide à l'accessibilité des situations de travail :

Adapter l'outil et l'organisation du travail pour permettre l'accès à l'emploi ou le maintien dans l'emploi de personnes handicapées identifiées, en compensant leur situation de handicap.

■ études de l'accessibilité et accessibilité des situations de travail.

L'aide au tutorat :

Apporter par le biais d'un tuteur formé au handicap du salarié, un appui approprié pour lui permettre de prendre la dimension de son poste de travail, de sorte que son intégration dans l'entreprise s'en trouve facilitée et soit pérennisée.

■ formation du tuteur et tutorat.

● Pour les personnes handicapées et les employeurs

Les services d'appuis spécifiques :

Concourir à l'autonomie des personnes handicapées en apportant un soutien spécifique au moment clé de l'insertion professionnelle et du maintien en emploi, en appui aux opérateurs généralistes du handicap.

INDEX



Accessibilité

L'accessibilité permet l'autonomie et la participation des personnes ayant un handicap, en réduisant, voire supprimant les discordances entre les capacités, les besoins et les souhaits d'une part et les différentes composantes physiques, organisationnelles et culturelles de leur environnement d'autre part. L'accessibilité requiert la mise en oeuvre des éléments complémentaires nécessaires à toute personne en incapacité permanente ou temporaire pour se déplacer et accéder librement et en sécurité au cadre de vie ainsi qu'à tous les lieux, services, produits et activités. La société, en s'inscrivant dans cette démarche d'accessibilité fait progresser également la qualité de vie de tous ses membres.

Aides techniques

Selon la norme Iso 9999, l'aide technique est représentée par tout produit, instrument, équipement ou système technique utilisé par une personne handicapée, fabriqué spécialement ou existant sur le marché, destiné à prévenir, compenser, soulager ou neutraliser la déficience, l'incapacité ou le handicap.

La recommandation 92 du Conseil de l'Europe fait référence à la norme Iso 9999 et inclut les appareillages classiques mais aussi « tout outil ou système technique susceptible de faciliter le déplacement, la manipulation, la communication, le contrôle de l'environnement, les activités simples ou complexes ».

Leur financement relève de la compétence de la Maison du Handicap, au titre de la prestation de compensation. *Voir à cette rubrique.*

Aides humaines

Intervenants qui, par leurs compétences professionnelles spécifiques compensent les situations de handicap que les personnes handicapées rencontrent dans leur vie sociale professionnelle ou familiale. Exemples : aides à domicile – auxiliaires de vie – auxiliaires professionnels – interprètes en Langue des signes – instructeurs de locomotion...

Leur financement relève de la compétence de la Maison du Handicap, au titre de la prestation de compensation. *Voir à cette rubrique.*

Aides à la vie journalière – AVJ

Techniques dispensées par les avéjististes destinées à donner des repères dans la vie journalière d'un déficient visuel de sorte qu'il retrouve une autonomie personnelle à son domicile et dans sa vie sociale (exemple : reconnaître ses vêtements, faire le ménage ou la cuisine, se servir à table, écrire, reconnaître son argent). La compétence des avéjististes est utilisée parfois pour l'insertion professionnelle puisque ces professionnels peuvent être amenés à donner des repères aux personnes déficientes visuelles, en préparation à l'emploi ou dans l'emploi : par exemple, localisation des personnes et des équipements dans le collectif de travail – consignes de travail visuelles... Les avéjististes peuvent être considérés comme des aides humaines.

Aptitude – restriction d'aptitude

L'aptitude est l'adéquation physique et mentale nécessaire aux exigences du poste de travail. Elle est déterminée par le médecin du travail et lui seul. La restriction d'aptitude prononcée par le médecin du travail peut être temporaire ou définitive, totale ou partielle. Cette restriction a pour objet de supprimer ou d'aménager les situations de travail dangereuses pour la sécurité et la santé du salarié. Elle se définit sur (et à partir de) la relation du salarié à son poste de travail.

