

**MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION  
ET DE LA REFORME HOSPILIERE**

**Institut Nationale de la Formation Supérieur Paramédicale  
Batna**

**Mémoire professionnel  
Manipulateurs En Radiologie Diplômés d'Etat**

**Thème :**

**L'impact d'équipement RX sur la prise en charge des  
patients handicapés moteurs dans le service radiologique  
l'étude effectue au niveau de polyclinique centrale de  
-BATNA-**



## *Les abréviations*

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**CIFHS** : Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé

**CIH** : Classification Internationale des Handicaps

**INSERM** : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

**AVP** : Accident de la Voie Publique

**CDES** : Commission Départementale de l'Éducation Spéciale

**CAMSP** : Centres d'Actions Médico-sociales Précoces

**CDCPH** : Conseils Départementaux Consultatifs des Personnes Handicapées

**COTOREP** : Commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel

**ONS** : organisation national de la santé

**CDCPH** : Conseils Départementaux Consultatifs des Personnes Handicapés

# SOMMAIRE

## **I /Introduction**

## **II/Choix de thème**

## **III/Problématique de l'étude**

## **IV/ les hypothèses**

## **Partie théorique**

### **Chapitre I: compréhension générale de l'handicape et de la personne handicapées :**

#### **I-1/Notion de l'handicape :**

I-1-1/Origine de l'handicape 04

I-1-2/Définitions 05

I-1-3/Historique de la Classification International des Handicapées  
(types d'handicap) 06

I-1-4/Types des handicapes 07

I-1-4-4-2/L'handicape moteur 09

I-1-4-4-3 / Les principales causes de l'handicap moteur 09

I-1-5/ Quelques chiffres 10

#### **I-2 /Législation :**

I-2-1/La loi n°75-534 du 30 juin 1975 12

I-2-2/La loi n°87-157 du 10 juillet 1987 13

I -2-3/La loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 : 13

I -2-4/Loi n° 02-09 du 25 Safar 1423 correspondant au 8 mai 2002 relative à la  
protection et à la promotion des personnes handicapées 14

I -2-5/Décret présidentiel n°09-188 du 17 Joumada El Oula 1430 correspondant au  
12 mai 2009 : 15

### **Chapitre II : relation et moyens :**

#### **II-1/La relation**

II-1-1/ La perception de la personne handicapées 17

II-1-2/ la relation soignant-soigné 19

II-1-3 /La relation d'aide (la relation de Carles Rogers) 20

II-1-3-1/ La congruence 20

II-1-3-2/ La considération positive inconditionnelle 20

II-1-3-3/ L'empathie 2

<b>II-2/ Les Moyens</b>	
<b>II-2-1/ La manutention</b>	21
<b>II-2-2/ L'accessibilité</b>	23
<b>II-2-3/ Le matériel</b>	23

## **Partie théorique**

<b>I/ Méthodologie de recherche</b>	<b>25</b>
<b>I-1/ Pré enquête</b>	25
<b>I-2/ Approche de l'étude</b>	25
<b>I-3/ Lieu de l'enquête</b>	25
<b>I-4/ Description du lieu de l'enquête</b>	25
<b>I-5/ La population cible</b>	25
<b>II/ Méthode de recherche</b>	<b>26</b>
<b>II-1/ Outil de recherche</b>	26
<b>II-2/ Validation du questionnaire</b>	26
<b>III/ Analyse et représentation des données</b>	27
Synthèse générale	
Conclusion	
Suggestion	
Annexe	
Questionnaire	
Bibliographie	

## **I /Introduction :**

Dans le cadre de la réalisation d'un mémoire de fin d'étude, il nous est agréable de vous présenter avec beaucoup d'humilité ce travail de recherche qui s'intitule : **l'impact de l'équipement RX sur la prise en charge de personnes handicapées moteurs dans le service radiologique.**

Notre étude se propose d'être le fruit d'un travail d'observation, de lecture et d'interprétation, auquel nous nous sommes livrés visant la collecte des informations et l'analyse des données. Notre tâche se résume en une réflexion simple autour de questions que nous nous sommes toujours posés sur «L'amélioration de prise en charge des personnes handicapées dans les secteurs sanitaires ».

Les personnes handicapées s'estiment victimes d'une situation de désavantage, et dans laquelle la société a une part de responsabilité : l'handicap ne résulte pas uniquement des déficiences physiques de la personne, mais aussi de sa conjugaison avec les caractéristiques inadaptées d'un environnement. C'est pourquoi, alors que la notion de défavorisé débouche sur un droit à une aide sociale, celle de handicapé a conduit le législateur à reconnaître un droit à compensation.

La prise en compte des besoins de la personne handicapée ne concerne d'ailleurs pas uniquement son propre domicile, la reproche de l'accessibilité porte sur la ville et l'habitat en général : circuler, accéder aux services, aux équipements, aux commerces, pouvoir rendre visite à des amis valides...etc.

En vue d'une meilleure compréhension des diverses idées exprimées dans ce mémoire, nous envisageons dans les passages qui vont suivre d'expliquer les motifs qui nous ont incité à prendre un sujet s'appuyant principalement sur des données actuelles.

## **II/Choix de thème :**

Nous avons choisi pour réaliser notre travail, de mettre en avant la part du métier de Manipulateur en radiologie médicale consacrée aux personnes handicapées.

Nous avons effectué ce choix pour deux raisons essentielles :

D'une part, il s'avère que cette prise en charge est souvent peu importante en nombre dans les services d'imageries des établissements généraux de fait, nous ne sommes que rarement confrontés à ces patients alors que dans le même temps, nous sommes trop souvent pris au démuné d'une prise en charge particulièrement complexe .

D'autre part, nous pensons que la prise en charge des personnes handicapées requière une attention particulière sur le plan humain quand il s'agit de faire face à des situations de vie particulièrement douloureuses. Cette particularité, selon nous, fait spécialement écho à la part soignante de notre métier. Celle là même qui est au cœur de ce métier et qui fait que nous avons choisi cette profession.

Nous allons donc étudier cette problématique sur le plan relationnel et aussi sur le plan pratique de la prise en charge de ces personnes.

Plus précisément, sur le terrain, nous avons voulu observer l'attitude des patients handicapés mais également celle du manipulateur en radiologie médicale lors d'un examen radiologique. Et pour finir, d'aborder un aspect plus pratique au niveau des techniques radiologiques et de l'accueil du patient.

Ainsi, nous croyons que cette démarche nous permettra à la fois, de mieux cerner les problèmes rencontrés tant du point de vue des manipulateurs que de celui des patients et espérons que cette étude améliorera notre pratique de futurs manipulateurs.

### **III/Problématique de l'étude :**

Quand l'hôpital est un carrefour de soins pour tout type de patients, il se doit d'effectuer des soins en continus, de façon neutre et égalitaire.

Cependant, nous avons remarqué, sur le terrain, qu'il existe une différence entre la prise en charge du patient sain et celle du patient présentant un handicap moteur.

Dans tous les cas, cette interrogation on a amenés vers une seule question :

***«Comment améliorer la prise en charge des personnes handicapés moteurs dans un service de radiologie ? »***

### **IV/ les hypothèses :**

Alors nos hypothèses sont comme suite :

- ✓ les moyens qui aident à leur meilleure prise en charge.
- ✓ la relation soignant-soigné.



