

HANDI-CAPACITÉS

Un nouveau regard sur les personnes
en situation de handicap



Octobre 2025

URPS
MÉDECINS LIBÉRAUX
ILE-DE-FRANCE

Préface

LE MOT DE LA PRÉSIDENTE

C'est avec fierté et reconnaissance que je recommande la lecture de ce livret handi-capacités réalisé par notre confrère le D^r Marc Rozenblat, co-coordonateur de la commission santé publique de l'Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins libéraux d'Île-de-France.

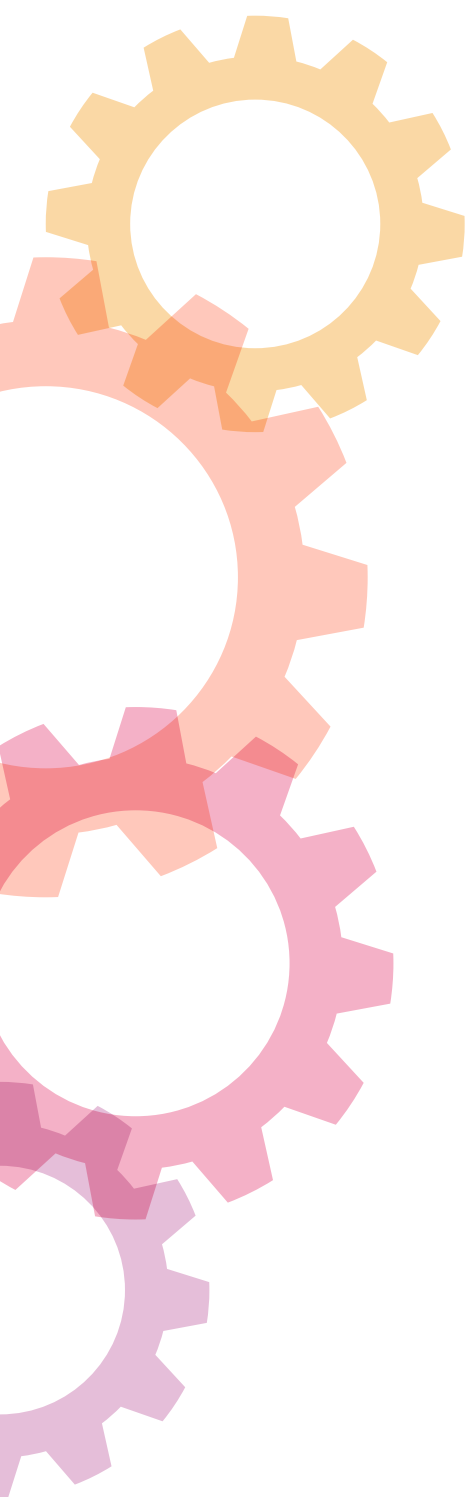
Il permet à toute personne en situation de handicap, à son entourage, mais aussi aux médecins, de découvrir et d'appréhender toutes les organisations, les soutiens pratiques, fonctionnels et d'intégration pour une vie plus facile, jusqu'aux outils et classifications permettant d'accéder aux disciplines handisports.

Cet outil pratique, utile, précis et référencé a été conçu avec l'objectif de ne plus avoir à se débattre seul en situation de handicap. Il ouvre les portes de l'espoir d'atteindre le monde inverse du handicap, celui des compétitions, même de haut niveau jusqu'au rêve olympique, que l'auteur tient à soutenir et porter à un niveau organisationnel décisif.

D^rValérie Briole

Présidente de l'URPS Médecins Libéraux Île-de-France





Préfacep.3

Avant-propos p.4

Détection et prévention primaire p. **5**

TDAH

TND

Difficultés d'apprentissage scolaire

Le Handicap au **quotidien** p. **16**

Autonomie de l'Handi-capacité

Parcours de soins de l'Handi-capacité

Handi-capacité et vie privée

Travail et Handi-capacité

Handi-capacité, allocation et retraite

Sport et Handicap p. **23**

Sport et handicap : enjeux et perspectives

Classification des Jeux Paralympiques

Les démarches administratives p. **32**

La législation du droit du patient

MDPH

Allocation handicap

Prévoyance employeur

Invalidité

RQTH

Capacité des personnes en situation de handicap

**Annexes,
Références et Tableaux p.43**

AVANT-PROPOS

NAISSANCE DE L'HANDI-CAPACITÉ : UN NOUVEAU REGARD SUR LE HANDICAP

Ce nouveau concept d'Handi-Capacité se définit comme la mise en valeur des facultés locomotrices, sensorielles et/ou mentales positives des personnes en situation de handicap.

Le 9 septembre 2024 restera dans l'Histoire comme le début officiel de l'Handi-Capacité (Handi-Capacity pour les anglo-saxons).

Une manifestation a en effet été organisée pour la première fois, au lendemain de la cérémonie de clôture des Jeux Paralympiques de Paris 2024, dans les prestigieux locaux de l'UNESCO. Elle a rassemblé plus de 800 personnes, parmi lesquelles de nombreuses personnalités politiques internationales, des représentants du sport paralympique, du monde de l'entreprise et du travail. Parrainée par Monsieur Yannick Noah et Madame Marie-Amélie Lefur (Présidente du Comité d'organisation des Jeux Paralympiques de Paris 2024 et nommée Présidente de l'Agence nationale du Sport en novembre 2024), cette première organisation sur l'Handi-capacité, Sport et Travail fut de l'avis de tous un réel succès.

L'événement devrait désormais se renouveler à l'occasion des Jeux d'hiver de 2026 à Milan, puis des Jeux d'été de 2028 à Los Angeles, et ainsi de suite. Ce 9 septembre 2024 marque donc le début d'une nouvelle ère, d'un nouveau paradigme mondial pour les personnes en situation de handicap.

La capacité positive d'une personne en situation de handicap, qu'elle soit d'origine locomotrice, sensorielle ou mentale, est et sera désormais mise en avant, notamment dans le milieu sportif et dans l'inclusion au travail. De nombreuses personnalités expertes dans ce domaine, de l'UNESCO et de la société civile, avec certains témoignages d'handi-capacités, ont permis de poser les bases et le socle de réflexions et de prises en charge des handi-capacités.

Une déclinaison nationale de ce concept est prévue en France dans les mois à venir.

Sur les territoires, certaines organisations se la sont déjà appropriées.

En territoire francilien, l'URPS Médecins Libéraux Île-de-France et sa commission santé publique souhaitent développer ce nouveau concept.

La situation actuelle en France, les procédures administratives, les contacts nécessaires sur l'autonomie d'un handi-capacité, sur son parcours de soins mais aussi sur les spécificités des aidants dans les domaines du sport, du sport-santé et du travail vous sont ici rapportés dans ce premier livret.

Des réunions franciliennes seront prochainement organisées pour vous apporter toutes précisions utiles.

Bonne lecture et merci pour votre investissement pour cette population singulière des handi-capacités.

Bien confraternellement,

Ce concept novateur, à la nosologie innovante, est né d'une réflexion conjointe entre :

- ▶ un médecin du travail, le Pr Antonio Rui MARCELINO LEAL, président de la fondation SANITUS,
- ▶ un grand champion du paralympique, Monsieur Ryad SALLEM (en Rugby Fauteuil)
- ▶ et D^r Marc ROZENBLAT médecin du sport et de médecine manuelle, président du Panathlon International District France

D^r Marc Rozenblat

Co-coordonnateur de la Commission Santé Publique de l'URPS Médecins Libéraux Île-de-France

DÉTECTION ET PRÉVENTION PRIMAIRE

380 000

ENFANTS SCOLARISÉS

DONT 321 476 EN MILIEU ORDINAIRE

(source ministère de l'Éducation nationale)



Chaque médecin doit détecter les moindres signes pouvant faire suspecter un enfant ou un adolescent en situation de handicap ou pouvant le devenir.

L'écoute de l'enfant, de ses parents, l'analyse du comportement de l'enfant pendant la consultation médicale, les réponses pendant l'entretien et aux questionnaires spécifiques doivent conduire à une prise en charge précoce, même en cas de doute.

Les tableaux qui suivent vous donnent les caractéristiques spécifiques à rechercher et les différentes démarches thérapeutiques et procédures d'accompagnement à initier.

Ainsi, 3 grands groupes de Handi-capacités sont à rechercher et à accompagner :

- ▶ Handi-capacité moteur.
- ▶ Handi-capacité mental.
- ▶ Handi-capacité cognitif.

Le taux d'incapacité est déterminé par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

Ce taux est défini en trois tranches :

- ▶ inférieur à 50% ;
- ▶ de 50 à 79% ;
- ▶ supérieur à 80%.

Ce taux évalue les conséquences du handicap sur la vie de tous les jours de la personne, en se basant sur les actes élémentaires de la vie quotidienne.

Pour les adultes, si la personne ne peut plus exercer d'activité professionnelle, elle est classée en 2^e catégorie. Si elle ne peut plus exercer d'activité professionnelle et qu'elle a besoin de l'aide d'une personne pour être assistée dans les gestes essentiels de la vie courante, elle est classée en 3^e catégorie.

Par exemple, le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) est un trouble du neurodéveloppement associant 3 symptômes, dont l'intensité varie selon la personne :

- 1. le déficit de l'attention** : l'incapacité à maintenir son attention, à terminer une tâche, les oublis fréquents, la distractibilité ou le refus ou évitement de tâches exigeant une attention accrue ;
- 2. l'hyperactivité motrice** : une agitation incessante, l'incapacité à rester en place lorsque les conditions l'exigent ;
- 3. l'impulsivité** : la difficulté à attendre, le besoin d'agir, la tendance à interrompre les activités des autres.

Le TDAH nécessite un accompagnement lorsque ces symptômes altèrent de manière durable et significative la qualité de vie de l'enfant ou de l'adolescent, dans les différents environnements (famille, école, extra-scolaire).



DÉTECTER LE TDAH

Exemples de plaintes ou difficultés évocatrices d'un TDAH

(aucune n'est spécifique TDAH)

Rapportées par l'enfant

- ▶ Peu ou pas d'amis
- ▶ En conflit avec les parents
- ▶ Faible estime de soi

Rapportées par sa famille

- ▶ Facilement distrait, n'écoute pas
- ▶ Difficultés à s'organiser, oublis fréquents
- ▶ Agité, ne reste pas assis, conduites dangereuses
- ▶ Coupe la parole, impatient

Ecouter

- ▶ L'enfant
- ▶ La famille
- ▶ Le milieu scolaire.

Rapportées par le milieu scolaire

- ▶ Rêveur, dans la lune
- ▶ Fluctuation des capacités de concentration
- ▶ Difficultés à se concentrer, à mémoriser, à être autonome

Information sur les prises en charge possibles

Prise en charge multimodale comprenant des éléments de la prise en charge non médicamenteuse associés si besoin à une prise en charge médicamenteuse :

- ▶ Prise en charge non médicamenteuse, comprenant des mesures psychologiques, éducatives et sociales (approches cognitivo-comportementales, psychodynamiques, systémiques et psycho-éducatives, guidance parentale, aménagements scolaires, etc.).
- ▶ Prise en charge médicamenteuse : méthylphénidate (lorsqu'une prise en charge psychologique, éducative et sociale seule s'avère insuffisante).

L'intérêt de cette approche multimodale a été démontrée dans plusieurs études. Cette approche est efficace pour traiter l'ensemble des symptômes et agir sur les différents domaines de la vie du patient.

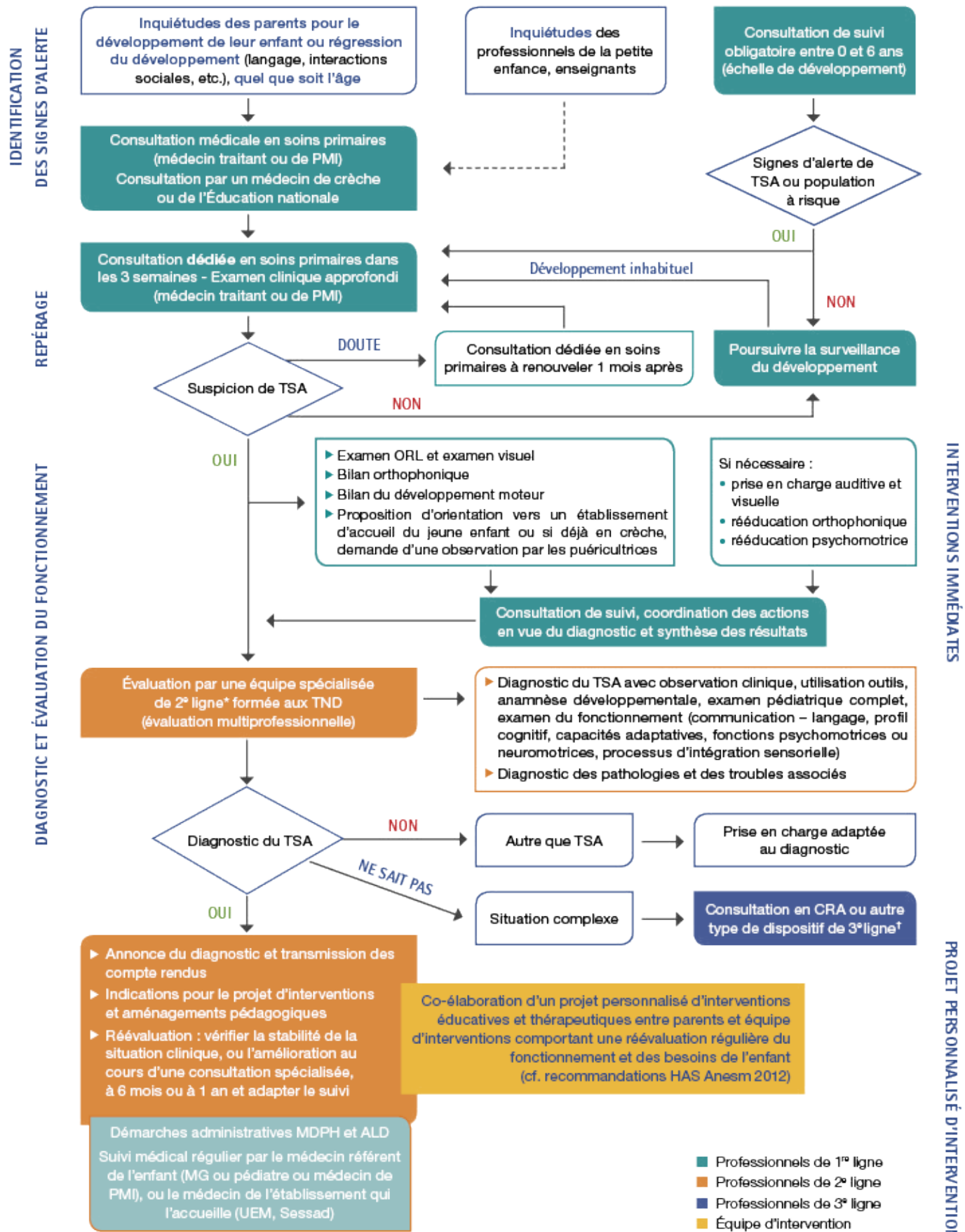
Paramètres à surveiller en cas de traitement médicamenteux

- ▶ Observance et tolérance à l'interrogatoire.
- ▶ Courbe staturo-pondérale, PA et FC à l'examen clinique.
- ▶ Effets indésirables : diminution de l'appétit, ralentissement du développement staturopondéral, retentissement cardio-vasculaire, troubles du sommeil, symptômes psychiatriques, troubles du comportement, etc.