Autonomie

L'autonomie, au sens étymologique du terme, désigne la capacité à se gouverner soi-même. Les techniques compensatoires du handicap visent à apporter une autonomie maximale à la personne handicapée.

L'autonomie maximale n'est pas toujours possible et a un coût (voir compensation du handicap) ; c'est pourquoi, il y a lieu de s'interroger en opportunité, pour chaque cas, sur l'autonomie optimale à rechercher.

Auxiliaire de vie

L'auxiliaire de vie est chargé d'exécuter à la place de la personne handicapée dépendante, les actes essentiels de la vie : l'hygiène, les repas, le coucher...

Auxiliaire de vie scolaire – AVS

Prévu par le plan gouvernemental « Handiscol » de 1999, l'auxiliaire de vie scolaire est une aide humaine apportée à un élève handicapé, dans le cadre de la vie scolaire, afin d'optimiser son autonomie dans les apprentissages, de faciliter

sa participation aux activités collectives et aux relations interindividuelles et enfin d'assurer son installation dans les conditions maximales de sécurité et de confort. La décision d'attribution d'un auxiliaire de vie scolaire est prise par la CDAPH (Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées) ex CDES, après évaluation de la Commission de circonscription préscolaire et élémentaire (CCPE) ou la commission de circonscription du second degré (CCSD), après sollicitation du chef d'établissement.

Auxiliaire professionnel

L'auxiliaire professionnel est une aide humaine affectée à une personne handicapée au travail, dans l'impossibilité d'exécuter l'ensemble des tâches prescrites. En conséquence, alors qu'aucune autre solution technique n'a pu être mise en œuvre, l'auxiliaire professionnel est chargé d'exécuter le ou les gestes professionnels de la personne handicapée qu'elle ne peut accomplir.



Braille

Le braille est un moyen de communication tactile qui permet au déficient visuel de lire, d'écrire et de se relire. Le système braille conçu par un aveugle, Louis Braille, est fondé sur le toucher. A partir d'un signe générique de six points, la combinaison de ceux-ci permet la lecture de l'alphabet, des voyelles accentuées, de la ponctuation, des signes mathématiques, et des signes de musique (soit 63 signes). Les 6 points sont disposés en deux colonnes verticales et parallèles de 3 points. La distance entre deux colonnes ainsi qu'entre deux points d'une même colonne peut varier de 1,8 mm à 2,5 mm. Chaque lettre de l'alphabet ordinaire se représente en braille par un assemblage combinatoire de 1 à 6 points.

L'activité de lecture du braille est « bi-manuelle » : une main lit, l'autre accompagne dans la maîtrise spatiale des repérages de la ligne et peut intervenir dans le contrôle lors d'une difficulté particulière. La vitesse de l'index le plus rapide atteint 80 mots minute ; une vitesse bi-manuelle atteint en moyenne 120 mots / minute. Le lecteur rapide peut atteindre 200 mots/minute. En comparaison un lecteur « noir » (le valide) atteint 350 mots/ minute.

Braille informatique

Le braille informatique, ou braille 8 points est un braille « éphémère », pour le bloc notes et les plages tactiles. En effet, les points braille de cette plage informatique apparaissent et disparaissent au fur et à mesure de la lecture. Le braille informatique permet d'accéder aux 256 codes ASCII qui existent en informatique.



Capacités résiduelles

Ensemble des capacités restantes pour un individu qui subit une réduction partielle de sa capacité à accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales.

Centre de Rééducation fonctionnelle – CRF

Structures qui, par des moyens médicaux, paramédicaux, techniques et sociaux favorisent la guérison ou la consolidation des lésions ou permettent de diminuer l'incapacité permanente. Les frais de rééducation, de séjour et de transport sont pris en charge par la CPAM ou la MSA, auxquels s'ajoute le versement d'indemnités journalières pendant la réadaptation.