*Partie*  
*Théorique*

## **Chapitre I :**

### ***Compréhension générale de l'handicape et de la personne handicapées :***

#### **I-1/Notion de l'handicape :**

**I-1-1/**Origine de l'handicape.

**I-1-2/**Définitions.

**I-1-3/**Historique de la Classification International des Handicapées

(Les types d'handicap)

**I-1-4/** L'handicape moteur.

**I-1-4-1/** Un semi ambulant.

**I-1-4-2/** L'usager du fauteuil roulant.

**I-1-5/** Les principales causes de l'handicap moteur.

**I-1-6/** Quelques chiffres.

#### **I-2 /Législation :**

**I-2-1/**La loi n°75-534 du 30 juin 1975.

**I-2-2/**La loi n°87-157 du 10 juillet 1987.

**I -2-3/**La loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002.

**I -2-4/**Loi n° 02-09 du 25 Safar 1423 correspondant au 8 mai 2002 relative à la protection et à la promotion des personnes handicapées.

**I -2-5/**Décret présidentiel n°09-188 du 17 Joumada El Oula 1430 correspondant au 12 mai 2009.

## **I-1/Notion de l'handicap :**

### **I-1-1/Origine du mot handicap :**

Le terme handicap est un mot d'origine anglaise. Il fait sa première apparition dans cette langue écrite, au XVII<sup>e</sup> siècle, il est la contraction de trois mots Hand in the Cap (la main dans le chapeau). Il désigne une méthode de répartition « *à parts égales* » lors d'échanges d'objets personnels entre deux personnes. Plus tard, c'est aux courses de chevaux que l'on appliquera la règle des longueurs ou des charges supplémentaires imposées aux meilleurs pour « *égaliser les chances* » de tous lors de courses à handicap. Anobli par le sport, repris par la littérature (Maurois, Gide), intégré officiellement dans le dictionnaire de l'Académie française dès 1913, le mot est adopté par les travailleurs sociaux et les associations s'occupant des personnes avec des infirmités ou incapacités, comme moins réducteur, moins stigmatisant, voire promotionnel, surtout à partir des années 1950. Il est définitivement admis avec son apparition dans le droit des personnes handicapées dans la loi de 1957 sur les travailleurs handicapés et, surtout, par celle du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées.

Au cours du temps, plusieurs termes ont été utilisés pour qualifier les différents handicaps :

« Aliénés, anormaux, arriérés, boiteux, bossus, débiles, déficients, difformes, diminués, estropiés, idiots, impotents, inadaptés, infirmes, invalides, malformés, mutilés, paralysés, paralytiques, personnes à mobilité réduite, personnes dépendantes, personnes en situation de handicap, etc.... ».

L'évolution de ces termes ne traduit pas seulement l'image du handicap ou de la personne handicapée, plus ou moins négative, mais également les différentes voies de connaissance du handicap ainsi que les organisations sociales de sa prise en charge :

*Infirme, boiteux* ou *bossus* sont des mots-stigmates (désignant l'apparence la plus grossière de la personne), *chronique* ou *incurable* s'attachent au caractère durable et le plus souvent définitif des atteintes, *impotent, incapable* ou *personnes à mobilité réduite* désignent non plus la personne mais ses impossibilités, *mutilés* ou *paralysés* l'origine médicale du handicap, *inadapté* enfin caractérise la place de la personne dans le corps social.

La caractéristique commune de presque toutes ces terminologies est de décrire la personne par un seul de ses aspects, le plus souvent ses manques : un polio, une infirme, un handicapé... à une époque, à Lourdes, on désignait les personnes en fauteuil roulant

par le terme « mécaniques » ! Enfin, ce catalogue morbide ne serait pas complet s'il n'était suivi d'une catégorisation en bonne et due forme : infirme *physique*, handicapé *mental*, *sensoriel* ou *moteur* etc. Regroupements prenant naissance à la fois autour de préoccupations et de prises en charge spécifiques et du fait de l'évolution de la connaissance des affections invalidantes.

**I-1-2/Définition :**

**♣ Selon le petit Larousse, édition 2008 :**

L'handicap est un désavantage quelconque, infirmité ou déficience, congénitale ou acquise.

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

**♣ Selon l'organisation mondiale des personnes handicapées**

⋮

L' handicap est une perte ou une limitation des possibilités de participer à la vie normale de la collectivité sur une base égalitaire avec les autres en raison d'obstacles physiques et sociaux.

**♣ Selon la déclaration des droits des personnes handicapées proclamée par l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies le 9 décembre 1975 :**

Il ne s'agit de toute personne dans l'incapacité d'assurer par elle-même tout ou partie des nécessités d'une vie individuelle ou sociale normale, du fait d'une déficience, congénitale ou non, de ses capacités physiques ou mentales.

**♣ Selon la loi du 11 février 2005 (OMS) :**

La définition du handicap est la suivante :

Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicapé ou d'un trouble de santé invalidant.

D'après cette loi les handicaps sont généralement classés en quatre types :

- ❖ L' handicap auditif
- ❖ L' handicap visuel
- ❖ L' handicap moteur et le polyhandicapé
- ❖ L' handicap mental et les troubles du comportement

De plus, en 1980, le britannique Philip Wood introduit une clarification conceptuelle dans la définition du handicap. Il définit en effet le handicap comme la conséquence des maladies sur la personne suivant trois plans :

- la **déficience**, correspondant à l'altération d'une structure ou d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique.
- l'**incapacité**, qui est une réduction partielle ou totale de la capacité d'accomplir de façon normale une activité.
- le **désavantage**, conséquence de la déficience ou de l'incapacité sur les conditions d'insertion sociale, scolaire ou professionnelle.

Pour faire comprendre la classification de Wood prenons un exemple un exemple simple reliant entre eux les divers éléments du modèle descriptif. Soit une personne qui souffre d'une hémiparésie droite. C'est une maladie. La description des limitations de la force musculaire et des troubles du tonus se trouve sur le plan des déficiences. Cette personne ne peut monter une marche de 35cm: c'est une incapacité. Ne pouvant plus prendre l'autobus, elle ne peut plus quitter son quartier: c'est un désavantage social de mobilité.

### **I-1-3/Historique de la Classification Internationale des**

#### **Handicapés (types d'handicap)**

Le point de départ a été la publication par l'Organisation mondiale de la santé, en 1980, d'un projet expérimental de Classification Internationale des handicaps (CIH) élaboré par un groupe de travail, initialement animé par André Grossiord de Garches, médecin-rééducateur, et PHN Wood, de Manchester, épidémiologiste et rhumatologue puis, par Wood seulement. En 1981, cette CIH a été traduite en français par l'INSERM, puis adoptée par la France en 1988 comme référence des nomenclatures statistiques sur le handicap.

Deux courants ceux sont établis : le courant « *médical* » qui définissait, à la suite des propositions de Wood, le handicap, comme la conséquence d'un état pathologique (maladie ou accident) et le courant « *anthropologique* » qui considérait que le handicap était la résultante de la confrontation d'un être humain avec son environnement. On peut donc résumer ceci en disant que d'une part c'est la lésion (ou déficience) corporelle

pathologique qui rend les personnes handicapées et d'autre part c'est la société qui crée les situations de handicap.