Règles de prescription

La prescription initiale hospitalière et les renouvellements annuels sont réservés aux spécialistes et/ou services hospitaliers spécialisés (pédopsychiatre, neurologue, neuropédiatre, psychiatre, pédiatre, médecin des centres du sommeil).

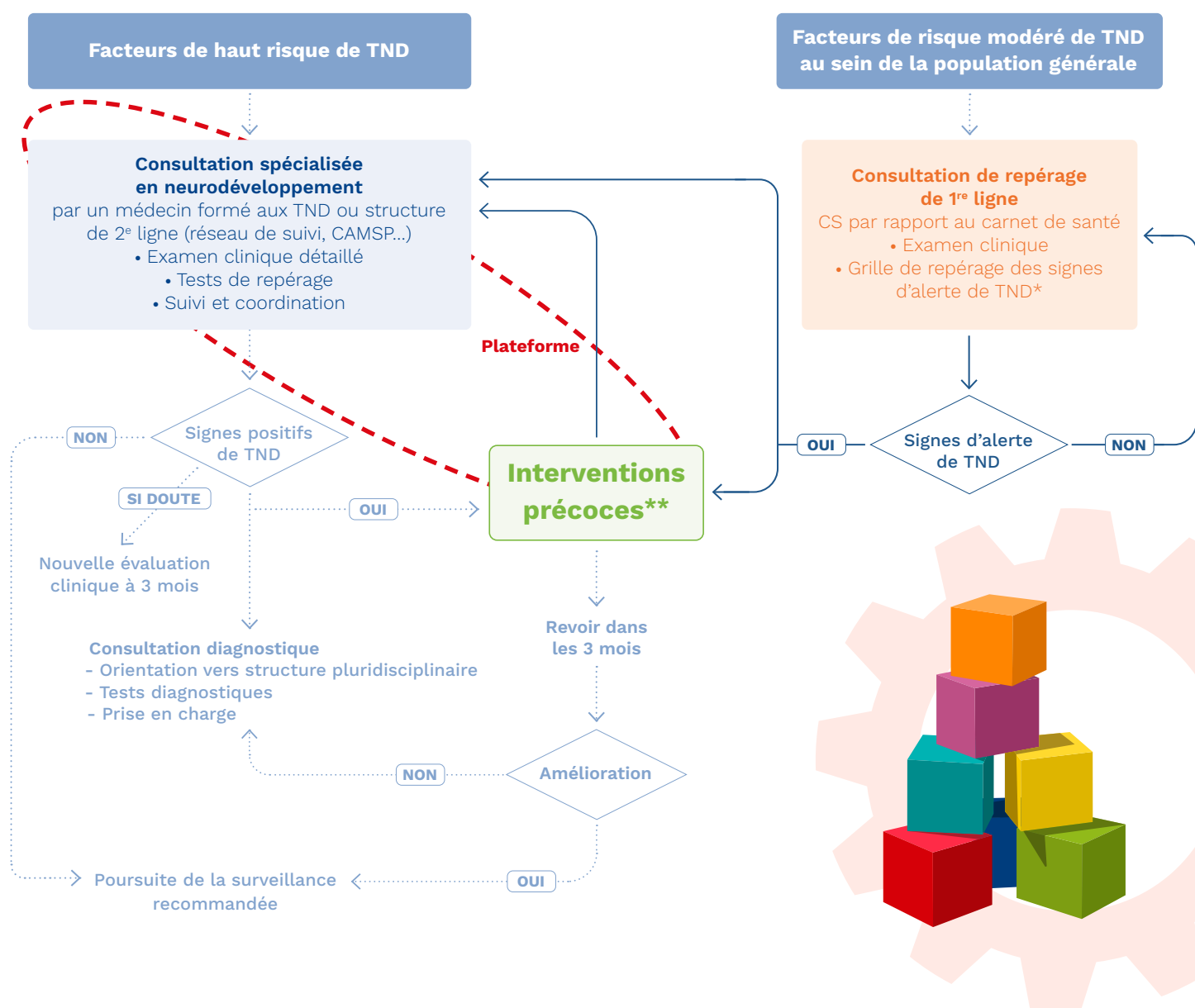
- ▶ Les autres renouvellements peuvent être faits par tout médecin, avec possibilité d'adapter les posologies.
- ▶ La prescription (ordonnance sécurisée pour une durée maximale de 28 j) est délivrée dans une pharmacie choisie par les parents, mentionnée sur chaque ordonnance.
- ▶ L'ordonnance doit être présentée au pharmacien dans les trois jours, au-delà elle n'est exécutée que pour la durée de traitement restant à courir.
- ▶ Une même ordonnance ne peut pas faire l'objet d'un renouvellement de la délivrance.



*Équipes de pédopsychiatrie (services de psychiatrie infanto-juvénile dont centres-médico-psychologiques - CMP), services de pédiatrie, centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), réseaux de soins spécialisés sur le diagnostic et l'évaluation de l'autisme ou praticiens libéraux coordonnés entre eux par un médecin. † Professionnels exerçant en centre ressources autisme (CRA) ou en centre hospitalier pour des avis médicaux spécialisés complémentaires, notamment en neuropédiatrie, génétique clinique et imagerie médicale.

DÉTECTER LES TROUBLES DU NEURODÉVELOPPEMENT (TND)

Parcours d'un enfant à risque de TND et de sa famille



--- Plateforme de coordination et d'orientation dans le cadre du parcours de bilan et d'intervention précoce pour les enfants avec des TND (ensemble des structures de 2^e ligne). L'adressage se fera en première intention à la plateforme territoriale si elle existe.

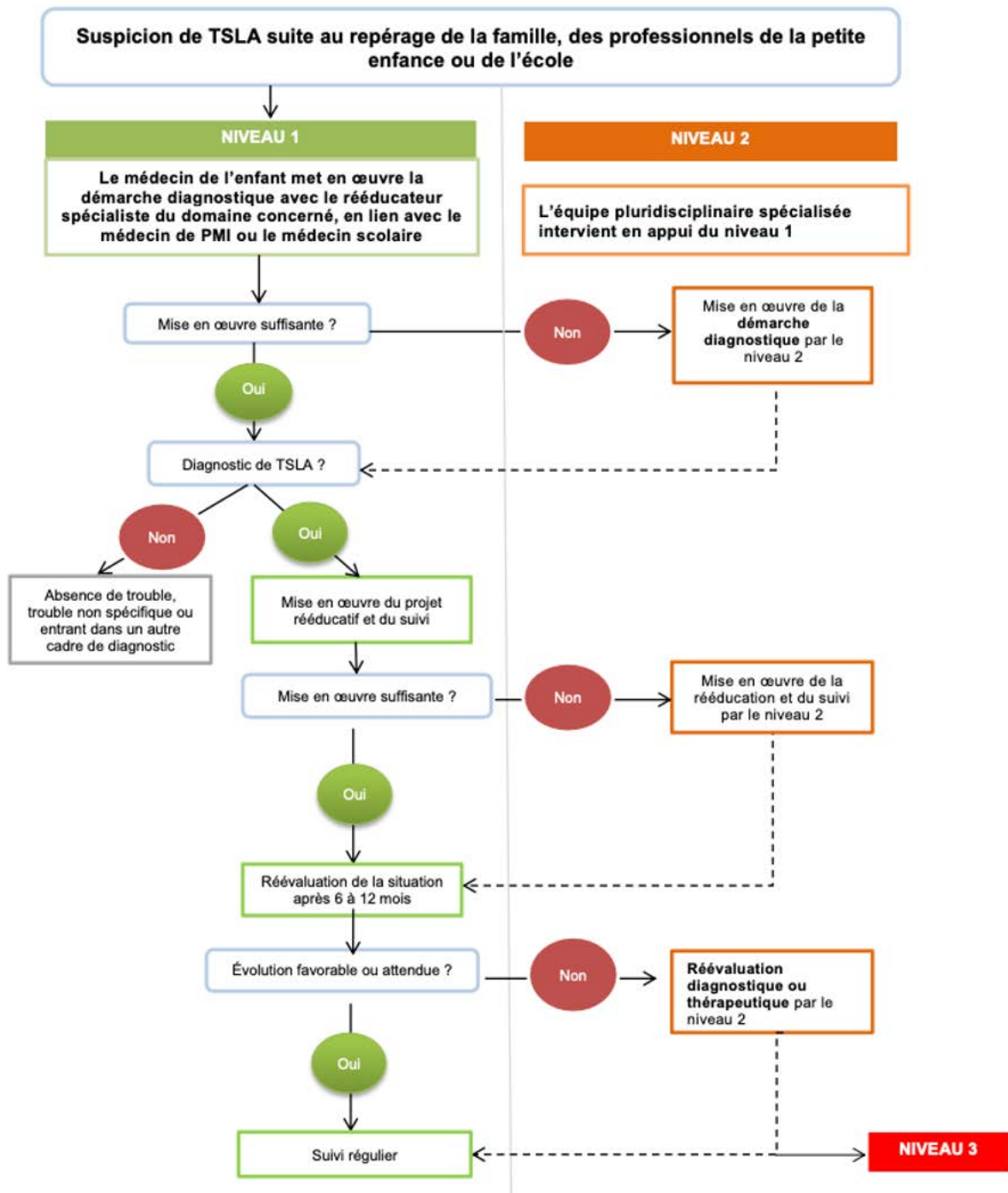
* Grille Repérer un développement inhabituel chez les enfants de moins de 7 ans de la délégation interministérielle à l'autisme et aux TND.

** Le plus rapidement possible en attendant la consultation spécialisée en neurodéveloppement.

DÉTECTER LES TROUBLES SPÉCIFIQUES DU LANGAGE ET DE L'APPRENTISSAGE

TSLA : La prise en charge

- Médecin traitant de famille
- Equipe pluridisciplinaire



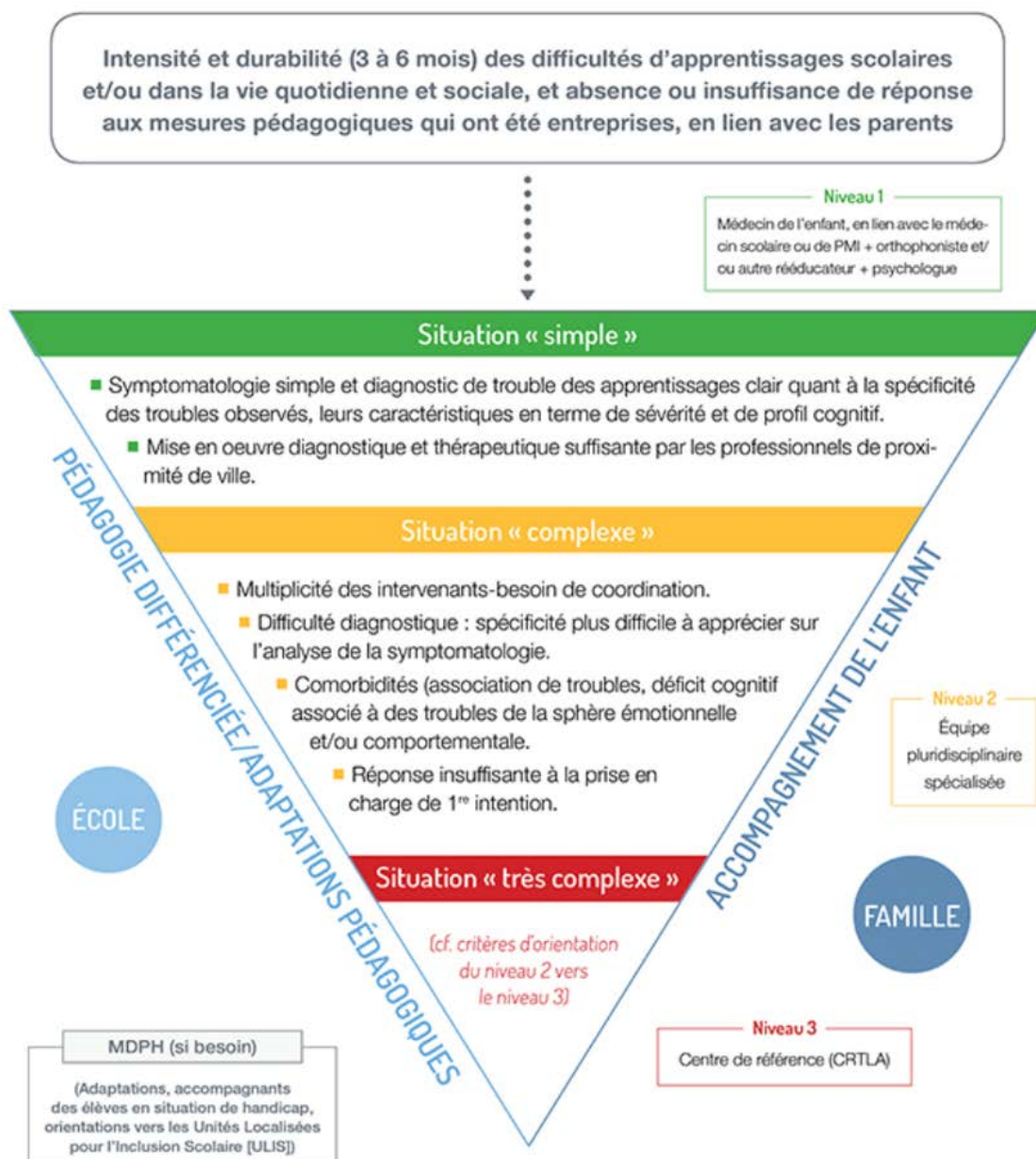
Source : HAS : Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages ?