Centre de Rééducation Professionnelle – CRP

Structures dispensant des formations conduisant à un titre national homologué. D'une durée de 16 à 22 mois en internat ou semi-internat, ces formations permettent aux personnes qui ne peuvent plus exercer leur ancien métier, du fait de leur handicap, d'acquérir de nouvelles compétences professionnelles. Stagiaires de la formation, les personnes orientées sur décision de la MDPH vers ces centres sont rémunérées par l'État et certains Conseils régionaux et le coût de la formation est pris en charge par la CPAM ou la MSA.

Compensation du handicap

Compenser le handicap, c'est apporter des réponses individualisées et adaptées permettant de supprimer les obstacles ou à tout le moins de les réduire.

Dans le parcours professionnel ou dans l'emploi, chaque situation est susceptible de générer pour une personne handicapée un certain nombre de contraintes que ne rencontrent pas les personnes

valides. On désigne alors ces contraintes par le terme de « situation de handicap ».

Les situations de handicap varient dans le temps et dans l'espace. Elles varient également selon le type de handicap et selon la personne.

Compenser le handicap dans l'insertion professionnelle et dans l'emploi demande une analyse conduite sur la base des notions suivantes qui peuvent être interdépendantes :

- l'accessibilité physique : besoins en mobilité, en déplacements et dans les démarches préalables à l'emploi, dans les locaux de formation ou de travail, accès aux tâches prescrites au poste de travail,
- l'accessibilité au savoir et à la connaissance : besoin de comprendre et d'intégrer le savoir et des compétences,
- l'accessibilité à la relation avec autrui,
- l'accessibilité à l'information ou à la communication : besoin de lire ou d'entendre les messages et les consignes,
- l'accessibilité financière : besoin de financer les surcoûts financiers entraînés par la compensation des situations de handicap.

L'article L 114-1- 1 du code de l'action sociale et des familles fixe le principe du droit à compensation. « 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... »

D

Déficience

Définition de l'OMS : la déficience est la perte de substance ou altération d'une structure ou fonction (psychologique, physiologique ou anatomique) ; la déficience correspond donc à la lésion. Par exemple : amputation, lésion de la moelle, lésion de l'oreille interne – et/ou au déficit en résultant : paraplégie, surdité...).

Dépendance

Le mot dépendance désigne un besoin d'aide. Celle-ci peut être humaine ou technique. Ce besoin d'aide peut couvrir des « activités » extrêmement diverses : se lever, faire ses courses, lire un document, entendre un message...

Désavantage

Définition de l'OMS : Conséquence des déficiences ou incapacités. Le désavantage représente une limitation ou une impossibilité d'accomplir des activités sociales normales : gagner sa vie, se qualifier, avoir un emploi.

H

Handicap et différents types de handicap – mentaux – physiques – polyhandicap – plurihandicap – surhandicap

La définition donnée par la Loi du 12 Février 2005 article 2 Art. L. 114 constitue en quelque sorte la première définition « légale » : « Constitue un handicap, au sens de la loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

Handicaps mentaux :

On distingue :

- *les déficiences intellectuelles* autrefois repérées par des vocables comme « arriération mentale » ou « débilite mentale ». Les différentes batteries de tests de QI sont des outils classiques pour leur appréciation mais sont très réducteurs et insuffisants à décrire les difficultés réelles des personnes. On peut distinguer de cette catégorie complexe de déficiences, les déficiences plus spécifiques de certaines fonctions cognitives, comme les déficiences du langage ou d'autres troubles spécifiques d'apprentissage (dyscalculie, dyspraxies...).

- *les déficiences psychiques*. Elles concernent les troubles du fonctionnement de l'appareil psychique et influent donc principalement sur la sphère de vie relationnelle, de la communication et du comportement... Les distinguer des déficiences intellectuelles permet de rendre compte des situations spécifiques de handicaps vécues notamment par les personnes atteintes de maladies mentales évoluant au long cours, et qui relèvent donc à la fois de soins psychiatriques et d'un accompagnement spécifique visant à atténuer les effets invalidants de ce type de déficience.