À partir de 1997, devant la demande de nombreux professionnels de la réadaptation, et des milieux associatifs de personnes handicapées, une révision de la CIH a été entreprise. Elle a abouti, fin 2000, à la proposition d'un dispositif intermédiaire CIH-2, remodelé et adopté, en mai 2001, par l'Assemblée mondiale de l'OMS, sous l'intitulé : « *Classification de la fonctionnalité, du handicap et de la santé* » (CIF). On y distingue cinq niveaux:

- *Les fonctions organiques*, elles désignent les fonctions physiologiques des systèmes organiques
- *Les structures anatomiques*, elles désignent les parties du corps humain, telles que les organes, les membres et leurs composantes
- *Les activités*, elles signifient l'exécution d'une tâche ou le fait pour une personne de faire quelque chose.
- *Les participations* ou « *prendre part à une situation de la vie réelle* » (les deux niveaux des activités et des participations, bien différenciés dans le document sont artificiellement regroupés), elles signifient l'implication dans une situation de la vie réelle.
- *Les Facteurs environnementaux*, constituent l'environnement physique, social et attitudinal dans lequel les gens vivent et mènent leur vie.

#### ***I-1-4/Types des handicaps :***

On distingue plusieurs types d'handicaps parmi lesquelles se trouve celui auquel nous consacrons cette étude l'handicapé moteur .

##### ***I-1-4-1/ L'handicap intellectuel :***

L'handicap intellectuel se caractérise par une déficience mentale et une altération du comportement adaptatif (désadaptation sociale).

Les déficiences mentales sont : soit génétiques (aberrations chromosomiques, ex : la trisomie 21), biologiques (agressions prénatales, périnatales ou postnatales), psychologiques (carences affectives, hospitalisme...) ou écologiques (milieu socioculturel, mauvaises conditions de vie...).

### **I-1-4-2/ L'handicap psychique :**

Certaines déficiences psychiques, suite à des « maladies mentales », peuvent provoquer un handicap psychique. L'handicap psychique regroupe les conséquences durables, en termes de dépendance, des maladies mentales. C'est-à-dire qu'il s'agit du retentissement personnel et social des troubles psychiques sur les capacités d'autonomie et d'adaptation de certaines personnes. Ex : la schizophrénie.

De nombreuses confusions existent entre Handicap Intellectuel et Handicap Psychique. Ces deux termes sont souvent confondus dans la notion de Handicap Mental. Pourtant les conséquences, l'évolution, l'insertion socioprofessionnelle sont très différentes.

### **I-1-4-3/ Les maladies invalidantes :**

Parmi celles-ci on compte plusieurs à savoir :

- **L'épilepsie** : Les épilepsies peuvent entraîner des situations d'handicap très variées. Elles peuvent être associées à d'autres déficiences ou isolées. Elles peuvent constituer une déficience grave si les crises sont fréquentes, ou pharmaco résistantes. Cependant, avec un suivi et certaines précautions, certaines épilepsies sont tout à fait compatibles avec une insertion socioprofessionnelle. (Dictionnaire des termes de médecine 1989, p.294)
- **Les insuffisances respiratoires** (asthmes sévères, bronchites chroniques, emphysème,...) : elles se manifestent par des dyspnées (difficultés à respirer), des gênes respiratoires avec limitation de l'activité... (Dictionnaire des termes de médecine 1989, p.467)
- **Les allergies cutanées** (eczémas liés à des facteurs professionnels). (Dictionnaire des termes de médecine 1989, p.27)
- **Les troubles endocriniens, métaboliques** : exemple : diabète.
- **Les maladies cardio-vasculaires.**
- **Les déficiences rénales.**

### **I-1-4-4/ L' handicap physique :**

Les handicapés physiques peuvent être sensoriels ou moteurs.

**I-1-4-4-1/Les handicapés sensoriels** : L'handicap visuel et l'handicap auditif peuvent relever de manifestations congénitales ou acquises.

- *L'handicap auditif (les malentendants et les sourds)* : La personne peut naître ou être devenue sourde ou malentendante.

• *L'handicap visuel (les malvoyants et les aveugles)* : La personne peut naître ou être devenue aveugle ou malvoyante.

#### **I-1-4-4-2 /L'handicap moteur :**

L'handicapé moteur, le sujet de notre étude, est celui qui du fait d'un défaut organique, ne jouit pas de l'entière liberté de son corps. Parmi ces handicapés, on peut distinguer deux catégories :

Les semi- ambulants et les usagers du fauteuil roulant.

**I-1-4-4-2-1/Un semi ambulant:** est toute personne qui se sert d'un appareil orthopédique (qui traite la malformation des os, des muscles, et des articulations,...), de cannes, de béquilles, ou autres. On distingue les personnes atteintes de rhumatismes et celles atteintes d'insuffisance respiratoire et de troubles cardiaques et les personnes âgées ayant des difficultés de coordination, de perception, et de ralentissement de leurs mouvements.

**I-1-4-4-2-2 /L'usager du fauteuil roulant :** est toute personne n'ayant pas la possibilité de déplacement autonome sans avoir recours à cet appareil. On trouve les hémiplegiques, les paraplégiques, les tétraplégies, les myopathies, les troubles fonctionnels.

#### **I-1-4-4-3 /Les principales causes de l'handicap moteur :**

Les origines des déficiences motrices sont multiples, et pour les comprendre il existe un mode de classement des causes de déficiences motrices. Ce mode de classement se base sur deux types d'appréhensions différentes, le handicap est alors soit:

- congénital ou acquis, c'est-à-dire qu'il survient à la suite d'un accident, d'une maladie ou du fait de l'âge.

- destiné à évoluer ou non on parlera d'un handicap congénital, quand il est dépisté à la naissance de la personne ou que la survenue de l'atteinte aura lieu pendant le temps de la vie intra-utérine et, il sera acquis lorsqu'il sera dû à une maladie, à un traumatisme au cours de la vie ou aux atteintes de l'âge. Mais, il convient de rappeler que certaines maladies congénitales ne sont diagnostiquées qu'à l'apparition des premiers signes comme la myopathie de Duchenne par exemple.

La période de la survenue du handicap, et ceci est vrai pour toutes les déficiences, est une donnée importante pour la personne handicapée. Son vécu, ses acquisitions, son

accompagnement, ainsi que les relations qu'elle entretient avec son entourage seront très différents selon que son handicap soit congénital ou acquis.

Ce handicap moteur peut être la conséquence de différentes causes, telles que :

- due à une malformation, qui est un trouble de l'enfant à naître (développement du squelette, malformation des membres ou microcéphalie)
- due à un traumatisme ou par blessure médullaire. Ce sont par exemples les blessés impliqués dans les AVP (traumatismes crâniens, amputations, paraplégique, tétraplégique...)
- due à une maladie, ce sont ceux qui résultent ni d'une malformation ni d'un traumatisme ou d'une blessure. Avec des maladies soit congénitales, soit acquises (polymiélite, sclérose en plaque...)
- due à la vieillesse, en effet les personnes âgées sont plus exposées aux risques de chutes et de problèmes de santé, et connaissent une altération naturelle de leurs potentiels de mobilité qui, de ce fait, les conduisent vers des situations de handicaps et de perte d'autonomie.
- Evolutif ou non, d'après Michel Delcey on entend « Par maladie évolutive, on désigne donc de fait des affections dont l'évolution est attendue et péjorative (aggravation, ou au mieux, stabilisation), dont le traitement est pour l'instant symptomatique ou palliatif. Il faut souligner l'extrême variabilité de l'évolutivité et de la sévérité de ces affections : maladie évolutive ne signifie pas maladie létale (mortelle), ni même diminution de l'espérance de vie. »

### **I-1-5/Quelques chiffres :**

Près de 2 millions de personnes en Algérie vivent avec un handicap selon les statistiques de l'ONS présentées en 2010 par le ministère de la Solidarité nationale et de la Famille.