https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.has-sante.fr/jcms/c_2822893/fr/comment-ameliorer-le-parcours-de-sante-d-un-enfant-avec-troubles-specifiques-du-langage-et-des-apprentissages&ved=2ahUKÉwji8WUx9KMAxW1U6QEhXbSjFQQFnoECAkQAQ&usg=AOvVaw1FMv9mOtVadu2gO4tg1a8

DÉFINIR LES DIFFICULTÉS D'APPRENTISSAGE SCOLAIRE

Difficulté d'apprentissage scolaire :

Définir la situation simple complexe ou très complexe



METTRE EN OEUVRE DES ACTIONS SELON LES SIGNES D'ALERTE

(Trouble de l'apprentissage du langage oral, écrit et du calcul ou les difficultés d'acquisition des coordinations et des praxies)

Difficultés d'acquisition du langage oral

avant 3 ans

Quand s'inquiéter ?	Signes d'appel	Actions à mettre en œuvre
à 18 mois	- Aucun mot signifiant. - Absence de babillage.	- Éliminer d'emblée un doute sur l'audition. - Éliminer un trouble de communication verbale et non verbale : absence de jeu de « faire semblant » ou d'imitation, de pointage proto- déclaratif, d'attention partagée pouvant représenter une alerte vers un trouble du spectre de l'autisme.
à 24 mois	- Langage très pauvre. - Pas d'association de mots. - N'a pas l'air de bien comprendre alors qu'il communique bien (regard, gestes, etc.). - Compréhension altérée.	- Examen clinique, audition. - Bilan orthophonique et rééducation si nécessaire (surtout en cas de vulnérabilité familiale, d'antécédents familiaux ou de prématurité).

après 3 ans

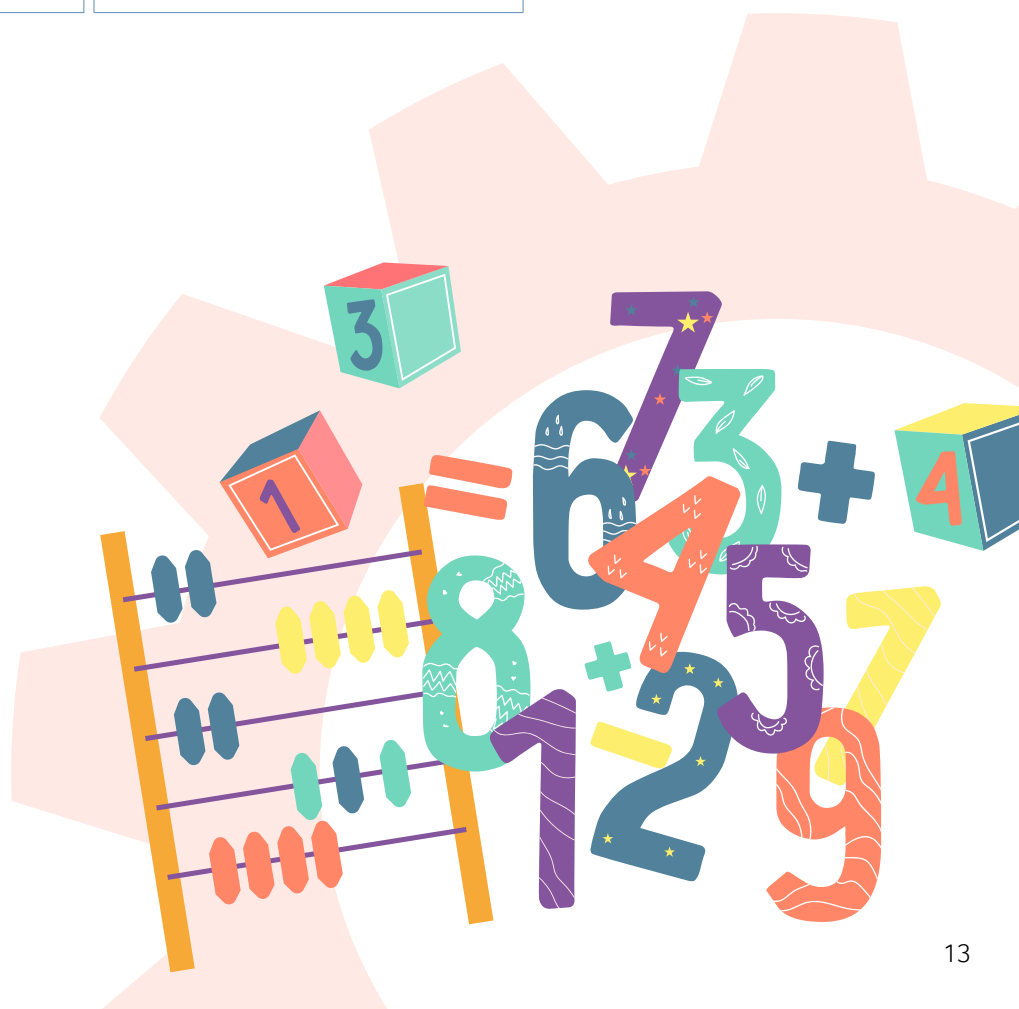
si plainte isolée
sur le langage oral

3 ans / 4 ans et demi	Si critère de sévérité : - Pas de langage intelligible pour les personnes non proches (les parents ou la fratrie peuvent parfois comprendre) ; - pas de phrase constituée (verbe, complément ou sujet-verbe) ; - compréhension altérée.	- Examen clinique. - Diagnostic différentiel (audition/communication) - Bilan orthophonique et rééducation si nécessaire (+/- autres).
4 ans et demi / 5 ans	Si langage insuffisant mais sans signe de gravité.	- Réponse pédagogique préventive. - Guidance parentale. - Suivi 6 mois par le médecin de l'enfant. - Bilan orthophonique et rééducation si pas de progrès ou trouble persistant du langage à 5 ans.

Difficultés d'apprentissage du calcul

Quand s'inquiéter ?	Signes d'appel	Actions à mettre en œuvre
Grande section de maternelle	■ L'élève a des difficultés d'accès au symbole. ■ L'élève n'acquiert pas la chaîne numérique orale et fait beaucoup d'erreurs dans son comptage ■ L'élève a des difficultés à dénombrer une collection d'objets en pointant du doigt un ensemble d'éléments.	■ Réponse pédagogique +++ si la difficulté est isolée (pas de trouble du langage oral qui nécessite un bilan orthophonique - ou un trouble du geste qui nécessite un bilan psychomoteur et/ou ergothérapique). ■ En informer les rééducateurs si l'enfant est suivi.
Primaire	■ Vérifier les acquisitions lors des grandes étapes du développement du nombre et calcul. ■ Toute difficulté persistante sur le nombre ou le calcul, surtout si trouble associé du langage oral, langage écrit ou praxie, ou antécédents familiaux/personnels.	■ Évaluation de première intention • réponse pédagogique si trouble modéré et isolé ; • bilan orthophonique spécialisé de la dyscalculie, du raisonnement et de la cognition mathématique (NGAP) et bilan neuropsychologique du contexte cognitif (raisonnement, langage, fonctions praxiques) si persistant malgré la remédiation pédagogique) (au plus tard en fin de CE2).

Source : HAS



Difficultés d'acquisition du langage écrit

Quand s'inquiéter ?	Signes d'appel	Actions à mettre en œuvre
2 ^e trimestre du CP	Critères de sévérité : ■ persistance de difficultés du langage oral ; ■ ne fait pas le lien entre le(s) signe(s) écrit (graphème(s)) et le son qu'il(s) symbolise(nt) (phonème) et <i>vice versa</i> ; ■ ne rentre pas dans la lecture des syllabes simples ou fait de nombreuses erreurs.	■ Bilan orthophonique (langage oral/langage écrit) et rééducation si nécessaire.
	Difficulté moins sévère.	■ Mettre en œuvre une intervention pédagogique préventive (entraînement).
3 ^e trimestre du CP	■ Difficultés persistantes au 3^e trimestre, surtout si pas ou peu de progrès avec l'intervention pédagogique.	■ Bilan orthophonique (langage oral/langage écrit) et rééducation si nécessaire.
CE1	■ Toute difficulté scolaire persistante : • lecture anormalement lente ou imprécise ou n'amenant pas à une compréhension du message écrit ; • écriture illisible avec des erreurs phonétiques fréquentes. ■ Tout refus de lire/aller à l'école ou autre plainte somatique.	■ Pratiquer une évaluation normée de lecture (vitesse, précision, compréhension) et d'orthographe correspondant à la classe suivie par l'enfant.
	■ Si le déficit est modéré et/ou ne touche qu'une seule compétence.	■ Intervention pédagogique durant 3-4 mois et revoir.
	■ Toute persistance du déficit d'une de ces compétences malgré le soutien pédagogique à l'issue de 3- 4 mois d'intervention pédagogique, aide aux devoirs, famille.	■ Bilan orthophonique (langage oral/langage écrit) et rééducation si nécessaire.
CE2 et après	■ Scores insuffisants à un test étalonné de lecture et d'orthographe. ■ Élève en difficulté : échec vis-à-vis de la lecture, erreurs de déchiffrement ou lenteur de la lecture, difficultés pour retenir les mots d'usage courant, les principales règles d'accord, et segmenter les mots. ■ Déchiffrage lent, laborieux, gêné par des erreurs entre des lettres et/ou des groupes de lettres.	■ Bilan orthophonique (langage oral/langage écrit) et rééducation si nécessaire.
6 ^e	■ Difficultés de lecture, lenteur +++ entravant parfois l'accès au sens, et troubles de l'orthographe.	■ Bilan orthophonique et rééducation si nécessaire si trouble jamais reconnu. ■ Compenser le trouble s'il s'agit de séquelles d'un trouble déjà traité.

Source : HAS

Difficultés d'acquisition des coordinations et des praxies

Quand s'inquiéter ?	Signes d'appel	Actions à mettre en œuvre
Dans la vie courante	■ Désintérêt voire refus des jeux faisant appel à la construction, au dessin, qui sont malhabiles mais aussi les jeux moteurs : vélo, courses, jeux collectifs. ■ Difficultés pour tous les gestes de la vie quotidienne : habillage, toilette, repas, etc.	■ Les signes précédents doivent être recherchés et l'importance de leurs conséquences sur la vie de l'enfant appréciées.
En moyenne et grande section de maternelle	■ Difficultés dans le graphisme : tracer les lettres, colorier, ne peut tracer un carré en fin de moyenne section ou un triangle en grande section. N'écrit pas son nom de façon lisible en fin de GSM. ■ Difficultés à coller, à découper. ■ Dessin pauvre, mal structuré, peu varié dans ses formes et ses couleurs, contrastant avec la construction du récit qu'il en fait, la vivacité d'esprit. ■ Ne se prépare pas seul pour aller en récréation (ex. attacher son manteau), ou aller/sortir des toilettes (se rhabiller, se laver les mains) et difficultés pour se moucher, mettre ses gants. ■ Chutes fréquentes. ■ Aspect brouillon, maladroit, peu soigné du travail. ■ Manque d'aisance en motricité globale, malhabileté dans les activités de motricité fine. ■ Difficultés de repérage et d'orientation dans le temps et/ou dans l'espace.	■ Sauf si particulièrement sévères ou mal supportés, ces signes doivent amener à une adaptation (valoriser les côtés positifs) et à une aide pédagogique. ■ Si les difficultés sont une gêne notable : • par rapport aux demandes et aux réalisations habituelles des autres enfants de la classe, ou du même âge, et ne s'améliorent pas avec les aides pédagogiques ; • sur l'apprentissage de gestes nouveaux dans la vie quotidienne. ■ Examen de première intention des fonctions graphiques et du contexte cognitif (raisonnement verbal). ■ Adresser pour un bilan au psychomotricien ou à l'ergothérapeute et séances de rééducation si difficultés dans la vie scolaire et quotidienne.
Fin CP-CE1 et après	■ Difficultés graphiques et calligraphiques (copie de figures, respect de la forme des lettres, reproduction de trajectoire, irrégularité de dimension, lenteur). ■ Difficultés pour tous les gestes de la vie quotidienne : habillage, toilette, repas, etc. ■ Difficultés d'organisation du matériel scolaire. ■ Mauvaise manipulation des outils : règle, ciseaux, compas, etc. ■ Difficulté à accélérer la réalisation de gestes préalablement appris. ■ Difficultés de repérage spatial : tableau à double entrée, cartes de géographie.	■ Mise en place de soutiens pédagogiques ciblés sur les habiletés fragiles, des adaptations (valoriser les côtés positifs) et compensations ■ Si les difficultés sont une gêne notable : • par rapport aux demandes et aux réalisations habituelles des autres enfants de la classe, ou du même âge, et ne s'améliorent pas avec les aides pédagogiques ; • sur l'apprentissage de gestes nouveaux dans la vie quotidienne. ■ Adresser pour un bilan au psychomotricien ou à l'ergothérapeute et séances de rééducation si trouble isolé. ■ En fin de primaire et collège, vérifier la gêne au regard de demandes scolaires accrues.

Source : HAS

LE HANDICAP AU QUOTIDIEN



12
MILLIONS
DE FRANÇAIS TOUCHÉS
PAR LE HANDICAP
SOIT 1 SUR 6

PARCOURS DE SOINS DE L'HANDI-CAPACITÉ

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), plus d'un milliard de personnes est en situation de handicap dans le monde, soit 1 personne sur 7.