Handicaps physiques :

Ils sont en général scindés selon trois types de déficiences :

- *les déficiences motrices*. Elles représentent l'image même du handicap dans l'imaginaire collectif. Il est significatif à cet égard que le pictogramme symbolisant le handicap soit la représentation d'une personne en fauteuil roulant. Ce sont des handicaps en général visibles mais leur expression et leurs conséquences sont très variables.

- *les déficiences visuelles*. Elles regroupent la malvoyance ou amblyopie, et la non-voyance ou cécité. Les troubles visuels peuvent être d'origine congénitale ou survenir à la suite de maladies ou d'accidents, ouvrant ainsi deux catégories : les défauts des yeux, et les maladies. Ils entraînent des incapacités différentes : perte de la vision de loin, perte de la vision de près, altération du champ visuel : vision centrale, vision périphérique, vision des couleurs. Les grandes incapacités des personnes déficientes visuelles se définissent en trois pôles : dans la vie journalière, dans la locomotion et dans la communication.

- *les déficiences auditives*. Elles se caractérisent par une difficulté voire une impossibilité à percevoir et localiser le son et la parole. L'origine de la surdité influe de façon majeure sur l'accès au langage. Les surdités pré-linguales (avant l'arrivée du langage du petit enfant) exigent un appareillage et une rééducation intensive. Ces techniques s'accompagnent très souvent d'un apprentissage gestuel. Le public sourd de naissance ou post-naissance, sans rééducation peut cumuler un double handicap : la surdité et la mutité. La surdité acquise par accident ou par l'âge trouve en général ses moyens de compensation dans l'appareillage et la lecture labiale. Dans le langage courant, on parle de sourds pour désigner les personnes qui sont sourdes de naissance et malentendantes pour désigner les personnes qui sont « devenues sourdes », ces désignations ne correspondant donc pas au degré de perte auditive.

Polyhandicap, plurihandicap, surhandicap :

Le polyhandicap : association de déficiences motrice, intellectuelle voire sensorielle sévères, et entraînant une restriction extrême de l'autonomie.

Le plurihandicap : association de plusieurs déficiences ayant approximativement le même degré de gravité et posant des problèmes particuliers de prise en charge du fait que les capacités restantes ne permettent pas toujours d'utiliser les moyens de compensation habituels.

Le surhandicap : aggravation d'un handicap existant par les difficultés relationnelles qu'il provoque, d'autant plus graves qu'elles surviennent notamment en cas de handicap congénital et obèrent gravement le développement psychique de l'enfant, ajoutant des déficiences psychiques et ou intellectuelles aux déficiences d'origine.



Incapacité

Toute réduction partielle ou totale de la capacité à accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales.

Il s'agit de la réduction du potentiel physique psychosensoriel ou intellectuel dont reste atteinte une victime, plus communément de son invalidité ou de son déficit physiologique.

Elle ne peut être appréciée qu'après la consolidation, par un taux de 0 à 100 %.

- Incapacité permanente partielle - IPP

A la suite d'un accident du travail (AT) ou d'une maladie professionnelle, la victime, à la consolidation des lésions, peut présenter des séquelles plus ou moins importantes, définitives ou non. C'est l'incapacité permanente partielle - IPP - La CPAM doit alors procéder à l'indemnisation de ces séquelles et à leurs conséquences sur l'avenir professionnel de l'intéressé par le versement d'une indemnité ou d'une rente.

L'évaluation du taux d'incapacité doit adapter la réparation du préjudice corporel, social et économique qu'a subi la victime à la suite de son accident ou de sa maladie professionnelle. Un barème prend en compte la nature de l'infirmité, l'âge, les facultés physiques et mentales, les aptitudes et la qualification professionnelle, l'appréciation de l'état de la victime entraînant pour elle l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne, dans les cas où l'incapacité permanente est totale - 100 % -. C'est le médecin conseil de la CRAM qui procède à la fixation du taux médical.