Le nombre des personnes handicapées en Algérie est de 1.975.084 personnes, dont 284.073 handicapés moteurs, 73.937 handicapés auditifs, 173.362 visuels, 167.331 handicapés mentaux, 85.611 polyhandicapés, 626.711 personnes ont des maladies chroniques, 505.299 personnes ont d'autres handicaps et 29.380 personnes handicapées non déclarées.

S'agissant de la répartition de la population des personnes handicapées en Algérie par tranche d'âge, les mêmes statistiques montrent que 131.955 enfants ayant l'âge entre 0 et 5 ans souffrent d'un handicap, les enfants et adolescents handicapés ayant l'âge entre

5 et 19 ans sont au nombre de 319.945, tandis que les personnes atteintes d'un handicap et ayant l'âge de 20 ans et plus sont au nombre de 1.493.796.

Concernant les principales causes des cas en Algérie, les statistiques ont relevé que 28.5 % des handicaps sont congénitaux ou héréditaires, 16.7% des séquelles d'accidents ou de blessures et 14.2% des complications suites à des maladies infectieuses. Le nombre total des établissements relevant directement du ministère est de 176 centres. Ce sont des structures d'accueils et de prise en charge d'handicap.

En plus de ce nombre, 119 établissements sont gérés par les associations agréées. Ces structures accueillent actuellement un effectif de 14.260 enfants et adolescents handicapés dont 773 enfants sont pris en charge dans le cadre du dispositif de l'éducation précoce.

Pour l'année 2009, les services du ministère ont établi, pour les personnes handicapées, plus de 667.584 cartes de handicapés. Malgré leur apparence, ces statistiques sont trop vagues et manquent même de fiabilité.

## **I-2 /Législation :**

L'ensemble du cadre juridique du Handicap repose sur quatre principaux textes de lois :

### **I-2-1/La loi n°75-534 du 30 juin 1975 :**

Cette loi marque le passage d'une prise en charge antérieurement basée sur la notion d'assistance à une prise en charge reposant largement sur la notion de solidarité. A ce titre :

- Elle affirme que « la prévention et le dépistage des handicaps, les soins, l'éducation, la formation et l'orientation professionnelle, l'emploi, la garantie d'un minimum de ressources, l'intégration sociale et l'accès aux sports et aux loisirs du mineur et de l'adulte handicapés. Constituent une obligation nationale.

- Elle rend l'ensemble des acteurs sociaux : familles, Etat, collectivités locales, établissements publics, organismes de sécurité sociale, associations, groupes, organismes et entreprises publics et privés responsables de la mise en œuvre de cette obligation.

- Elle réforme les mécanismes d'orientation des personnes et les prestations attribuables à ces personnes. Ces prestations doivent viser à : « assurer aux personnes handicapées toute l'autonomie dont elles sont capables » en privilégiant « chaque fois que les aptitudes des personnes handicapées et de leur milieu familial le permettent ... l'accès aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population et le maintien dans un cadre ordinaire de travail et de vie. »

Ces mécanismes sont essentiellement les Commissions départementales de l'éducation spéciale (CDES) et les Commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) qui, dans chaque département, apprécie le taux d'incapacité, décident éventuellement de l'attribution de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, proposent, aux enfants et adultes handicapés, une orientation vers les structures les plus appropriées à leur situation et/ou déterminent si leur état justifie l'attribution d'allocations spécifiques du domaine du handicap. L'attribution de ces prestations n'est plus conditionnée, par le biais de l'obligation alimentaire, à la faiblesse de revenus des ascendants et descendants mais reste soumise à un plafond de ressources personnelles assez basses.

Ces prestations sont :

- La reconnaissance et, par conséquent, la possibilité de développement des centres d'action médico-sociaux précoce (CAMSP).

- L'instauration d'une obligation éducative pour les enfants, qui doit prioritairement passer une

« Éducation ordinaire » et, seulement à défaut, par une « éducation spéciale ».

**I-2-2/La loi n°87-157 du 10 juillet 1987:**

Cette loi a mis en place une obligation d'emploi des travailleurs handicapés et assimilés pour tous les établissements de 20 salariés et plus dans la proportion de 6 % de l'effectif total de leurs salariés

(Art L323-1) Les bénéficiaires de cette loi sont les suivants (art. L323-3):

- Travailleurs handicapés reconnus par la COTOREP
- Victimes d'accidents du travail ou de maladie professionnelle ayant une incapacité partielle permanente, au moins égale à 10 % et titulaires d'une rente versée par un organisme de sécurité sociale.
- Titulaires d'une pension d'invalidité d'un régime de sécurité sociale (à condition que cette invalidité réduise des 2/3 leur capacité de travail ou de gain)
- Anciens militaires titulaires d'une pension d'invalidité.
- Veuves et orphelins de guerre.
- Epouses d'invalides internés pour le service de guerre.
- Sapeurs-pompiers volontaires blessés dans l'exercice de leurs fonctions.

Depuis 1991, l'obligation s'applique à un taux de 6 % à l'ensemble des établissements de 20 salariés et plus.

**I-2-3/La loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 :**

Cette loi concerne en priorité deux domaines :

- Le sécurité des personnes face aux risques du travail et de vie.
- Le droit à l'emploi.

Elle est composée de deux titres :

*Titre 1 : « Santé, Solidarité et Sécurité Sociale » notamment pour :*

- Instaurer les Conseils Départementaux Consultatifs des Personnes Handicapés (CDCPH)
- Redéfinir la loi du 10 Juillet 1989 sur l'accueil familial des personnes handicapés (ou âgées)

*Titre 2 : « Travail, Emploi, Formation Professionnelle » notamment pour :*

- Lutter contre l'emploi précaire de façon plus intensive
- Réformer la formation professionnelle

- Renouvellerez dispositif de validation des acquis

La plupart des dispositions prises par la loi de modernisation sociales sont entrées en vigueur le 20 Janvier 2002.

***I-2-4/Loi n° 02-09 du 25 Safar 1423 correspondant au 8 mai 2002  
relative à la protection et à la promotion des personnes  
handicapées :***

Devisé en 07 chapitres :

**Chapitre 01 : DISPOSITIONS GENERALES**

La protection et la promotion des personnes handicapées s'étendent, au sens de la présente loi, à toute personne, quels qu'en soient l'âge et le sexe, souffrant d'un ou de plusieurs handicaps d'origine héréditaire, congénitale ou acquis, et limitée dans l'exercice d'une ou de plusieurs activités de base de la vie courante personnelle et sociale, consécutivement à une atteinte de ses fonctions mentales et/ou motrices et/ou organiques sensorielles.