Pour les soins de santé, les personnes handicapées ont les mêmes besoins que les autres, mais :

- ▶ Ils ont 2 fois plus de « malchance » de trouver des prestataires de santé sans les compétences requises ou avec des installations insuffisantes.
- ▶ Ils ont 3 fois plus de « malchance » de se voir refuser des soins
- ▶ Ils ont 4 fois plus de « malchance » d'être mal soignés dans le système de soins

Dans le monde, 50 % des personnes en situation de handi-capacité n'ont pas les moyens de se soigner et ont la « malchance » de faire face à des dépenses de santé exorbitantes et de réduire leur famille à la pauvreté.

Pourtant, une prise en charge en médecine de rééducation et les aides technologiques à l'aide fonctionnelle pourraient permettre aux personnes handi-capacités d'obtenir une certaine autonomie.

Par exemple

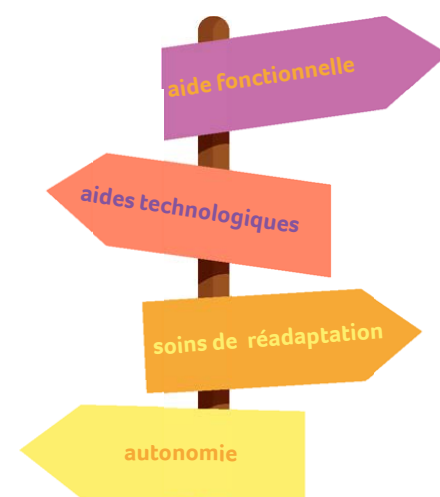
Près d'1 milliard de personnes ont besoin de lunettes et d'aides à la vision.

Plus de 75 millions ont besoin d'un fauteuil roulant et seuls 4 millions en obtiennent un.

Les déficits auditifs invalidants touchent plus de 450 millions de personnes : seuls 10 % bénéficieront d'une prothèse auditive.

L'OMS préconise

- ▶ De supprimer les obstacles physiques pour accéder aux établissements de santé, à l'information et aux équipements ;
- ▶ De rendre abordables les soins de santé ;
- ▶ De former des agents de santé spécialisés au domaine du handicap ;
- ▶ D'investir dans les soins de réadaptation.



Les besoins des personnes en situation de handicap sont les mêmes que les autres. La discrimination ne doit pas être.

HANDI-CAPACITÉ ET VIE PRIVÉE

La loi reconnaît aux personnes en situation de handicap le droit au respect de leur vie privée et à l'exercice de leur autonomie, y compris dans le domaine de la sexualité.

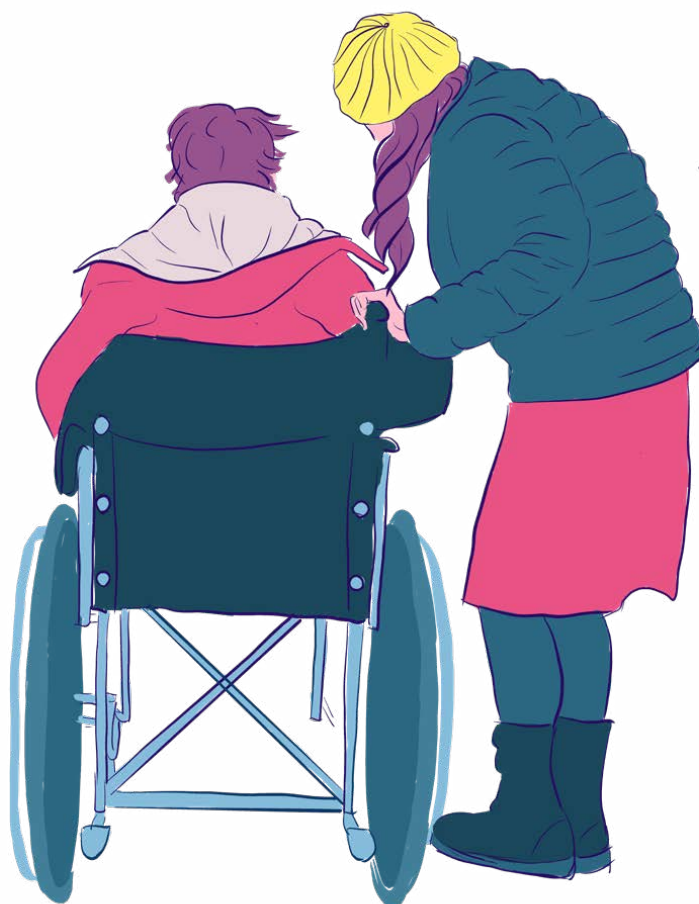
La vie privée des personnes en situation de handicap doit être entendue.

Ce droit inscrit aussi le respect de l'intimité et des droits sexuels dans les établissements et services pour personnes en situation de handicap.

Les aidants non professionnels ne sont pas les mêmes selon le sexe : les femmes sont plus souvent aidées par leurs enfants (62 %), alors que les hommes, moins souvent veufs en raison de l'espérance de vie plus élevée des femmes, sont plus fréquemment aidés par leurs conjointes (57 %).

Les femmes et les filles handicapées sont confrontées à des taux plus élevés de violence sexiste, d'abus sexuels, de négligence, de maltraitance et d'exploitation que les femmes et les filles non handicapées.

Assurer une vie privée respectueuse et protégée est fondamental pour promouvoir l'autonomie et le bien-être des personnes en situation de handicap. Cela implique une sensibilisation continue de la société, ainsi que des politiques et des pratiques qui respectent leurs droits.



TRAVAIL ET HANDI-CAPACITÉ

Favoriser l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap nécessite une approche holistique qui combine des mesures législatives, des aménagements pratiques et une culture d'inclusion. Cela permet non seulement de respecter les droits des employés handicapés, mais aussi d'enrichir le monde du travail.

La législation relative au travail et au handicap vise à promouvoir l'inclusion des personnes en situation de handicap sur le marché du travail et à garantir leurs droits. Voici un aperçu des principaux éléments législatifs en France, bien que d'autres pays aient des lois similaires :

Loi sur l'égalité des droits et des chances (2005)

Cette loi a renforcé les droits des personnes handicapées, notamment en matière d'accès à l'emploi. Elle impose aux entreprises de plus de 20 salariés d'employer au moins 6 % de travailleurs handicapés.

Obligations d'embauche

Les employeurs doivent respecter un quota d'emploi de travailleurs handicapés. Si une entreprise ne répond pas à cette exigence, elle peut être soumise à des contributions financières à l'Agefiph (Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées).

Aménagements raisonnables

Les employeurs sont tenus d'apporter des ajustements raisonnables pour permettre aux travailleurs handicapés d'exercer leur emploi dans des conditions équitables. Cela peut inclure des adaptations de poste, des équipements spécifiques, ou des aménagements d'horaires.

Contrats d'apprentissage et de professionnalisation

Des dispositions spécifiques permettent aux jeunes en situation de handicap d'accéder à des contrats d'apprentissage ou de professionnalisation avec des aides financières pour les employeurs qui embauchent des personnes handicapées.



En France, la loi oblige les entreprises qui emploient au minimum 20 salariés à embaucher des personnes en situation de handicap dans une proportion d'au moins 6%, alors qu'au Portugal, ce taux est de 4%.

En cas de non-respect de l'obligation d'emploi de travailleur handicapé (OETH), les entreprises s'exposent au versement d'une contribution financière annuelle à l'AGEFIPH (Association nationale de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées) ou à des organisations similaires, selon chaque pays.

En 1998, une entreprise sur deux préférait payer des pénalités plutôt que d'embaucher. Depuis, les chiffres n'ont pas évolué.

La complexité pour l'insertion professionnelle ne doit pas freiner l'inclusion des personnes en situation de handicap dans la société française.

Accès à la formation professionnelle

La législation encourage également l'accès à la formation professionnelle pour les travailleurs handicapés, en mettant en place des dispositifs spécifiques et en favorisant l'inclusion dans les programmes de formation.



Protection contre la discrimination

Les lois interdisent la discrimination à l'embauche et dans le cadre des relations de travail pour des motifs de handicap. Les personnes en situation de handicap doivent bénéficier des mêmes droits et opportunités que les autres employés.

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

Cette commission évalue les demandes de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) et peut orienter les individus vers des dispositifs d'insertion adaptés.

Soutien aux entreprises adaptées

Les entreprises adaptées offrent des emplois aux personnes en situation de handicap et bénéficient d'aides de l'État pour soutenir leur fonctionnement.

Ces mesures ont pour objectif de créer un environnement de travail inclusif et favorable, permettant aux personnes en situation de handicap de s'épanouir professionnellement et de contribuer à la société. Pour des informations plus détaillées ou des conseils spécifiques, il est recommandé de consulter des ressources gouvernementales ou les associations spécialisées.

HANDI-CAPACITÉ, ALLOCATION ET RETRAITE

Si le relevé de carrière d'un handi-capacité est à jour, il peut faire une demande de retraite en ligne. Il doit joindre à sa demande les pièces suivantes : justificatifs attestant de son incapacité permanente de 50 % ou de son handicap équivalent à une incapacité permanente de 50 % pendant la durée d'assurance requise.

Concrètement, chaque période de 60 jours de handicap reconnu permet de valider un trimestre supplémentaire, ce qui peut significativement augmenter le nombre total de trimestres pris en compte pour le calcul de la pension de retraite.

À partir du 1^{er} avril 2025, le montant maximum à taux plein de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) est de 1 033,32 € par mois (pour une personne sans autres revenus) soit une hausse de 17,27 € par rapport au montant maximum de l'AAH à taux plein de 1 016,05 € en 2024.

L'AAH (dans la limite des plafonds) est perçue jusqu'à 62 ans.

Les périodes de perception de l'AAH ne sont pas prises en compte pour la retraite. L'allocation cesse d'être versée quand l'handi-capacité atteint 62 ans.

La retraite de base est calculée à taux plein.

La RQTH permet d'obtenir des avantages pour le calcul de la retraite.

Les avantages invalidité sont prioritaires sur l'allocation aux personnes handicapées (AAH).

Si le montant de la prestation invalidité accordée par la caisse d'assurance maladie est inférieur à celui de l'AAH, une AAH différentielle sera accordée par la caisse d'allocations familiales (CAF).

Un arrêt maladie longue durée (ALD) est comptabilisé pour un salarié du privé comme un « trimestre assimilé ».

La retraite au titre de l'inaptitude au travail permet d'obtenir une retraite au taux maximum de 50 % dès 62 ans, quel que soit le nombre de trimestres travaillés.

L'inaptitude au travail doit être reconnue par le médecin-conseil de la caisse qui attribue la retraite.

Les aides financières sont multiples avant et après la retraite professionnelle pour les personnes handi-capacité.



Depuis 2017, il est possible de percevoir en même temps l'AAH et la retraite.

Ce cumul est possible à partir de 62 ans, lorsque le taux d'incapacité est supérieur à 80 %. Si l'handi-capacité est dans cette situation, l'AAH devient une allocation différentielle.

Être reconnu inapte au travail ouvre droit à des protections spécifiques, comme l'accès à des indemnités de licenciement majorées et, dans certains cas, à des allocations de chômage sous conditions. Cette reconnaissance peut également ouvrir des droits à une retraite anticipée pour incapacité de travail.

Avec la loi du 18 décembre 2023 dite loi pour le plein emploi, les travailleurs handicapés d'établissement et service d'accompagnement par le travail (Esat) ont acquis de nouveaux droits individuels et collectifs

La RQTH est un statut, elle ne donne pas droit à une pension. Elle n'est pas une compensation financière pour une perte ou une diminution de revenu contrairement à la pension d'invalidité. **L'invalidité ouvre droit à une pension d'invalidité lorsque la perte de la capacité de travail et de gain est estimée à au moins deux tiers.**

Le taux de la pension en invalidité est de 60 %.

Le montant du traitement de base correspondant à l'indice retenu pour le calcul de la pension est égal à 6 000 €. Le montant de la rente viagère d'invalidité s'élève à $6\,000\text{ €} \times 75\% = 4\,500\text{ €}$. Ce montant excède de 460,44 € la limite de 4 039,56 €.

En 2024, la pension de retraite mensuelle pour inaptitude au travail ne peut pas être inférieure à 746,71 € (le minimum contributif).

Un handi-capacité ne peut pas cumuler sa pension de retraite progressive avec une pension d'invalidité. La pension d'invalidité peut être remplacée

par la pension de retraite au titre de l'inaptitude au travail et se cumuler avec la pension de retraite.

Les avantages invalidité sont prioritaires sur l'allocation aux personnes handicapées (AAH). Si le montant de la prestation invalidité accordée par la caisse d'assurance maladie est inférieur à celui de l'AAH, une AAH différentielle sera accordée par la caisse d'allocations familiales (CAF).

Le montant de la pension d'invalidité en 2024 était de 1 040 € par mois.

Le cumul pension d'invalidité et AAH est possible. Il a pour objectif de compenser les pertes de revenus engendrées par l'incapacité à exercer pleinement une activité professionnelle. La reconnaissance de l'invalidité se fait par le médecin conseil de la sécurité sociale.

La retraite après une pension d'invalidité (retraite pour invalidité) est à 62 ans : la pension d'invalidité prend fin et est remplacée par la retraite au titre de l'inaptitude au travail.





SPORT ET HANDICAPACITÉ

77 000

LICENCIÉS

47 000 LICENCIÉS À LA FÉDÉRATION
FRANÇAISE DU SPORT ADAPTÉ,
30 000 LICENCIÉS À LA FÉDÉRATION
FRANÇAISE HANDISPORT EN 2023



Le sport peut être un outil puissant d'inclusion, de dépassement de soi et d'égalité pour les personnes en situation de handicap.

Il favorise l'intégration dans la société des personnes en situation de handi-capacité.

Il permet de lutter contre les stéréotypes et les discriminations.