- *Incapacité temporaire* c'est l'incapacité qui correspond, après un accident de travail, de trajet avec arrêt de travail, à une réduction de la capacité à accomplir une activité. Cette incapacité est temporaire car limitée dans le temps. Elle ne laisse pas de séquelles après consolidation des incapacités.

Instructeur de locomotion

L'instructeur en locomotion est un professionnel du domaine paramédical. L'instruction en locomotion est un ensemble de techniques et de stratégies permettant aux personnes déficientes visuelles de se déplacer avec aisance, en sécurité, de la façon la plus autonome possible. L'instructeur va enseigner entre autres, les techniques compensatoires pour le déplacement : canne, repères tactiles, auditifs, odorants, mémoire, comptages de pas, etc. Les instructeurs de locomotion peuvent être considérés comme des aides humaines. Ils se regroupent à l'AILDV : association des instructeurs en locomotion pour déficients visuels.

Interface de communication

L'interface de communication est un professionnel de la surdité qui associe tous modes de communication verbaux, non verbaux, écrits... de façon à faire comprendre le message à la personne déficiente auditive (LSF, français signé, LPC, écrit...).

Ainsi, l'interface de communication peut répondre à son besoin de communication en utilisant soit son mode de communication privilégié, soit en pratiquant une communication multi-modale, c'est-à-dire associant l'ensemble des modes de communication connus de la personne.

Interprète en LSF

L'interprète en LSF est un professionnel de la surdité qui traduit pour les personnes sourdes gestuelles, les messages oraux en langue des signes française (LSF).



Langage Parlé Complété – LPC

Le langage parlé complété ou « Cued Speech » se situe dans une perspective exclusivement oraliste. En appui de la lecture labiale (sur les lèvres) la personne sourde reçoit un complément d'information grâce à un geste (code ou clef) effectué par la main, au niveau du visage du codeur en LPC. Il existe 5 positions de la main par rapport au visage pour représenter les voyelles et 8 configurations des doigts pour

représenter les consonnes. Ce système permet d'éliminer toutes les ambiguïtés dues aux « sosies labiaux ». Pour exemple, pa, ba, ma ont la même image labiale. Ces 3 sosies labiaux se distinguent grâce à 3 codes différents du LPC.

Langue des Signes Française – LSF

Article L 312-9-1 du code de l'action sociale et des familles – Loi du 11/02/05 :

« La langue des signes est reconnue comme une langue à part entière. Tout élève concerné doit pouvoir recevoir un enseignement de la Langue des Signes Française. Le conseil supérieur de l'éducation veille à favoriser son enseignement. Il est tenu régulièrement informé des conditions de son évaluation. Elle peut être choisie comme épreuve optionnelle aux examens et concours, y compris dans ceux de la formation professionnelle. Sa diffusion dans l'administration est facilitée ».

La langue des signes n'est pas universelle, il existe plusieurs langues (LSF = langue des signes française - ASL = American Sign language...) Les langues des signes sont des langues gestuelles utilisées par les sourds, elles assurent toutes les fonctions remplies par les langues naturelles (dites aussi « orales »). Les langues des signes sont, comme toute langue, des systèmes nécessitant un apprentissage.

La LSF ne comporte pas seulement une dimension manuelle. Le contexte dans lequel le signe s'actualise est constitué du regard, des mimiques faciales, du mouvement du corps et du visage. On compte pour la LSF entre 45 et 60 configurations. Ces éléments para métriques apparaissent simultanément et peuvent se combiner, remplissant soit une fonction sémantique constitutive de sens, soit une fonction syntaxique pour structurer les éléments du discours.

Il existe un alphabet manuel dactylographique pour signer l'alphabet. On y a recours lorsqu'on a besoin de nommer une personne ou un lieu pour lesquels n'existent pas de signes. Il existe 25 signes correspondant aux lettres de l'alphabet.