**Chapitre 02 : PREVENTION DU HANDICAP**

La prévention du handicap s'effectue au moyen d'actions de dépistage et de programmes de prévention médicale et de campagnes d'information et de sensibilisation en direction du citoyen sur les facteurs générant ou aggravant le handicap.

**Chapitre 03 : EDUCATION, FORMATION PROFESSIONNELLE,  
REEDUCATION, FONCTIONNELLE ET READAPTATION :**

Les établissements spécialisés assurent, outre l'enseignement et la formation professionnelle, et au besoin l'hébergement des personnes en phase de scolarisation et de formation, des actions psycho-sociales et médicales exigées par l'état de santé de la personne handicapée tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de ces établissements en coordination avec les parents et toute personne ou structure concernée.

**Chapitre 04 : INSERTION ET INTEGRATION SOCIALES :**

L'insertion et l'intégration des personnes handicapées sont assurées notamment à travers l'exercice d'une activité professionnelle adéquate ou adaptée leur permettant d'assurer une autonomie physique et économique.

**Chapitre 05 : VIE SOCIALE ET BIEN-ETRE DES PERSONNES HANDICAPEES :**

Afin de favoriser l'insertion et l'intégration des personnes handicapées dans la vie sociale, de faciliter leur déplacement et d'améliorer leurs conditions de vie et de bien-être, d'accessibilité aux appareillages, accessoires et aides techniques, de simplification de leur remplacement, favorisant leur autonomie physique.

**Chapitre 06 : DES ORGANES :**

Il est institué, auprès du ministère concerné, une commission nationale de recours, composée de sept (7) à onze (11) membres, et regroupant :

- \* des médecins spécialistes experts en matière de handicap tel que défini à l'article 2 de la présente loi,
- \* deux représentants des secteurs de l'éducation et de la formation professionnelle,
- \* un représentant du ministère chargé de la protection sociale,
- \* un représentant, à titre d'observateur, des parents d'élèves handicapés,

**Chapitre 07 : DISPOSITIONS DIVERSES ET FINALES :**

Dans le cadre de la déclaration de politique générale, le Gouvernement présente, devant l'Assemblée populaire nationale, une communication sur les programmes de protection et de promotion des handicapés, notamment les programmes de prévention du handicap ainsi que les performances réalisées.

***I-2-5/Décret présidentiel n°09-188 du 17 Jomada El Oula 1430 correspondant au 12 mai 2009 :***

Portant ratification de la convention relative aux droits des personnes handicapées, adoptée par l'assemblée générale des Nations unies le 13 décembre 2006...

Les Etats parties à la présente convention.

**A)** rappelant les principes proclamés dans la Charte des Nations unies selon lesquels la reconnaissance de la dignité et de la valeur inhérentes à tous les membres de la famille humaine et de leurs droits égaux et inaliénables constituent le fondement de la liberté, de la justice et de la paix dans le monde.

**B)** reconnaissant que les Nations unies, dans la déclaration universelle des droits de l'Homme et dans les pactes internationaux relatifs aux droits de l'Homme, ont proclamé et sont convenues que chacun peut se prévaloir de tous les droits et de toutes les libertés qui y sont énoncés, sans distinction aucune.

**C)** réaffirmant le caractère universel, indivisible, interdépendant et indissociable de tous les droits de l'Homme et de toutes les libertés fondamentales et la nécessité d'en garantir la pleine jouissance aux personnes handicapées sans discrimination.

**D)** reconnaissant la nécessité de promouvoir et protéger les droits de l'Homme de toutes les personnes handicapées, y compris de celles qui nécessitent un accompagnement plus poussé, préoccupés par le fait qu'en dépit de ces divers instruments et engagements, les personnes handicapées continuent d'être confrontées à des obstacles à leur participation à la société en tant que membres égaux de celle-ci et de faire l'objet de violations des droits de l'Homme dans toutes les parties du monde .

**E)** reconnaissant que les femmes et les filles handicapées courent souvent, dans leur famille comme à l'extérieur, des risques plus élevés de violence, d'atteinte à l'intégrité physique, d'abus, de délaissement ou de défaut de soins, de maltraitance ou d'exploitation .

## **Chapitre II :**

### ***Relation et moyens :***

#### **II-1/La relation**

**II-1-1/** La perception de la personne handicapées

**II-1-2/** la relation soignant-soigné

**II-1-3 /**La relation d'aide (la relation de Carles Rogers)

**II-1-3-1/** La congruence

**II-1-3-2/** La considération positive inconditionnelle

**II-1-3-3/** L'empathie

#### **II-2/ Les Moyens**

**II-2-1/** La manutention

**II-2-2/** L'accessibilité

**II-2-3/** Le matériel

### II-1/La relation :

#### II-1-1/ La perception de la personne handicapées :

Lorsque nous rencontrons une personne, nous sommes immédiatement assaillis par différentes sensations, notamment visuelles et sonores, qui déterminent dès le départ une première impression de la personne, en relation avec les multiples souvenirs que nous portons en nous de rencontres avec d'autres. Si la physionomie, le corps, l'attitude, la voix de cette personne sont particuliers, hors-normes, notre perception entraînera aussitôt une réponse émotionnelle. En effet, c'est la dimension émotionnelle de notre fonctionnement cérébral qui est la première touchée face à des stimuli non-verbaux. Cela explique que, face à une personne handicapée dont le visage a une forme, des mimiques particulières et inattendues, dont le corps est autre, dont la position (assise, couchée,...) n'est pas celle que l'on attend, dont le langage est différent, nous ressentons instantanément une foule d'impressions plus ou moins confuses, dont nous sommes plus ou moins conscients, et que nous arrivons plus ou moins à maîtriser.

Une des premières impressions identifiable est celle d'être confronté à l'inconnu. Le visage que nous regardons et qui nous regarde est autre. Cette impression d'inconnu peut venir d'un manque d'apprentissage. En effet, au delà des discours sur l'intégration, de nombreuses personnes handicapées vivent encore à l'heure actuelle de manière confinée, nouant peu de contacts avec le monde extérieur. Dès lors, nous avons, depuis notre enfance, été généralement peu confrontés avec des personnes porteuses de handicap, ce qui nous empêche de les identifier comme faisant partie de notre monde quotidien, habituel.

On rencontre à tout moment, dans la rue, des enfants et des adultes gravement handicapés, ayant souvent une activité de mendiants, qui côtoient tout le monde et vis-à-vis desquels, personne, sauf nous, occidentaux, ne réagit. Dans cette autre situation culturelle, la personne handicapée n'est pas cachée, n'est pas mise à l'écart, ce qui banalise le contact avec elle. Il nous semble donc que l'isolement social que vivent fréquemment, dans nos pays, les personnes handicapées constitue un facteur qui contribue au sentiment d'inconnu ressenti fréquemment face à elles.

Dans cette impression d'inconnu, on se trouve aussi face à la difficulté de faire entrer la personne dans des catégories qui nous sont familières. Avons-nous devant nous un adulte ou un enfant? Les limites qu'impose le handicap physique entraînent fréquemment une confusion chez l'interlocuteur, qui a tendance à infantiliser la

personne handicapée. Le handicap amène la nécessité, pour l'autre, de développer une conduite d'aide, qui va parfois

Être implicitement confondue avec l'aide que l'on fournit à un enfant pour le nourrir, l'habiller, le faire marcher... Cette assimilation va être perceptible dans la manière dont la personne valide s'adresse à la personne handicapée, en utilisant un langage simple, voir simpliste ou puéril. Le problème est encore plus aigu lorsque la personne handicapée a des difficultés d'élocution. Dans ce cas, l'assimilation à un enfant est encore plus fréquente.