Le Sport, le Sport-Santé font partie de l'Handi-capacité

Sport, Sport-Santé et Handi-capacité

(Par le Pr Pierre ABRAHAM, président du Conseil national professionnel de médecine du sport)

L'image du « médecin du sport » est bien connue du grand public. Pourtant l'implication de ces médecins qui ne sont pas reconnus comme des spécialistes, dans la prévention, le suivi et la prise en charge des incidents ou accidents liés à l'activité physique au sens large très au-delà du sport de haut niveau, est encore peu comprise.

Les progrès sur l'accès des personnes en situation de handicap aux services publics comme privés en France sont certains mais ne doivent pas faire oublier la nécessité d'une pédagogie active pour l'acceptation de l'altérité, quelle qu'elle soit.

Cette priorité doit être sans cesse rappelée, pour lutter contre la tentation du repli sur soi et de l'ostracisation. Pour le médecin du sport, connaître, comprendre, et accompagner chacun dans sa capacité à interagir avec le monde qui l'entoure pour son quotidien, son travail ou ses loisirs, sans distinction de ses capacités/incapacités ou fonctions/dysfonctions initiales, relève du même défi que l'acceptation de l'altérité quelle qu'elle soit. C'est tout autant un défi collectif qu'une priorité individuelle.

Aboutir à la reconnaissance d'une « Médecine de l'exercice et du sport » comme une spécialité médicale à part entière serait un des meilleurs outils pour accompagner et promouvoir l'activité physique, l'amélioration des capacités individuelles et la prise en compte de l'Handi-capacité. Le handicap est certes une contrainte mais qui ne doit pas être un frein à la vie quotidienne, à l'accès professionnel et à la pratique de l'activité physique et du sport de tous et de chacun.

Charge aux enseignants de cette future discipline d'intégrer les connaissances nécessaires à cet accompagnement pour les futurs praticiens.

Pour les handi-capacités, en 2025 en France, il manque encore des infrastructures adaptées. Le coût du matériel spécifique (fauteuils roulants sportifs, prothèses, ...) est élevé.

La formation des éducateurs et des entraîneurs reste très limitée.

Les initiatives et les politiques publiques restent encore modestes malgré l'héritage des Jeux olympiques et paralympique de Paris 2024 et même si les fédérations sportives et les associations locales s'investissent ponctuellement comme pour :

- La journée internationale du sport au service du développement et de la paix, tous les ans le 6 avril
- La Journée du sport et du handicap (le 19 mars en 2025)
- La journée mondiale de sensibilisation à l'autisme (le 2 avril en 2025)
- La semaine européenne pour l'emploi des personnes handicapées (SEEPH) du 17 au 23 novembre en 2025
- Le mois français du handicap : en juin de chaque année

En France, le mouvement handisport est né en 1954 avec la création par Philippe Berth de l'Amicale sportive des mutilés de France. En 1955, deux masseurs-kinésithérapeutes, Michel Boubée et Alain Bossion, introduisent le basket-fauteuil au centre de rééducation motrice de Fontainebleau.

LA CLASSIFICATION DES JEUX PARALYMPIQUES

Pour les jeux paralympiques, des commission spécialisées définissent les caractéristiques et une classification afin de certifier des compétitions équitables entre chacun des concurrents. Telle est la garantie du système de classification paralympique.

Lorsqu'un athlète concourt sur une compétition paralympique, il est au préalable classé dans une catégorie de handicap régie par un système de classification. Cette classification est réalisée par des professionnels du monde médical et technique qui ont pour mission d'évaluer l'impact du handicap sur le geste sportif et la performance de l'athlète. Il n'existe pas de système de classification commun pour l'ensemble des sports, de par leur histoire et la forme de leur pratique, chaque discipline a son système propre.

Le système de classification respecte une logique commune avec 2 composantes :

Lettre : elle est composée d'une ou deux lettres qui font référence au sport, nommé en anglais.

Exemple S pour Swimming (= natation), 2 lettres différentes en para athlétisme soit T comme Track (= « piste » pour les coureurs) et F comme Field (« terrain » pour les lanceurs) et enfin autre exemple PR pour Para Rowing (= para aviron).

Chiffre : la 2^e composante de la classification est le chiffre associé à ces lettres. Plus le chiffre est grand, plus le handicap est léger et inversement.

N.B. Parfois, il y a également 2 chiffres qui accompagnent la lettre, la dizaine représente le type de handicap et l'unité le degré de handicap (vous retrouverez cela en para athlétisme par exemple).

La réglementation de l'handisport en compétition est très précise.

La classification est donnée individuellement par des commissions fédérales sportives spécifiques.

Pour les sports collectifs (basket fauteuil et rugby fauteuil), un nombre de points est attribué à chaque joueur en fonction de son handicap et un nombre total de points pour l'équipe doit être respecté.

Basket fauteuil

Le basket fauteuil applique un système de points aux joueurs, selon leur degré de handicap. Les points vont de 1 à 4.5 (1 étant le degré de handicap le plus élevé). Lors des Jeux paralympiques, le nombre total de points pour l'ensemble des cinq joueurs présents sur le terrain ne doit pas excéder 14.



Boccia

Il existe quatre catégories de handicap dans la **Boccia**.

« BC » signifie « Boccia ».

Les joueurs BC1 et BC3 peuvent disposer d'assistance (stabilisation du fauteuil en BC1, rampe de lancement en BC3), les joueurs BC2 et BC4 jouent de façon autonome.

Les assistants sportifs des joueurs BC3 restent dos au jeu durant toutes les manches. Ils sont uniquement présents pour exécuter les commandes du joueur, ils ne sont pas autorisés à se retourner pour regarder le jeu, ni à le conseiller. Il existe donc une forte connexion entre le joueur et son assistant lors d'un match. Les assistants des joueurs BC1 voit le terrain puisqu'il est positionné derrière l'aire de jeu et intervient à la demande du joueur.



Cécifoot

Les joueurs de **Cécifoot** de champ sont classés en catégorie B1 (acuité visuelle nulle ou très faible et/ou pas de perception de la lumière). Cependant, afin d'égaliser les situations de handicap entre tous les joueurs sur le terrain, ils doivent porter un masque occultant. Le gardien, en revanche, peut être voyant ou avoir une acuité visuelle de catégorie B2 ou B3. « B » signifie « Blind », soit « non-voyant » en anglais.

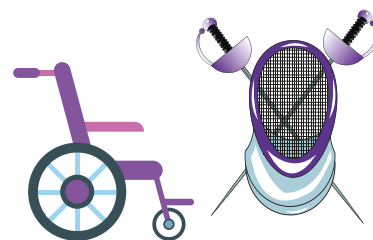


Escrime fauteuil

En escrime fauteuil, il existe deux catégories paralympiques :

Catégorie A : les escrimeurs de cette catégorie ont un handicap affectant obligatoirement au moins un membre inférieur.

Catégorie B : les escrimeurs de cette catégorie ont un handicap ne permettant pas la mobilité volontaire du tronc.



Gaolball

Chaque joueur de Gaolball doit avoir moins de 1/10e d'acuité visuelle.

Les joueurs sont classés en trois catégories :

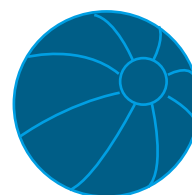
Catégorie B1 : pas de perception lumineuse ou incapacité de reconnaître une forme.

Catégorie B2 : acuité visuelle ne dépassant pas 1/30e après correction ou champ visuel ne dépassant pas 5°.

Catégorie B3 : acuité visuelle ne dépassant pas 1/10e après correction ou champ visuel ne dépassant pas 20°.

Chaque joueur doit porter un masque opaque ainsi qu'un patch oculaire pour être en situation de pratique similaire aux non-voyants.

« B » signifie « Blind », soit « non-voyant » en anglais.



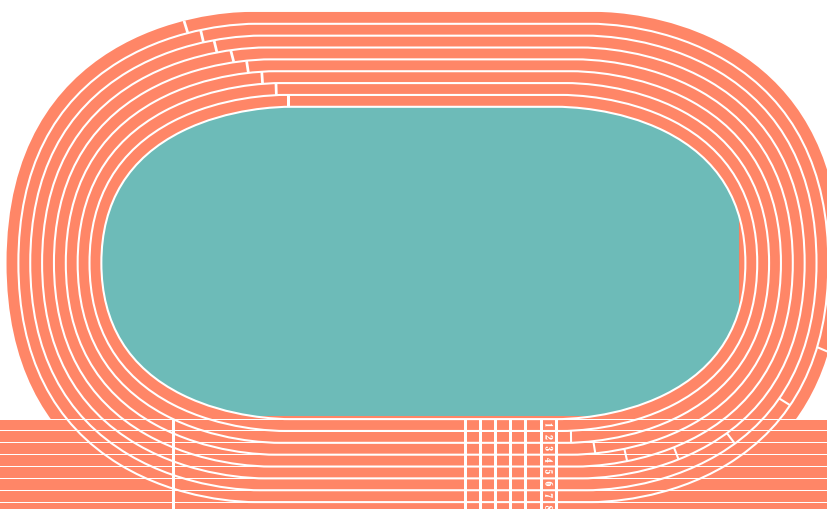
Para-athlétisme

En para-athlétisme, la classification des athlètes est définie par une lettre et un chiffre :

T pour « track (courses & sauts) » et F pour « field (lancers) ».

Les chiffres ont la signification suivante :

- 11 à 13 : handicap visuel
- 20 : handicap mental
- 31 à 38 : handicap moteur cérébral
- 40 à 47 : personnes de petite taille, amputation de membre supérieur ou assimilé, assimilé amputation de membre inférieur.
- T 51 à 54 : courses en fauteuil roulant
- F51 à 58 : épreuves de lancers en fauteuil roulant
- 61 à 64 : amputation de membres inférieurs



Para-canoë

« **KL** » correspond à une embarcation kayak et pagaie double et « **VL** » correspond à une embarcation pirogue (Va'a) et pagaie simple :

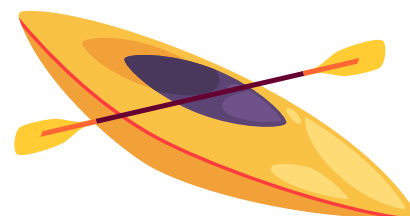
- **KL1** : athlètes sans ou avec une fonction très limitée du tronc, sans fonction des jambes.
- **KL2 – VL2** : athlètes avec une fonction partielle du tronc et des jambes, capables de s'asseoir droit dans un kayak mais ayant éventuellement besoin d'un siège avec dossier haut.
- **KL3 – VL3** : athlètes avec une fonction du tronc et une fonction partielle des jambes, capables de s'asseoir avec le tronc en flexion avant dans le kayak et d'utiliser au moins une jambe.



Para-aviron

En para-aviron, les athlètes sont répartis en trois catégories (« PR » est l'abréviation de para rowing) :

- **PR1** : réservé aux rameurs ne pouvant pas utiliser leurs jambes et leur tronc, ils sont seuls dans leur embarcation et utilisent deux rames.
- **PR2** : équipage de deux rameurs (un homme, une femme), chacun ayant deux rames. Réservé aux rameurs ne pouvant utiliser que le haut du corps pour ramer et leur siège est fixe donc les jambes restent tendues.
- **PR3** : équipage composé de quatre rameur.se.s (deux femmes et deux hommes), et d'un barreur, chaque rameur ramant avec une seule rame, côté droit ou gauche. Catégorie regroupant les personnes utilisant leurs bras, tronc et jambes, dont 2 déficients visuels maximum dans le bateau.



Para-badminton

« **WH** » signifie « **wheelchair** », soit « **fauteuil roulant** » en français :

- **WH1** : joueurs pratiquant en fauteuil roulant et ayant un handicap au niveau des jambes et du tronc.
- **WH2** : joueurs pratiquant en fauteuil roulant et ayant un handicap sur une ou les deux jambes et un handicap minime ou nul au niveau du tronc.

« **SL** » signifie « **standing / lower** » en anglais soit « **debout / inférieur** » en français :

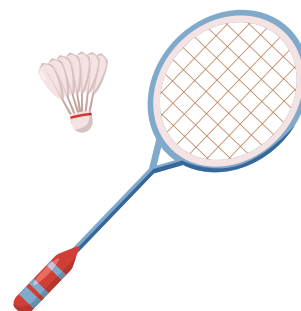
- **SL3** : joueurs pratiquant debout et ayant un handicap sur une ou les deux jambes, et un mauvais équilibre en marchant ou en courant.
- **SL4** : joueurs pratiquant debout avec un handicap moindre que dans la catégorie SL3. Les joueurs ont un handicap sur l'une ou les deux jambes, et une déficience minimale de l'équilibre en marchant ou en courant.

« **SU** » signifie « **standing / upper** » en anglais soit « **debout / supérieur** » en français :

- **SU5** : joueurs ayant un handicap des membres supérieurs. Le handicap peut se trouver sur le membre portant la raquette ou non.

« **SH** » signifie « **Standing / Short stature** » stature en anglais soit **Debout / Petite taille** en français :

- **SH6** : joueurs de petite taille.



En para-équitation

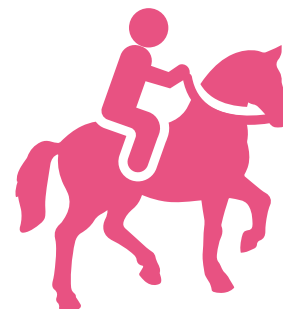
Grade 1 : cavaliers ayant un handicap important de tous les membres et du tronc.

Grade 2 : cavaliers ayant un handicap affectant le tronc mais avec une fonction normale des membres supérieurs ou une fonction minimale des membres inférieurs.

Grade 3 : cavaliers ayant un handicap sévère des deux jambes avec un handicap minimal ou nul du tronc, ou cavaliers ayant une déficience modérée des bras, des jambes et du tronc.

Grade 4 : cavaliers ayant un handicap des membres supérieurs ou handicap modéré des quatre membres ou une petite taille.

Grade 5 : cavaliers ayant un handicap visuel, pouvant aller jusqu'à la cécité complète. Le grade 5 comporte également les cavaliers ayant une amplitude de mouvement ou une force musculaire légèrement altérée, un handicap d'un membre ou un handicap léger sur deux membres



Para-judo

Le programme concerne les athlètes déficients visuels, répartis en 2 catégories (« J » correspondant à « Judo ») :

- **J1 :** judokas non-voyants.
- **J2 :** judokas mal-voyants.