La LSF est enseignée dans les associations spécifiques mais aussi à l'Université (sciences du langage) en lien, pour certaines d'entre elles, avec Serac-Formation. L'Esit (Ecole Supérieure des Interprètes Traducteurs) propose une formation débouchant sur une maîtrise des Sciences et Techniques d'interprète de conférence en LSF.



Maison départementale des personnes handicapées (ou Maison du Handicap)

Inscrites dans la loi du 11 février 2005, les MDPH qui fonctionnent depuis le 1^{er} janvier 2006 ont pour finalité de faciliter les démarches des personnes handicapées et de leurs familles en leur offrant un accès unique aux droits et aux prestations liés à la compensation du handicap.

Les MDPH reprennent à leur compte, par le biais des Commissions Des droits et de l'Autonomie (CDAPH) les missions qui étaient autrefois celles de la CDES et de la COTOREP à savoir : évaluation des besoins des personnes handicapées, de leur situation, orientation, demande de reconnaissance de droits, prise de décisions concernant l'allocation de prestations, attribution du statut de travailleur handicapé, attribution de cartes pour faciliter l'accès à des dispositions permettant de faciliter la vie quotidienne...).

Ces MDPH, dont la création résulte de la conclusion d'une convention constitutive approuvée par le président du Conseil général, par arrêté, ont la forme juridique d'un groupement d'intérêt public (GIP).

Le budget de la MDPH est alloué par la Caisse nationale de solidarité (CNSA) : cette dotation de moyens tient compte de la population du département, du nombre de bénéficiaires d'allocations liées au handicap, du potentiel fiscal etc. Ces critères sont fixés par un décret du Conseil d'Etat.

Le département reverse aux personnes les prestations de compensation par le biais de la MDPH.

Le budget de la CNSA est alimenté essentiellement par la journée de solidarité, la Sécurité sociale et le Département.

Dépôt des demandes de personnes handicapées auprès de la MDPH :

La demande doit être déposée par la personne handicapée auprès de la MDPH du lieu de résidence. La recevabilité de la demande doit répondre à des critères de durée de résidence et de régularisation de la situation actuelle du demandeur sur le territoire.

La demande doit être accompagnée de justificatifs et, le cas échéant, du projet de vie. Elle peut être déposée pour toute personne qui présente une difficulté absolue ou une difficulté grave pour la réalisation d'au moins 2 activités

définies dans le référentiel publié en annexe du décret 2005-1591 publié au Journal Officiel du 20/12/2005.

L'âge maximal pour solliciter une prestation est en général de 60 ans mais il existe des cas dérogatoires (titulaires avant 60 ans de certaines prestations).

Examen de la demande par la Commission des Droits et de l'Autonomie :

L'équipe pluridisciplinaire, nommée par le directeur de la MDPH, est chargée d'évaluer les incapacités et les besoins de compensation. Elle doit proposer un plan personnalisé de compensation du handicap.

Cette équipe est composée de professionnels du secteur médical ou paramédical de psychologues, de professionnels de l'emploi ainsi que de la formation scolaire, universitaire professionnelle, de travailleurs sociaux. La composition de l'équipe pluridisciplinaire peut varier en fonction des particularités de la personne handicapée, mais dans tous les cas, cette équipe doit permettre l'évaluation des besoins de compensation quel que soit le type de demande et la nature de la demande.

A partir de l'évaluation, et au terme d'un dialogue avec la personne ou son représentant légal, sur son projet de vie, l'équipe élabore un plan personnalisé de compensation.