On comprend aisément ce que cette assimilation peut avoir de choquant pour la personne handicapée qui interprète très lucidement la situation. Lorsque la relation démarre de cette manière, elle débute sur de mauvaises bases.

Certains éléments non-verbaux entraînent également des réactions immédiates chez l'interlocuteur. Par exemple, des mouvements brusques, imprévisibles, incontrôlés de la personne handicapée peuvent déclencher chez la personne valide des sentiments de peur, en raison d'une interprétation automatique de ces gestes comme une conduite d'agression.

Des attitudes figées, un regard fixe, certaines mimiques faciales peuvent aussi être vécues à tort comme des signaux de menace, déclenchant des sentiments de peur et des conduites de fuite, d'évitement, de prise de distance. A la limite, la différence ressentie peut être telle que l'on se pose la question de l'humanité de la personne. De plus, ce qui peut aussi mobiliser la personne qui rencontre une personne handicapée, c'est de ressentir la souffrance vécue par celle-ci. Cela peut déboucher sur de la pitié, de la commisération, sur une attitude d'empathie, ou au contraire sur du déni: on essaie de se protéger de cette souffrance, on s'interdit de la vivre.

La personne porteuse d'une déficience constitue aussi, dans notre monde occidental, un « anti-modèle » qui peut être ressenti comme gênant. En effet, elle ne correspond en aucun cas à l'idée de la personne au corps parfait, vivant dans un bien-être matériel parfait, ainsi que nous le montrent quotidiennement les publicités. Dans les feuilletons, qui reflètent fidèlement les représentations sociales dominantes, on ne trouve nulle trace de personnes ayant une déficience. Ou, lorsqu'elles y sont présentes, elles sont figurées de manière idéaliste, très lointaine de la réalité. Le nombre de sollicitations dont nous sommes l'objet tous les jours visant à améliorer notre « look » et notre confort sont représentatives d'une société valorisant un bonheur matériel, des relations superficielles, un monde de l'apparence. A coup sûr, la personne handicapée se trouve encore plus

disqualifiée que si nous vivions dans un monde où les caractéristiques de la personnalité, les relations étaient valorisées.

### **II-1-2/ la relation soignant-soigné :**

#### **♣ Définition de la relation soignant-soigné:**

visée à établir un échange par le dialogue et l'écoute en vue d'apporter un soutien psychologique à une personne ou un groupe, lors d'actes médicaux. Cela est représenté par une communication patient-soignant.

Plus précisément, en ce qui concerne la rencontre avec le patient handicapé, le soignant doit posséder certaines capacités, telles que :

- Celle d'écouter, c'est-à-dire porter un intérêt vrai à ce que l'autre lui dit, et ce que lui seul peut lui dire. C'est permettre au patient de s'exprimer librement, ce qu'il vit, ce qu'il ressent. C'est être ouvert à tout ce qu'il a à lui dire, sans interpréter, sans juger ; c'est être attentif à quelqu'un en souffrance, pour l'aider à trouver son chemin. C'est lui donner du temps, une présence.

- Celle de regarder, d'observer, c'est percevoir si l'atmosphère environnant le patient s'alourdit ou se détend. Dans une approche globale du patient, le regard du soignant est important. Cette observation si importante lors de l'accueil ou dans le soin, demande au soignant certaines aptitudes de :

- Disponibilité : se donner du temps, mais aussi accepter l'autre sans jugement de valeur. « Je te reconnais comme un être ayant ses émotions, ses valeurs, ses limites, ses ressources. » (Janine ROBERT LACAZE).

- Chaleur humaine.

- Acceptation de la différence de l'autre.

La qualité de cette rencontre, entre l'accueillant et l'accueilli, dépendra de la capacité du soignant à savoir écouter, regarder, observer, accepter l'autre, avec ses différences. C'est le reconnaître en tant que personne unique. Il n'est pas toujours évident de consacrer de l'intérêt et du temps au patient, et ce par manque de temps, parce que la charge de travail est trop lourde ou encore parce que nous sommes très sollicités.

Le soignant œuvre pour soigner et guérir le patient, tout en sachant qu'il restera handicapé et ne sera donc pas guéri. La méconnaissance du handicap, les relations du professionnel, les préjugés peuvent parasiter la relation de soins avec la personne en situation de handicap. Généralisation de l'absence d'autonomie motrice ou

surestimation des capacités, à se positionner entre le trop et le pas assez reste difficile pour le soignant.

L'essentiel dans cette relation est la reconnaissance du patient comme une personne et non comme un objet de soin.

### **II-1-3 /La relation d'aide (la relation de Carles Rogers) :**

Constitué de différentes étapes sont les suivantes :

#### **II-1-3-1/ *La congruence* :**

Le premier élément porte sur l'authenticité ou congruence.

Plus le thérapeute « *est* » lui-même, ou elle-même, dans la relation, n'affichant pas de façade professionnelle ou d'image personnelle, plus grande est la probabilité que le client changera et se développera d'une manière constructive.

Cela veut dire que le thérapeute est ouvertement les sentiments et les attitudes qui coulent en lui, sur le moment.

Il y a un état d'unification, ou congruence, entre l'expérience émotionnelle en cours au niveau des tripes, la conscience de cette expérience et ce qui est exprimé au client.

#### **II-1-3-2/ *La considération positive inconditionnelle* :**

La seconde attitude importante pour créer un climat favorisant le changement est l'acceptation ou l'attention, ou la considération : le regard positif inconditionnel.

Cela veut dire que lorsque le thérapeute fait l'expérience d'une attitude positive, exempte de jugement, acceptante envers ce que le client est sur le moment, quoi que ce soit, alors le mouvement thérapeutique, ou changement, est plus probable.

Cela demande la volonté du thérapeute de laisser le client être le sentiment qu'il est en train de vivre, quel qu'il soit : confusion, ressentiment, peur, colère, courage, amour ou orgueil.

C'est une attention non possessive.

Lorsque le thérapeute accepte le client d'une manière totale plutôt que conditionnelle, un mouvement en avant est probable.

#### **II-1-3-3/ *L'empathie* :**

Le troisième aspect facilitateur de la relation est la compréhension empathique.

Cela veut dire que le thérapeute sent exactement les sentiments et significations personnelles que le client est en train d'expérimenter et qu'il communique cette compréhension acceptante au client.

Quand le fonctionnement est à son meilleur niveau, le thérapeute se trouve tellement immergé dans le monde privé de l'autre, qu'il ou qu'elle peut non seulement clarifier les significations dont le client est conscient mais même ceux se trouvant juste au dessous du niveau de conscience.

Ce type d'écoute, très spéciale, active, est l'une des forces les plus puissantes que je connaisse pour favoriser le changement.

### **II-2/ Les Moyens :**

#### **II-2-1/ La manutention :**

##### **\*Des Techniques appropriées :**

Les techniques de manutention ne suppriment pas la pesanteur. Elles permettent d'organiser la confrontation entre le soignant et son patient, entre le soignant et une masse pondérale, humaine et fragile.