Ensuite, les judokas sont divisés par des classes de poids.



Para-natation

S1 à S10 / SB1 à SB9 / SM1 à SM10 : handicaps physiques

Plus le chiffre est grand, moins la limitation dans la nage concernée est importante. Les courses peuvent opposer des nageurs dont les handicaps sont de natures très différentes, mais pour lesquels il est admis que la capacité de performance dans la nage est comparable.

S, SB, SM11 à 13 : handicaps visuels

- **11 :** nageurs non-voyants ou disposant d'une acuité visuelle particulièrement restreinte. Durant les courses, les nageurs doivent porter des lunettes opaques, afin de mettre tous les compétiteurs en situation de cécité.
- **12 :** nageurs ayant une meilleure acuité visuelle que la catégorie précédente ou nageurs ayant un champ visuel inférieur à 10°.
- **13 :** nageurs ayant le handicap visuel le moins sévère, tout en étant suffisant pour être accepté par la réglementation internationale, ou nageurs ayant un champ visuel inférieur à 40°.

Afin d'assurer une compétition équitable, les athlètes de la catégorie sportive S/SB11 doivent porter des lunettes noires.

S/SB/SM14 : handicaps intellectuels

Nageurs ayant un handicap intellectuel qui est une source de difficulté pour l'apprentissage, la reproduction, la mémorisation d'une technique, ou encore le temps de réaction à un signal de départ.

Les lettres correspondent au style de nage :

- **« S » (swimming)** comprend le papillon, le dos et le crawl qui privilégient la puissance des membres supérieurs.
- **« SB » (swimming breaststroke)** correspond à la brasse.
- **« SM » (swimming Multi)** : comprend les épreuves multi-nages.



Para-powerlifting

Tous les athlètes ayant une limitation fonctionnelle des membres inférieurs ou des hanches ne permettant pas la pratique de l'haltérophilie debout concourent ensemble, dans différentes catégories de poids de corps.

Parmi ces limitations fonctionnelles, on retrouve :

- Handicap orthopédique
- Paraplégie et tétraplégie
- Paralysie cérébrale
- Handicap neurologique évolutif
- Handicap neurologique d'origine

Il existe vingt catégories de poids : dix pour les hommes et dix pour les femmes.



Para-taekwondo

« K » correspondant à « kyorugi » qui signifie « combat »

Le programme des Jeux concerne les athlètes répartis en 2 catégories :

- **K43** : double amputation des avant-bras ou limitation équivalente des capacités dues à un handicap orthopédique
- **K44** : amputation unilatérale d'un bras ou limitation équivalente due à un handicap orthopédique ou absence de doigts de pied affectant sensiblement la capacité à bouger les jambes de façon dynamique.

Les para athlètes des catégories K43 et K44 concourent ensemble, dans différentes catégories de poids de corps.



Para-tennis de table

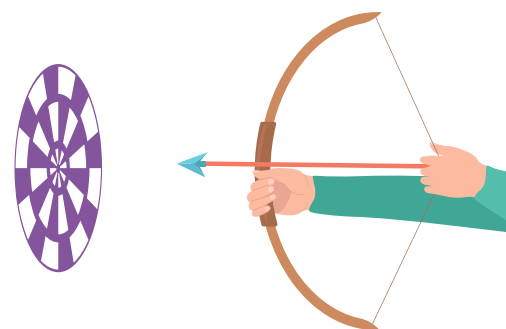
Il existe onze catégories de handicap : cinq pour les joueurs en fauteuil roulant (classe 1-5), six pour les joueurs debout (classe 6-11). La classification 11 est pour les joueurs ayant une déficience intellectuelle. Les pongistes ayant des problèmes de préhension de la raquette peuvent utiliser une orthèse pour fixer la raquette à la main ou utiliser une bande afin de maintenir le manche seul.



Para-tir à l'arc

Open arc classique : tir à 70m debout sur une cible de 122cm de diamètre composée de dix cercles concentriques marquant de 1 à 10 points.

Open arc à poulies (pour les tireurs ayant peu de force dans les bras) : tir à 50m depuis un siège haut ou un fauteuil roulant sur une cible de 80cm de diamètre dont le blason est réduit pour ne laisser que les zones de six à dix points. W1 (arc à poulies limité à 45 livres sans scope ni visette) : réservé aux archers ayant un profil tétraplégique avec un déficit des membres inférieurs, au tronc et à un bras. Tir à 50m, sur une cible de 80 cm de diamètre avec dix zones.



Para-tir sportif

« SH » correspondant à « Shooting » qui signifie « tir »

Le programme des Jeux concerne les athlètes répartis en 2 catégories :

- **SH1** : les sportifs de cette catégorie peuvent mobiliser leur arme sans difficulté et tirer en position debout ou assise (en fauteuil roulant ou sur une chaise). En SH1, il est possible de tirer au pistolet ou à la carabine.
- **SH2** : les tireurs de cette catégorie ont des difficultés réelles pour supporter le poids de leur carabine. Ils peuvent utiliser un support pour les aider, mais ils conservent toute l'action de guidage et de contrôle de la carabine lors de la séquence de tir. Certains sportifs peuvent avoir un assistant pour charger leur arme.



Para-triathlon

La classification est construite avec les lettres « **PT** » pour « **para triathlon** » auxquelles on ajoute la catégorie de handicap en anglais :

- « **WC** » pour « **wheelchair** » (fauteuil roulant).
- « **S** » pour « **standing** (debout).
- « **VI** » pour « **visual impairment** » (handicap visuel).

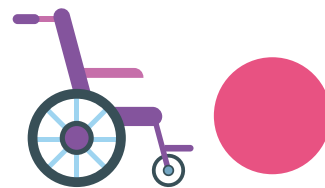
Il existe neuf catégories :

- **PTWC 1-2** : handicap des membres inférieurs nécessitant l'usage d'un vélo à mains pour la partie cycliste et d'un fauteuil roulant d'athlétisme. Les catégories PTWC1 et PTWC2 concourent ensemble, des départs anticipés permettent de rétablir l'équité entre des triathlètes de handicaps différents.
- **PTS2 à PTS5** : handicap de membre supérieur et/ou de membre inférieur mais ne nécessitant pas l'usage d'un vélo à mains ni d'un fauteuil roulant d'athlétisme. Les concurrents peuvent en revanche utiliser des prothèses de membres inférieurs pour le cyclisme et la course.
- **PTVI 1-3** : handicap visuel. Des départs anticipés peuvent permettre de rétablir l'équité entre les triathlètes malvoyants et non-voyants qui sont accompagnés d'un guide.



Rugby fauteuil

Chaque joueur se voit attribuer un nombre de points (de 0,5 à 3,5), en fonction de son degré de handicap. Chaque équipe ne peut dépasser un total de huit points sur le terrain, voire 8,5 points si elle compte une joueuse sur le terrain. Les joueurs les moins mobiles (0,5 à 1,5 points), du fait de leur handicap (tétraplégie ou assimilée), ont une fonction essentiellement défensive sur le terrain. Le rugby fauteuil se pratique uniquement en fauteuil roulant.



Tennis fauteuil

Les athlètes sont classés en deux catégories :

- « **Open** » : joueurs ayant une atteinte aux membres inférieurs
- « **Quad** » : joueurs ayant une atteinte aux membres inférieurs et supérieurs.



Volley-Ball assis

Il existe deux catégories : **VS1** et **VS2** (athlètes ayant un handicap plus léger). Les joueurs de volleyball assis ont un handicap physique sur un ou plusieurs membres inférieurs ou supérieurs. Ce sport est réservé aux personnes en capacité de se déplacer en position assise avec facilité et en sécurité. Lors d'un match, chaque équipe ne peut pas avoir plus d'un joueur classé VS2 sur le terrain.



Para-cyclisme

À l'instar des catégories de poids de corps dans les sports olympiques de combat, ou encore des catégories d'âge, les cyclistes en situation de handicap sont repartis dans différentes classes qui regroupent des compétiteur(rice)s ayant des capacités comparables à performer dans l'épreuve considérée.

Le cyclisme se pratique sous 4 formes différentes en compétition :

- le handbike (vélo à bras pour les personnes en fauteuil roulant),
- le vélo traditionnel,
- le tricycle (pour les infirmes moteurs cérébraux ayant de troubles sévères de coordination)
- le tandem (pour les malvoyants et non-voyants).

Les classes sportives tiennent compte de ces différentes formes de pratique.

Les principales caractéristiques des sportifs sont (liste non-exhaustive) :

Handbike

Propulsion en position couchée

H1 et H2 : cycliste tétraplégique

H3 : cycliste paraplégique sans mobilité volontaire du tronc

H4 : cycliste paraplégique avec tronc fonctionnel

Propulsion en position à genoux

H5 : paraplégique, amputé, infirme moteur cérébral ayant opté pour cette position

Vélo solo

C1 : hémiplégie sévère (droite ou gauche) ou diplégie (handicap des deux membres inférieurs)

C2 : hémiplégie modérée (droite ou gauche)

Amputation fémorale sans utilisation de prothèse et amputations multiples assimilées

C3 : atteinte neurologique ou fonctionnelle des deux membres inférieurs, amputé fémoral utilisant une prothèse

C4 : amputation tibiale unilatérale ou troubles neurologiques associés.

C5 : amputation ou atteinte unilatérale de membre supérieur.

S : cycliste sourd ou malentendant.

Vélo tandem

Tous les cyclistes déficients visuels, classifiés B, courent ensemble. Cette classe sportive concerne tous les cyclistes ayant une absence de perception de la lumière, ou une acuité visuelle de 6/60 au meilleur œil, et/ou un champ visuel de moins de 20 degrés. La classification se fait par rapport au meilleur œil avec la meilleure correction, c'est à dire que tous les athlètes qui utilisent des verres de contact ou correctifs doivent les porter pour la classification, qu'ils entendent ou non les porter pendant la compétition.

Tricycle

T1 : Quadriplégique, souvent avec athétose (tremblements).

T2 : Diplégique, souvent avec spasticité (raideurs).



Chaque sport paralympique a sa propre réglementation complémentaire au socle commun.

Chaque classe sportive est précédée de la lettre M pour les hommes et de la lettre W pour les femmes.



DÉMARCHES ADMINISTRATIVES



11 MILLIONS
D'AIDANTS
(source Association française des aidants)

13 % des salariés
s'occupent d'une personne
proche dépendante

Environ 12 millions de Français sur 65 millions sont touchés par le handicap, ce qui représente plus de 56 milliards d'euros dans le budget de l'Etat en 2022.

“ Je n'ai pas l'air comme ça
mais j'ai le bras long ”



“ J'avoue, j'aime
rouler des mécaniques ”



“ J'aime prendre mon pied
comme tout le monde ”



Source : Campagne APF France Handicap 2018

LA LÉGISLATION DU DROIT DU PATIENT

Prestations possibles et attributions

- Allocation aux adultes handicapés (AAH)
- Complément de ressources (CPR)
- Allocation d'éducation de l'enfant Handicapé (AEE H)
Caisse d'allocations familiales (CAF)
ou Mutualité sociale agricole (MSA)
- Prestation de compensation du handicap (PCH)
Conseil départemental

Aménagement de la scolarité

- AVS, matériel pédagogique
Education nationale

Transports

- Carte mobilité inclusion (mention invalidité - mention priorité - mention stationnement)
Imprimerie nationale
- Transport scolaire
Conseil départemental

Les accompagnements médico-sociaux sont mis en œuvre par les services ou établissements désignés par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

En cas d'hospitalisation, d'hébergement en établissement social ou médico-social de réadaptation, de pré-orientation ou de rééducation professionnelle, ou d'incarcération dans un établissement pénitentiaire de plus de 60 jours, **le bénéficiaire conserve 30% de l'allocation adulte handicapée (AAH).**

Imposition

L'AAH n'est pas considérée comme un revenu d'activité et est donc **non imposable**

Comme souvent en France, de nombreuses démarches administratives sont nécessaire pour l'accompagnement des personnes handi-capacités.
Des simplifications sont en projet.

MDPH

Depuis la loi du 11 février 2005, les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) sont, dans chaque département, le guichet unique d'accès simplifié aux droits et aux prestations pour les personnes handicapées (enfants et adultes).

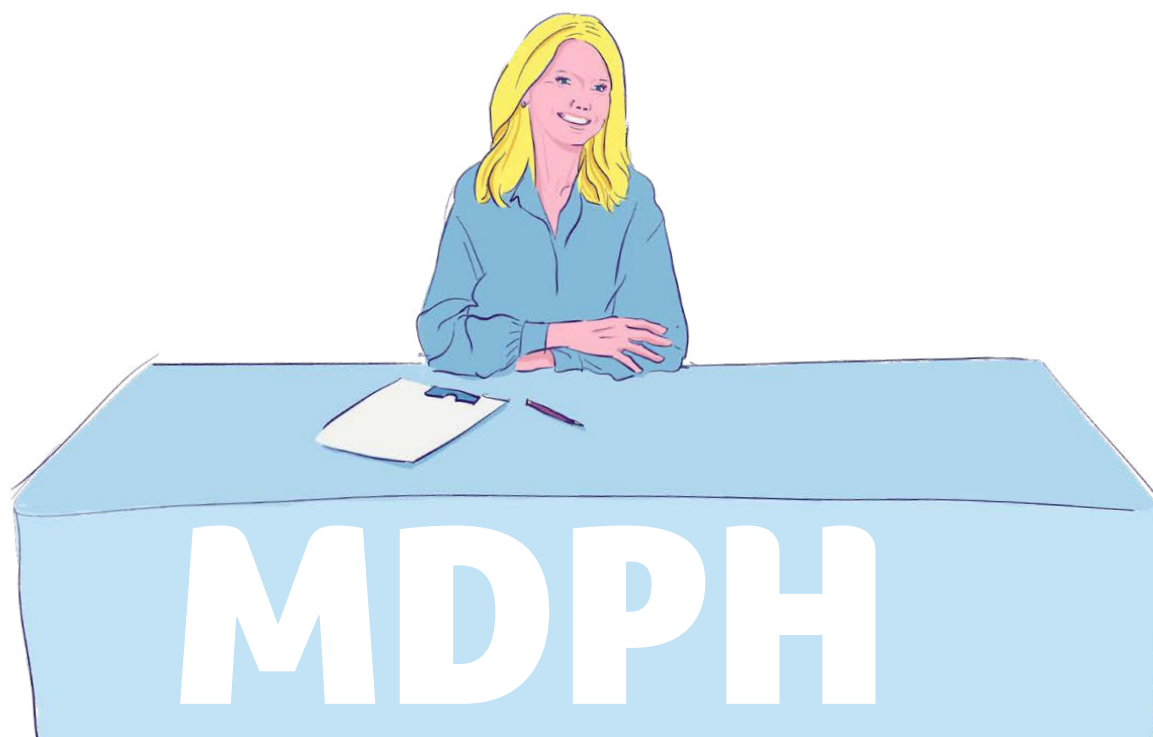
La MDPH est un groupement d'intérêt public départemental sous tutelle administrative et financière. Elle associe le Conseil départemental, l'État, les représentants des organismes locaux d'assurance maladie et d'allocations familiales ainsi que les associations représentatives de personnes en situation de handicap.