Réponses apportées par la Commission des Droits et de l'Autonomie :

La décision de la commission doit se prononcer sur les mesures d'orientation afin d'assurer l'insertion scolaire, professionnelle et sociale. Elle doit désigner les services en mesure d'accueillir les demandeurs

La commission des droits et de l'autonomie prend :

- *les décisions qui ouvrent les droits aux prestations :*

La prestation de compensation (qui remplace l'allocation compensatrice pour tierce personne) sur laquelle la CDAPH va statuer doit prendre en charge l'ensemble des surcoûts liés au handicap dans la vie quotidienne ; Cette prestation est versée pour les charges suivantes : Les aides humaines, les aides techniques, les frais d'aménagement du logement, les frais d'aménagement du véhicule, les surcoûts liés aux transports réguliers et fréquents, les aides animalières, les aides spécifiques et exceptionnelles lorsque le besoin ne peut être couvert par un autre élément de la prestation ;

- *les décisions qui relèvent de l'orientation vers le marché du travail* (l'orientation vers un atelier protégé ou entreprise adaptée doit disparaître dans la

mesure où les entreprises adaptées (EA) sont considérées comme entreprises ordinaires ».

- *les décisions concernant l'admission vers un établissement* ou un service du secteur médico-social (ESAT), la reconnaissance de travailleur handicapé...

- *les décisions concernant l'attribution des cartes* (invalidité, de priorité, de stationnement).

La notification de décision :

La décision de la Commission doit indiquer la nature des dépenses pour chacune des charges donnant droit à une prestation, le montant total alloué et les modalités de versement choisies par le bénéficiaire, les durées d'attribution par type de charge et de prestations. La prestation est accordée sur la base de tarifs. Dans le calcul des moyens alloués, la Commission doit déduire les montants des autres aides accordées (par exemple par la Sécurité sociale). Le taux de prise en charge peut varier selon les ressources de la personne.

Suivi de la décision :

La décision de la Commission s'impose aux établissements (secteur médico-social) et aux organismes responsables de la prise en charge des frais et des allocations.



Organisation Mondiale de la Santé - OMS

L'Organisation mondiale de la Santé, institution spécialisée des Nations Unies pour la santé, a été fondée le 7 avril 1948. Comme il est précisé dans sa Constitution, l'OMS a pour but d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible. Dans ce même document, la santé est définie comme un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

Orthèse

L'orthèse est représentée par tout système composé d'un ensemble de pièces qui soutiennent, maintiennent, corrigent une partie du corps. Les orthèses font partie, avec les prothèses, de l'appareillage.



Prestation de compensation

L'article 114-1-1 du code de l'action sociale et des familles introduit par la Loi du 11 février prévoit que « la personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine, la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie ».

La compensation consiste à apporter une réponse adaptée aux besoins de la personne.

Les besoins sont évalués à partir du projet de vie de la personne et par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH. L'équipe pluridisciplinaire peut solliciter le concours d'établissements ou services, en particulier les centres de ressources, d'informations ou d'expertises. Par ailleurs, la Loi de février 2005 a prévu que les personnes handicapées pouvaient bénéficier de consultations médicales de prévention supplémentaires spécifiques où « elles reçoivent une expertise qui leur permet de s'assurer qu'elles bénéficient de l'évolution des innovations thérapeutiques et technologiques pour la réduction de leur incapacité ».

Les réponses : la prestation de compensation :

Pour calculer le montant de la prestation, chaque élément des aides techniques et des aides humaines fait l'objet d'un tarif et de montants définis. Le taux maximal de prise en charge de la totalité des éléments de la prestation de compensation est compris entre 80 et 100 % : il est en rapport avec les ressources de la personne.

La prestation est versée par le fonds départemental de compensation géré par la MDPH.

Les tarifications :

Les aides techniques et matériels peuvent être remboursés. A chaque matériel ou type de matériel est attribué un tarif de remboursement : le montant total qui peut être alloué est plafonné à 3960 € pour une période de 3 ans.

- *Les aides animalières* : montant total 5 000 € pour 5 ans.

- *Les frais d'aménagement du logement* : 10 000 € pour 10 ans.

- *Aides à domicile* : 30 à 145 € du salaire brut de la personne embauchée et 75 à 85 % du SMIC horaire pour un aidant familial.

Prothèse

Une prothèse est représentée par tout système composé d'un ensemble de pièces qui se substituent à une partie du corps. Les prothèses font partie, avec les orthèses de l'appareillage.