##### **\*La personne handicapée :**

le corps humain est ici caractérisé par son poids. Le poids moyen du sujet est sensiblement supérieur à celui de la tierce personne, le plus souvent féminine. La forme du sujet est aussi à prendre en considération : il faut pouvoir saisir la charge et la maintenir pour qu'elle n'échappe pas. Le volume du sujet adulte pénalise les tierces personnes de petite taille. Ce corps se présente parfois inerte, hypotonique, flasque, ou l'inverse hypertonique, athétosique, voire raide, douloureux. De plus, il repose sur un lit mou, creux, trop haut ou trop bas, d'accès mal commode.

##### **\*La tierce personne :**

le sujet est-il capable de réactions, d'actions ou de participations? Ou est-il opposant et résistant? Ces réactions positives ou négatives doivent être utilisées pour faire émerger l'énergie du sujet : elles ont une incidence positive sur l'acte de manutention: allègement, impulsion, guidage. Il en résulte une stimulation et une facilitation vers l'autonomie personnelle du patient. Les techniques doivent être partagées et non imposées au patient. La recherche préalable de sa participation est donc essentielle. Il est également déterminant de garder l'initiative qui imposera le déroulement de l'action dans le sens prévu.

##### **- Trois règles devront guider la tierce personne :**

- pour résoudre une difficulté, il faut s'efforcer de la décomposer.
- tout faire pour éviter de porter.
- demander la participation du sujet.

On peut dire qu'il existe neuf façons de déplacer une personne. L'observation permet de classer les nécessités de déplacements des patients en neuf groupes principaux distincts se distinguant chacun par une trajectoire caractéristique. Il s'agit des : **retournements, redressements, voltes, abaissements, rehaussements, translations, transferts, transports, relever.**

Il existe deux modes : passif et actif, selon l'apport effectif du patient à l'action de déplacement, deux modes d'exécution des techniques se distinguent :

- **le mode passif** : le patient est inactif, voire inerte, et ne peut pas contribuer à son déplacement : paralysie totale, coma ou contre-indication à l'effort.
- **le mode aidé ou actif** : la participation, parfois très relative, ou plus importante, apporte une contribution plus ou moins forte au déplacement. Il convient alors de tout mettre en œuvre pour utiliser celle-ci dans le sens d'allègement du poids.

De plus, il est extrêmement précieux de connaître les capacités motrices et physiques du sujet :

- d'abord pour éviter de lui demander sans cesse « Est-ce que vous pouvez faire ceci ou cela? ». Ce qui atteste une évidente méconnaissance de votre sujet.
- ensuite pour être en mesure de lui demander exactement ce qu'il faut, pour le solliciter à la limite de ses possibilités, pas au-delà.
- enfin pour induire activement le maintien et le développement de son autonomie individuelle.

### ***- L'utilisation des aides techniques disponibles :***

L'aide technique est ici un accessoire qui favorise la manutention. Il est admis de classer les aides techniques en plusieurs groupes :

- **les aides techniques manuelles** : les sangles, les bretelles, les bâches de manutention. Elles sont peu encombrantes, peu onéreuses...
- **les aides techniques fixes** : les barres d'appui, les potences au lit, les portiques.
- **les aides techniques mécanisées** : les soulève-personnes et chariots plats.

Toutes ces aides techniques présentent l'avantage d'aider à la manutention par l'appui que le patient peut y prendre. Elles facilitent la prise par et pour la tierce personne.

Elles rendent le port de charge réalisé efficace, voire performant, et cependant, il n'est pas rare de constater que dans bien des cas ces aides techniques ne sont pas utilisées.

### **II-2-2/ L'accessibilité :**

L'accessibilité est une obligation. En réalité, l'entrée en vigueur de cette obligation a nécessité un délai beaucoup plus important que prévu, les installations neuves ouvertes au public devant être accessibles aux personnes handicapées. Les installations existantes doivent être aménagées progressivement pour devenir accessibles. Fixant ainsi un délai aux établissements déjà existant recevant du public, comme par exemple les hôpitaux.

Pour étudier cette accessibilité, nous avons réalisé un cas concret.

Nous avons effectué le trajet d'un patient en fauteuil pour se rendre dans le service d'imagerie. Avec cette étude, il en ressort que :

- l'entrée de l'Hôpital est tout à fait accessible, avec des portes automatiques et un trottoir bas qui permet le passage en fauteuil roulant.
- On dénombre quatre places de parkings handicapées devant l'entrée de l'Hôpital.
- l'accueil central de l'Hôpital n'est pas adapté, puisqu'il est à hauteur d'une personne debout.
- le comptoir de l'accueil de la radiologie, tout comme celui de l'entrée principale, est trop haut.
- les couloirs pour accéder aux différentes salles de radiologie sont larges, facile d'accès pour les personnes en fauteuil
- les portes des salles radiologie sont larges, et donc ne gênent pas l'accès.

### **II-2-3/ Le matériel :**

Moyens de contentions pour faciliter la réalisation des examens sont :

- Cales en polystyrène.
- Mousses, qui permettent de caler le crâne de l'enfant et grâce à celles-ci on ne voit plus les gants plombés car elles ne sont plus au contact de la tête de l'enfant, et cela amène un confort pour l'enfant.
- Plaques en plastique radio transparente, elles permettent de maintenir à plat les mains et pieds des enfants.
- « Bandes » pour maintenir en position le patient pour la prise de cliché.
- Sacs remplis de sable et recouverts par du jersey, pour l'esthétique et le confort. Ils sont en forme de boudin pour caler les patients.
- Une table de Kiné utilisée pour faire les radios avec un tube qui se déplace, pour les radios en direct. Cette table est plus confortable, la hauteur de table varie.

## **Chapitre II : relation et moyens**

---

- Une boîte pour mettre les cassettes, on la met sous l'endroit à radiographier et après cela nous permet de changer les cassettes pour les différentes incidences en mobilisant au moins le patient.
- Des semelles en bois pour compenser la différence de hauteur lors des radios du rachis, du bassin.
- poulies.
- roller.
- table plus basse.
- plan incliné.
- brancard avec tiroir, pour les rachis.
- porte cassette, pour les profils.
- sangles, pour les radios debout.
- barres rondes le long du mur, pour que les patients se tiennent avec les mains.



*Partie*  
*Pratique*

## **I/ Méthodologie de recherche**

**I-1/** Pré enquête

**I-2/** Approche de l'étude

**I-3/** Lieu de l'enquête

**I-4/** Description du lieu de l'enquête

**I-5/**La population cible

## **II/ Méthode de recherche**

**II-1/**Outil de recherche

**II-2/**Validation du questionnaire

## **I/Méthodologie de recherche :**

Cette partie est consacré à l'exploration de la démarche méthodologique entreprise par nos soins pour mener notre étude portant sur l'impact de l'équipement RX sur la prise en charge des patients handicapés moteurs au niveau de service de radiologie polyclinique centrale \_BATNA\_.

**I-1/Pré enquête :** Faite sous forme d'interview.

Durant notre pré enquête nous avons cherché à savoir s'il existe des salles de radiologies conçues pour patients handicapés moteurs, pour faciliter leur prise en charge. Et nous avons appris qu'il n'existait pas au départ de table de radiologie construite spécialement pour les patients handicapés moteurs, mais jusqu'à présent les tables sont faites en fonction de l'ergonomie de spécialité.