La MDPH accueille, conseille et informe les personnes en situation de handicap sur leurs droits et sur les démarches à accomplir pour obtenir une compensation de handicap. Elle les accompagne dans l'élaboration de leur projet de vie. Son équipe pluridisciplinaire évalue avec elles leurs aptitudes et leurs besoins et propose des solutions de compensation et/ou d'orientation en établissement.

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) pilote toutes les Maisons départementales des personnes handicapées de France et a pour mission de :

- Financer l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées,
- Garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire et pour l'ensemble des handicaps,
- Assurer une mission d'expertise, d'information et d'animation des MDPH.

La Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) prend ensuite la décision de confirmer ou d'infirmar ces propositions afin qu'elles puissent être appliquées. Elle est une instance décisionnelle. Elle se réunit à la MDPH pour examiner les demandes et décider de l'attribution des aides, droits et prestations ou orientations médico-sociales, scolaires ou professionnelles (attribution de prestations et de cartes, décisions d'orientation vers un établissement ou un service spécialisé, scolarisation des enfants en situation de handicap, reconnaissance du statut de travailleur handicapé, etc.) Elle se fonde sur l'évaluation réalisée par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH et sur le plan de compensation proposé.



Les organismes pouvant aider à remplir un dossier sont :

- **Les Maisons départementales des solidarités (MDS)**
- **Les Pôles autonomie territoriaux (PAT)**
- **Les Centres communaux d'action sociale (CCAS)**

Chaque MDPH a son autonomie de fonctionnement. Il faut anticiper les dossiers MDPH car les délais de traitement sont longs.

Qu'il s'agisse d'une première demande, du réexamen d'une situation ayant évolué ou bien d'un renouvellement, la personne en situation de handicap (ou son représentant légal) doit remplir le dossier unique MDPH.

Il est nécessaire de constituer un nouveau dossier ainsi que toutes les pièces obligatoires, **six mois avant la date d'échéance**.

Lorsque vous déménagez dans un autre département de France, il est recommandé de demander un transfert de MDPH, **3 mois avant le déménagement**.

Le délai moyen pour le traitement d'un dossier est de 8,3 mois.

Cependant, les délais de traitement varient selon la complexité de la situation et des demandes formulées.

Le délai pour une première demande est souvent plus long que pour un renouvellement. De la même façon, les demandes de prestation de compensation du handicap (PCH) requièrent un délai plus long en raison de l'étude technique nécessaire (devis, visites à domicile...).

Par ailleurs, les délais ne décomptent pas le temps imparti à l'usager pour transmettre à la MDPH les pièces complémentaires (bilans, comptes rendus médicaux...) nécessaires à l'évaluation de sa situation.

Le plan personnalisé de compensation (PPC) est proposé par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH qui évalue vos besoins de compensation. Cette évaluation est réalisée **par rapport au projet de vie et aux demandes**.

Elle peut donner lieu à une visite sur le lieu de vie, pour tenir compte de l'environnement. Le PPC contient l'ensemble des éléments qui permettent la compensation du handicap, comme des prestations, des orientations en établissements ou services, des préconisations ou conseils pour répondre à des besoins très divers (aides, hébergement, aménagement de logement, scolarisation, insertion professionnelle, etc.).

Il peut comprendre le **projet personnalisé de scolarisation (PPS)** qui définit les besoins particuliers de l'enfant au cours de toute sa scolarité (attribution de matériel pédagogique adapté, accompagnement d'une tierce personne, dispense d'un ou plusieurs enseignements).

Le PPC est transmis pour avis à la personne (ou à son représentant légal) qui peut formuler ses observations. **Il dispose pour cela d'un délai de 15 jours.**

LE CERTIFICAT MÉDICAL FAIT L'OBJET DE RUBRIQUES OBLIGATOIRES

Le certificat médical (CM) doit obligatoirement être daté, signé avec cachet professionnel apposé. Une copie doit être délivrée au patient.

Le CM est destiné à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation de la MDPH qui a besoin de recueillir des informations sur les éléments cliniques concernant le handicap du patient, en apportant un soin particulier aux retentissements fonctionnels ou relationnels dans les différents domaines de la vie du patient (mobilité, communication, cognition, entretien personnel, vie quotidienne et domestique, vie sociale et familiale, scolarité et emploi).

Il appartient au médecin de **compléter les différentes rubriques** en détaillant les spécificités liées à la situation de son patient et en utilisant si nécessaire les zones de texte libres.

- ▶ Dans certains cas, un **certificat complémentaire** est nécessaire : certificat ORL en cas de déficiences auditives (volet 1) ou ophtalmologique en cas de déficiences visuelles (volet 2).
- ▶ Si des **examens complémentaires, évaluations/consultations spécialisées** (bilan de psychologues, ergothérapeutes, orthophonistes, etc.) ou hospitalisations en lien avec le handicap ont été réalisés, le mentionner dans ce formulaire aux rubriques concernées, et joindre les comptes rendus et documents les plus significatifs.
- ▶ Les **perspectives d'évolution** sont un élément d'information obligatoire car elles peuvent avoir un impact sur les critères d'éligibilité ou la durée d'attribution des prestations.

La durée de validité de ce certificat médical est de 6 mois.

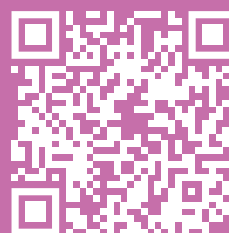
Lorsque le patient est revu en consultation :

- ▶ Si le dernier certificat est ≤ 12 mois et pas d'évolution : CM simplifié à compléter.
- ▶ Si le dernier certificat est ≤ 12 mois et évolution de la situation : compléter la rubrique 6 et la rubrique 3 si troubles psychiques, cognitifs ou mentaux.
- ▶ Si dernier CM > 12 mois : nouveau CM dans tous les cas.

Le certificat médical MDPH à remplir par le médecin traitant doit être réalisé avec la plus grande précision.

Guide de remplissage du dossier MDPH :

<https://www.youtube.com/watch?v=KbJUVTjtAQ>



LA RECONNAISSANCE DE QUALITÉ DE TRAVAILLEUR HANDICAPÉ (RQTH)

La reconnaissance de qualité de travailleur handicapé (RQTH) est maintenue de droit jusqu'à la décision de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), qu'elle soit favorable ou défavorable.

Le certificat médical est à remplir par le médecin du travail

Procédure accélérée de demande d'une Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) favorisant le maintien dans l'emploi
FICHE MEDICALE à remplir par le Médecin du Travail

Nom et Prénom du salarié : Nom de naissance :
 Date de naissance : .../.../...
 Adresse :
 Nom et adresse de l'entreprise :
 Date d'embauche dans l'entreprise : .../.../... Poste actuel occupé depuis le : .../.../...
 Fonction et description précise du poste de travail :
 La personne est-elle en arrêt de travail ? Oui ☐ Non ☐ si oui depuis quelle date ? .../.../...
 Une visite de pré-reprise a-t-elle eu lieu / est-elle prévue ? Oui ☐ Non ☐ Date de la visite : .../.../...
 Nature du handicap
☐ Déficience intellectuelle et cognitive ☐ Déficience auditive
☐ Déficience du langage et de la parole ☐ Déficience viscérale
☐ Déficience visuelle ☐ Déficience du psychisme
☐ Déficience motrice ☐ Autre déficience
 NB : Si vous estimez nécessaire de fournir des informations supplémentaires, merci de le faire sous pli cacheté, à joindre à la présente fiche
 Réajustement(s) éventuel(s) du handicap sur l'aptitude au poste de travail actuel (aménagement de poste, horaires particuliers, difficultés de déplacement, absentéisme, etc..) :
 Un avis d'adaptation avec restriction ou aménagement est-il prononcé ou envisagé ? Oui ☐ Non ☐
 Un avis d'invalidité est-il envisagé ? Oui ☐ Non ☐ si oui à quelle date ? .../.../...
 Un avis d'invalidité est-il prononcé ? Oui ☐ Non ☐ si oui à quelle date ? .../.../...
 Un reclassement interne est-il envisageable ? Oui ☐ Non ☐
 Un risque de licenciement existe-t-il ? Oui ☐ Non ☐ si oui à quelle date ? .../.../...
 Fait à Le
 Nom et adresse du Médecin du Travail
 Signature(Cachet)

Le certificat médical pour un RQTH est à remplir par un médecin du travail.

ALLOCATION HANDICAP

Les avantages invalidité sont prioritaires sur l'allocation aux personnes handicapées (AAH). Si le montant de la prestation invalidité accordée par la caisse d'assurance maladie est inférieur à celui de l'AAH, une AAH différentielle sera accordée par la caisse d'allocations familiales (CAF).

Les aides

- Allocation aux adultes handicapés (AAH)
- Majoration pour la vie autonome (MVA)
- Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)
- Prestation de compensation du handicap (PCH)

L'allocation aux adultes handicapés (AAH) garantit un revenu minimal pour faire face aux dépenses du quotidien.

En avril 2024, l'AAH a pour la première fois franchi la barre, symbolique, des 1000 euros (montant maximal par mois, à taux plein, pour une personne seule).

Si la personne en situation de handicap n'a aucune ressource, elle reçoit le montant maximal de l'AAH qui est de 1 033,32 € par mois € depuis avril 2025 (qu'elle ait un taux d'incapacité compris entre 50 % et 79 % ou plus). L'AAH est encore 100 euros sous le seuil de pauvreté.

Parfois l'AAH est donnée à partir de 16 ans. Pour avoir l'AAH, il faut

- soit avoir un taux d'incapacité d'au moins 80 % :

1. bénéficier de l'AAH à taux plein ou en complément d'une pension de vieillesse, d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail,
2. disposer d'un logement indépendant ;
3. percevoir une aide au logement ;
4. ne pas percevoir de revenu professionnel.

- soit avoir un taux d'incapacité entre 50 % et moins de 80 % et ne pas pouvoir travailler suffisamment à cause de son handicap.

Pour un renouvellement d'AAH, Il est conseillé de faire votre demande 6 mois avant la fin des droits. Si le taux d'incapacité est au minimum de 80 % et que le handicap ne peut évoluer favorablement : l'AAH est attribuée à vie.

Le montant de base de **l'AEEH** est de **151,80 €** par mois (en 2025).

Autres

- Allocations familiales (famille de 2 enfants ou plus)
- Allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)
- Bourse de lycée.



**Les aides financières
aux handi-capacités peuvent
débuter dès l'âge de 16 ans.**

PRÉVOYANCE EMPLOYEUR

Quels sont les avantages pour un employeur d'embaucher une personne en situation de handicap ?

La RQTH permet de bénéficier d'un ensemble de mesures pour accéder à un emploi, le garder ou envisager un nouvel emploi : aménagement des horaires de travail, adaptation du poste de travail (par exemple, achat de matériels ou de logiciels spécifiques).

Le montant maximum de l'aide est de 3 000 euros pour l'embauche d'une personne handicapée en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation (montant attribué du 1^{er} août 2024 au 31 décembre 2024). L'aide est renouvelable et peut être prolongée.

La prévoyance collective couvre les risques liés au décès, à la maladie et à l'invalidité. Elle compense tout ou partie de la perte de revenus en cas d'invalidité ou d'arrêt maladie. Un travailleur handicapé peut partir à la retraite au taux maximum dès 55 ans.

1. Obligation légale : dans de nombreux pays, les employeurs ont des obligations légales concernant l'embauche et le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés. Par exemple, en France, la loi impose aux entreprises d'employer 6% de personnes en situation de handicap.

2. Aménagements raisonnables : les employeurs doivent mettre en place des aménagements raisonnables pour permettre aux employés handicapés d'exercer leur travail dans des conditions équitables. Cela peut inclure des adaptations de poste, des horaires flexibles, ou l'accès à des équipements spéciaux.

3. Politiques de prévention : les entreprises devraient développer des politiques de prévention du handicap (prévention des risques professionnels, promotion de la santé au travail, etc.) afin de réduire le nombre de travailleurs qui deviennent handicapés à cause de conditions de travail.

4. Sensibilisation et formation : Il est crucial de sensibiliser l'ensemble du personnel aux enjeux du handicap pour favoriser un environnement de travail inclusif. Des formations peuvent aider à promouvoir une culture d'acceptation et de soutien.

5. Partenariats et ressources : les employeurs peuvent collaborer avec des organisations ou des associations qui défendent les droits des personnes handicapées pour mieux comprendre et répondre à leurs besoins. Cela peut également permettre d'accéder à des ressources ou des financements pour faciliter l'embauche de personnes en situation de handicap.

6. Suivi et évaluation : évaluer régulièrement les politiques de prévoyance concernant le handicap permet d'identifier ce qui fonctionne et ce qui doit être amélioré, afin de garantir un soutien continu aux employés concernés.



Les entreprises de plus de 20 salariés doivent salarier plus de 6% de leur personnel en handi-capacité au risque d'avoir des pénalités financières.