Prothèse auditive

Le principe d'une prothèse auditive est de capter et transmettre le son via l'oreille, vers le cerveau pour décryptage de l'impulsion sonore ainsi reçue. Il existe divers types de prothèses auditives ; la prescription d'une prothèse auditive est nécessairement médicale : elle varie selon le type de déficience et la perte auditive observées.

Différents types de prothèses auditives :

1/ *La prothèse « contour d'oreille »* est la prothèse la plus répandue : elle est constituée d'un contour d'oreille externe composé d'un système électronique et d'un embout conducteur située à l'intérieur de l'oreille. Le signal sonore est conduit successivement par l'oreille externe, l'oreille moyenne et l'oreille interne, via le nerf auditif jusqu'au cerveau.

2/ *Les lunettes auditives* : Les personnes porteurs de lunettes peuvent conjuguer deux types d'appareillage, à condition que leur degré de surdité soit moyen. L'appareillage auditif est alors fixé sur les branches des lunettes qui sont prolongées d'embouts classiques situés à l'intérieur de l'oreille.

Le système de retransmission est identique à celui apporté par la prothèse « contour d'oreille ».

3/ *Les « intra-auriculaires »* : les personnes dont le degré de surdité est léger ou moyen peuvent bénéficier d'un appareillage microscopique constitué d'un embout placé à l'intérieur de l'oreille. À la différence d'autres embouts, celui-ci intègre un système électronique.

Actuellement ce type de miniaturisation ne permet pas l'appareillage des surdités profondes.

Ces trois types de prothèses peuvent bénéficier « d'homologation » au titre de la LPPR (liste de produits et prestations remboursables : barème de remboursement Sécurité sociale).

Deux autres formes de prothèses sont implantées chirurgicalement : Certaines d'entre elles sont homologuées par la LPPR :

4/ *L'implant cochléaire* : l'implant « cochléaire » se substitue à la cochlée défaillante (dans l'oreille interne) : il est constitué de deux parties, une partie interne, « implantée » chirurgicalement à la place de la cochlée qui est reliée à une partie externe, capteur du signal sonore. Ainsi, ni

l'oreille externe, ni l'oreille moyenne ne sont utilisées comme circuits de transmission. Le signal sonore est transmis directement à la cochlée artificielle. La prothèse externe doit être renouvelée périodiquement.

5) *La prothèse à ancrage osseux* : la prothèse « à ancrage osseux » n'utilise pas comme mode de transmission du son l'oreille externe et l'oreille moyenne, mais prend appui sur les osselets situés à l'arrière de l'oreille moyenne afin de le conduire directement à la cochlée. Elle est constituée comme l'implant, d'une partie externe capteur de son, fixée à l'arrière de l'oreille et une partie interne, placée chirurgicalement.

Cette forme d'appareillage répond à certains types de surdité qui ne sont plus appareillables par la prothèse externe, en raison notamment de maladies de l'oreille, rendant inutilisables les circuits de transmission classique.



Rééducation fonctionnelle

La rééducation fonctionnelle est la spécialité de la médecine physique et de réadaptation. Elle a pour objectif d'exploiter et optimiser les possibilités fonctionnelles restantes (fonctions motrices, sensorielles, de la mémoire...).

L'ergothérapeute, l'orthoptiste, ou l'orthophoniste sont quelques uns des professionnels de la santé associés à la rééducation. En France, il existe un certain nombre de centres de rééducation et de réadaptation fonctionnelle dont certains sont spécialisés, par exemple, ceux traitant de la rééducation fonctionnelle des déficients visuels.

NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes.

Pour en savoir plus :

www.handicap.gouv.fr

www.cnsa.fr

www.ctnerhi.com.fr

www.cnth-roiffe.afpa.fr

www.fencicat.fr

Guide

de la
compensation
du handicap
dans l'insertion
professionnelle

Guide téléchargeable sur : www.agefiph.fr