PENSION INVALIDITÉ

La pension d'invalidité est une aide qui compense la perte des revenus lorsque l'état de santé se dégrade et empêche de continuer à travailler comme avant.

Son montant varie en fonction de différents critères :

- ▶ Avoir une capacité de travail ou de revenus réduite de 66% ou plus ;
- ▶ Avoir moins de 62 ans ;
- ▶ Être affilié à l'Assurance maladie depuis au moins 12 mois.

Salarié

Avoir travaillé au moins 600 heures ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 2030 fois le Smic horaire au cours des 12 mois qui précèdent l'arrêt de travail suivi d'invalidité ou la constatation médicale de l'invalidité.

Indépendant

Avoir cotisé au cours des 3 années civiles qui précèdent la date d'effet de la pension ou la date de la constatation médicale de l'incapacité de travail sur un revenu d'activité annuel moyen (RAAM) au moins égal à 10% de la moyenne annuelle des plafonds de sécurité sociale de ces 3 années.

Les 3 catégories de l'invalidité

Le médecin-conseil attribue une catégorie. Celle-ci permet notamment de calculer la pension d'invalidité. Ce n'est pas définitif : l'état d'invalidité peut évoluer.

Catégorie	Situation	€ Calcul de la pension d'invalidité
1re catégorie ou PIPM pour le travailleur indépendant (1)	En capacité de travailler	 30 % de votre revenu annuel moyen
2e catégorie ou PITD pour le travailleur indépendant (1)	Dans l'incapacité de travailler (2)	 50 % de votre revenu annuel moyen
3e catégorie ou PITD pour le travailleur indépendant (1)	Dans l'incapacité de travailler (2) et dans l'obligation d'être assisté dans les actes ordinaires de la vie	 50 % de votre revenu annuel moyen + majoration pour tierce personne (MTP)

(1) PIPM : Pension pour incapacité partielle au métier
PITD : Pension pour invalidité totale et définitive

(2) En 2e ou 3e catégorie, le retour à l'emploi reste possible à condition que le médecin du travail vous déclare apte.

Source : Ameli.fr

RÉMUNÉRATION DE L'HANDI-CAPACITÉ

Une personne en situation de handicap locomoteur, sensoriel ou psychique a aussi et surtout du positif : c'est l'handi-capacité.

Cette personne doit être incluse et rémunérée à sa juste valeur.

Le salaire d'un travailleur en situation de handicap ne peut être inférieur à 55,7% du SMIC (travail à temps partiel) et peut atteindre jusqu'à 110,7% du SMIC (pour un temps plein). Ce montant est calculé par rapport à la productivité du travailleur handicapé.

L'ESAT (établissement et service d'accompagnement par le travail) est une structure qui permet aux personnes en situation de handicap d'exercer une activité professionnelle tout en bénéficiant d'un soutien médico-social et éducatif dans un milieu protégé.

L'ESAT perçoit une aide de l'Etat pour chaque travailleur handicapé.

Globalement il s'agit majoritairement de personnes en situation de handicap mental, de handicap psychique ou polyhandicapées. Un tiers des personnes placées en ESAT ne savent ni lire, ni écrire.

En ESAT, ces personnes peuvent être à temps plein ou à temps partiel. Toute personne handicapée âgée d'au moins 20 ans peut intégrer un ESAT ; toutefois, à titre exceptionnel, une personne handicapée peut être admise en ESAT dès l'âge de 16 ans.

La **rémunération garantie** pour une personne en situation de handicap se compose d'une **part financée par l'ESAT**, qui ne peut être inférieure à 5 % du SMIC (0,44 € de l'heure) et d'une **aide au poste financée** par l'État qui ne peut être supérieure à 50 % du SMIC (4,36 € de l'heure).



Une rémunération minimale est prévue pour toute personne Handi-capacité

AUTONOMIE DE L'HANDI-CAPACITÉ

Les **centres d'activités de jour (CAJ)** accueillent en journée, demi-journée ou journée complète, des adultes en situation de handicap. Ces structures accueillent des adultes en situation de handicap ayant une certaine autonomie pour leur proposer des animations et activités en fonction de leur handicap.

L'autonomie des personnes en situation de handicap est un enjeu majeur qui touche à leur qualité de vie, leur dignité, et leur intégration dans la société. Voici quelques aspects clés à considérer :

Autonomie

L'autonomie désigne la capacité d'une personne à prendre des décisions et à agir selon ses propres choix, en fonction de ses besoins personnels et de ses préférences.

Accessibilité

Pour favoriser l'autonomie, il est essentiel de garantir que les infrastructures publiques et privées soient accessibles. Cela inclut les transports, les bâtiments, les services, et les technologies de l'information.

Participation sociale

L'inclusion sociale et la participation à des activités communautaires renforcent le sentiment d'appartenance et de valeur personnelle. Cela peut passer par des loisirs, des activités culturelles, ou des projets associatifs.

Éducation et formation

L'éducation et la formation jouent un rôle crucial dans le développement de l'autonomie. En permettant aux personnes handicapées d'acquérir des compétences et des connaissances, on leur ouvre des opportunités d'emploi et d'épanouissement personnel.

Technologies d'assistance

Des innovations technologiques peuvent considérablement améliorer l'autonomie des personnes en situation de handicap. Il s'agit d'aides techniques, comme des fauteuils roulants motorisés, des dispositifs de communication, ou des applications mobiles offrant des fonctionnalités spécifiques.

Accompagnement et soutien

Des dispositifs d'accompagnement, comme des aides humaines ou des services d'assistance, peuvent être mis en place pour aider les personnes handicapées à vivre de manière autonome. Cela peut inclure des assistants de vie ou des services de répit pour les aidants.

Droits et reconnaissance

Promouvoir les droits des personnes handicapées, en valorisant leur autonomie, est fondamental. Cela inclut notamment la reconnaissance de leur droit à vivre de manière autonome et à choisir leur mode de vie.

L'autonomie des personnes en situation de handicap ne se limite pas à l'absence de soutien, mais vise plutôt à créer un environnement où elles peuvent s'épanouir, faire des choix éclairés, et mener une vie pleinement intégrée.



ANNEXES & RÉFÉRENCES



LIENS CITÉS DANS LE LIVRET

Cerfa : Certificat Médical MDPH

mdphenligne.cnsa.fr



Guide de remplissage du dossier MDPH

<https://www.youtube.com/watch?v=KbJUjVTjtAQ>



HAS Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2822893/fr/comment-ameliorer-le-parcours-de-sante-d-un-enfant-avec-troubles-specifiques-du-langage-et-des-apprentissages



RÉFÉRENCES

Voici quelques références utiles concernant le handicap, qui peuvent couvrir divers aspects comme les droits, l'inclusion sociale, les politiques, et la recherche :

Livres

1. Le handicap. Une philosophie pour un monde en inclusivité, par Philippe Djerassi et Philippe Chavanne - Cet ouvrage explore les enjeux de l'inclusion et de la reconnaissance des différences.
2. La Vie en situation de handicap, par Marie-Pierre Tardif - Un récit autobiographique qui aborde les défis du quotidien pour une personne handicapée.

Articles académiques

1. Disability and Social Inclusion: A Survey of Challenges - Cet article examine les défis rencontrés par les personnes en situation de handicap en matière de droit à l'inclusion sociale.
2. The Impact of Disability on Employment: A Review of the Literature - Cette revue de la littérature analyse les effets du handicap sur les opportunités d'emploi.

Ressources en ligne

1. Site de l'ONU: [UN Enable](https://www.un.org/development/desa/disabilities/) - Page dédiée aux droits des personnes handicapées et aux initiatives d'inclusion internationale.
2. Handicap.gouv.fr- Le site officiel français sur le handicap, qui fournit des informations sur les droits, les aides et les politiques en vigueur en France.

Organisations

1. APF France Handicap- Une association qui défend les droits des personnes en situation de handicap et propose des ressources et des informations.
2. Agefiph - Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées, qui propose des conseils et des aides pour l'emploi.

Lois et conventions

1. Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) des Nations Unies - Un document fondamental qui établit des normes internationales pour les droits des personnes handicapées.
2. Loi sur l'égalité des droits et des chances (2005) en France - Texte de loi qui vise à améliorer l'intégration sociale et professionnelle des personnes handicapées.

Ces références peuvent vous fournir une base solide pour explorer davantage le sujet du handicap sous des angles variés, que ce soit en termes de législation, de témoignages personnels, de recherches académiques, ou d'initiatives sociales.

Ouvrages médicaux

Denys P, Hamonet C. ; *Handicap : approche clinique et prise en charge* ; Paris Masson 2007.

Hamonet C. ; *La singularité du handicap* ; Toulouse : Érès 2012.

Azouvi P, Pélissier J, éditeurs. *Rééducation neurologique de l'adulte* ; Paris : Masson 2010.

Daloz MO. *Le handicap en médecine physique et de réadaptation*. Paris : Lavoisier Médecine Sciences 2013.

Azorin JM, éditeur. *Traité de psychiatrie de l'adulte*. 2^{ème} éd. Paris : Elsevier Masson ; 2018.

Outils de classification et références internationales

Organisation mondiale de la santé *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)*. Genève : OMS ; 2001.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5*. 5th ed. Washington (DC) : APA Publishing ; 2013.

Articles scientifiques

Rousseau MC, Lemoine F, Nguyen JP. *Approche pluridisciplinaire dans la prise en charge du handicap moteur*. Ann Phys Rehabil Med. 2019;62(3) :205–12.

Lejeune F, Gallien P. *Actualités en médecine de réadaptation*. Rev Neurol (Paris). 2020;176(6) :398–406.

QUELQUES SITES WEB UTILES POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP EN ÎLE-DE-FRANCE

1. Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)

- Pour Paris : [MDPH 75](<https://mdph.paris.fr/>)
- Pour d'autres départements, il suffit de rechercher «MDPH» suivi du numéro du département (ex : MDPH 92 pour les Hauts-de-Seine).

2. APF France Handicap Île-de-France www.apf-francehandicap.org

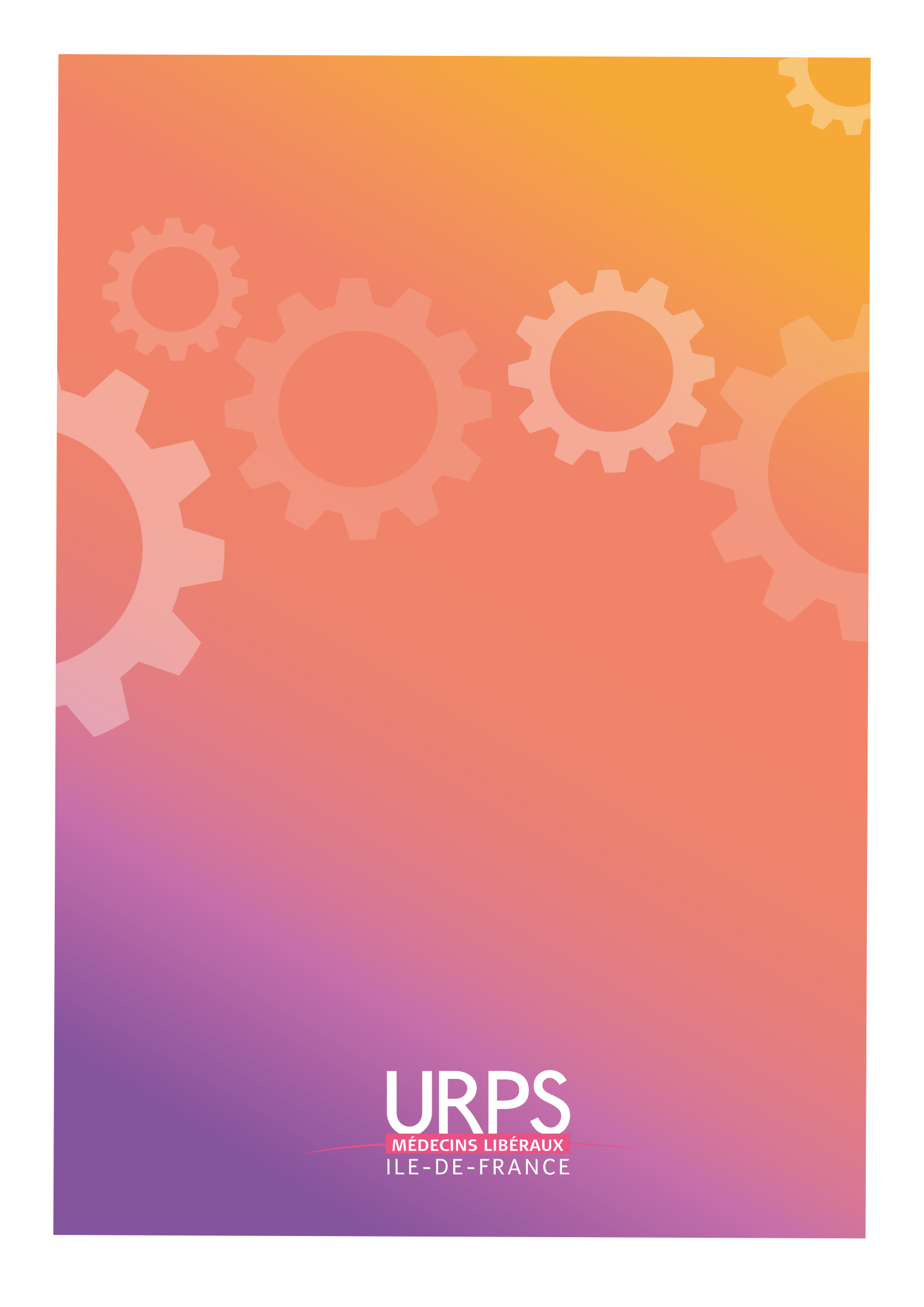
3. UNAPEI Île-de-France www.unapei.org

4. Pôle Emploi - Cap Emploi www.pole-emploi.fr/cap-emploi

5- Transilien Accessibilité www.transilien.com, (rubrique «Accessibilité»)

6. Centre Ressource pour l'Autisme Île-de-France www.craif.org

7. Caisse d'Allocations Familiales (CAF) www.caf.fr



URPS
MÉDECINS LIBÉRAUX
ILE-DE-FRANCE