Il n'existe aucun moyen de contention ou des accessoires qui aides à la marche.

**I-2/Approche de l'étude :**

Les objectifs que nous sommes assignés pour la réalisation de notre mémoire, nous avons utilisé la méthode descriptive.

**I-3 /Lieu de l'enquête :**

Il est essentiel de préciser où se déroule l'enquête, l'étude a été effectuée à polyclinique centrale de BATNA.

**I-4/Description du lieu de l'enquête :**

Le service radiologique de polyclinique est composé de :

- ✓ 01 salle radiologique d'examen qui contient un bureau
- ✓ 01 chambre noire

**I-5/La population cible :**

On appelle population cible l'ensemble des personnes concernées par le sujet dans notre cas notre population cible est l'ensemble des manipulateurs.

Nous avons axé notre travail de recherche au niveau du service de radiologie à la polyclinique centrale avec : 03 manipulateurs exerçant au niveau de même service:

- 01 chef service.
- 02 manipulateurs principaux.

Par contre les autres manipulateurs au nombre de 09 qui ont exercé au même service on les retrouver affecter à d'autres services de radiologie et qui ont participé à notre travail.

**I-6/Période de recherche :**

L'enquête est réalisée dans son ensemble durant la période de notre stage pendant deux mois (mars et avril).

## **II/Méthode de recherche :**

### **II-1/Outil de recherche :**

Elle repose essentiellement sur le questionnaire qu'il consiste à poser à un ensemble des répondants représentatifs d'une population cible, nous avons élaborés un formulaire de questionnaire destiné aux manipulateurs du service de radiologie de polyclinique centrale de BATNA formé par 17 questions.

### **Définition du questionnaire selon la rousse :**

Liste des questions aux quelles on doit répondre.

### **II-2/Validation du questionnaire :**

Le questionnaire a été validé par 04 enseignants de l'institut de formation supérieure paramédicale :

M: YEKHLEF .A.A /PEPM

M: AMEZIENE.DJ /PEPM

M: LAKEHL.H /PEPM

M: SOUIHER /IDE

Les Remarque principales furent les suivantes:

- Reformulation des questions.
- Correction des fautes d'orthographe.

Dans notre enquête on a utilise 03 types de questions :

- questions ouvertes.
- questions fermés.
- questions à choix multiples (Q.C .M)

Nous avons élaborés notre questionnaire vis-à-vis d'un but qui dépend d'une façon directe ou indirecte de notre étude afin d'affirmer ou d'infirmer les hypothèses.

Le questionnaire a été distribue le : 15/04/2012

Le questionnaire a été collecté le : 19/04/2012

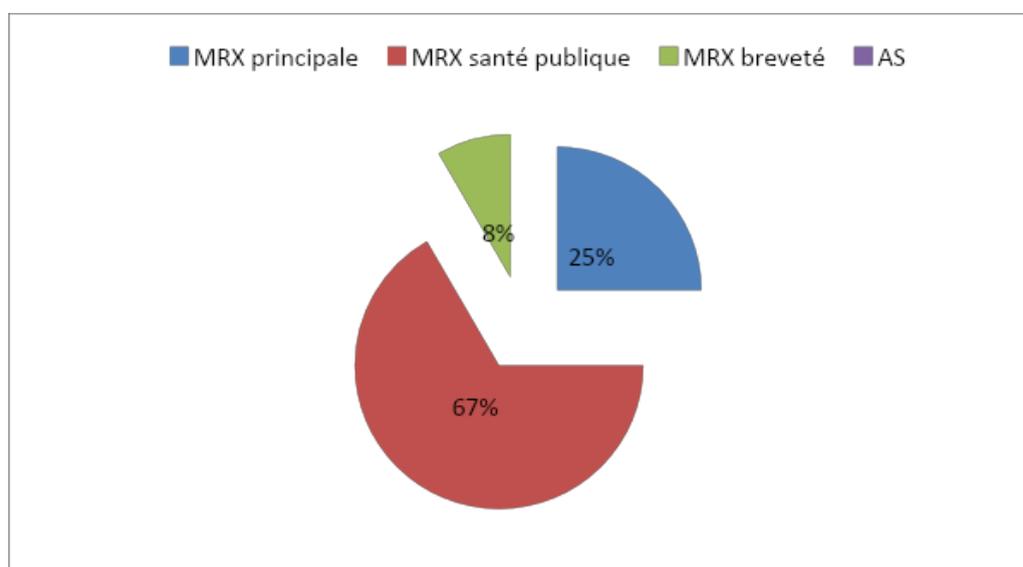
**III/Analyse et représentation des données:**

**Identification des personelles :**

**Tableau(01) : répartition selon le grade :**

Réponse	Fréquence	pourcentage
MRX principale	03	25%
MRX santé publique	08	66,66%
MRX breveté	01	8,33%
AS	00	0,00%
<b>Totale</b>	<b>41,66%</b>	<b>100%</b>

**Représentation graphique du Tableau(01)**



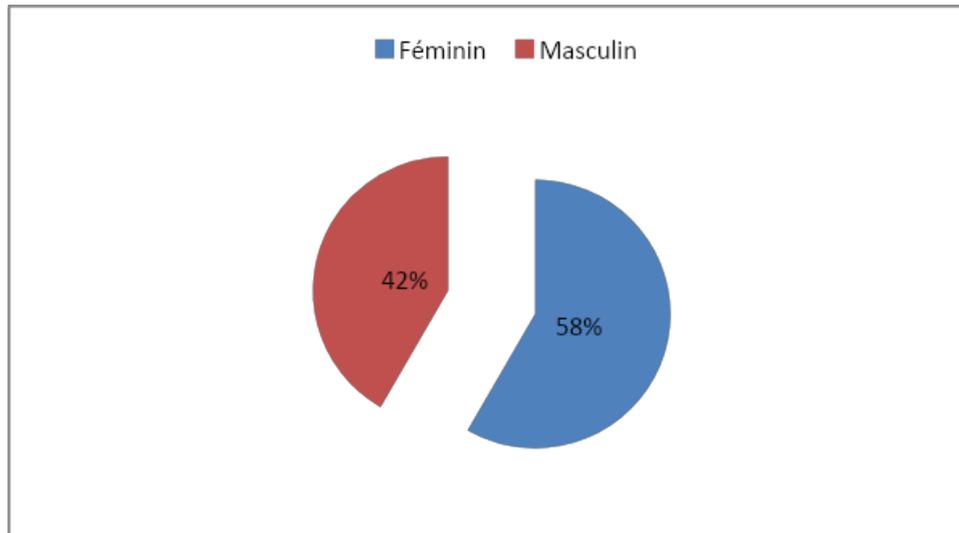
**Commentaire :**

Parmi les résultats obtenus nous avons constaté que 67% de notre population est de grade MRX santé publique, 25% MRX principale et 08% MRX breveté.

**Tableau(02) : répartition selon le sexe :**

Réponse	Fréquence	pourcentage
Féminin	7	58,34%
Masculin	5	41,66%
<b>Totale</b>	<b>41,66%</b>	<b>100%</b>

**Représentation graphique du Tableau(02)**



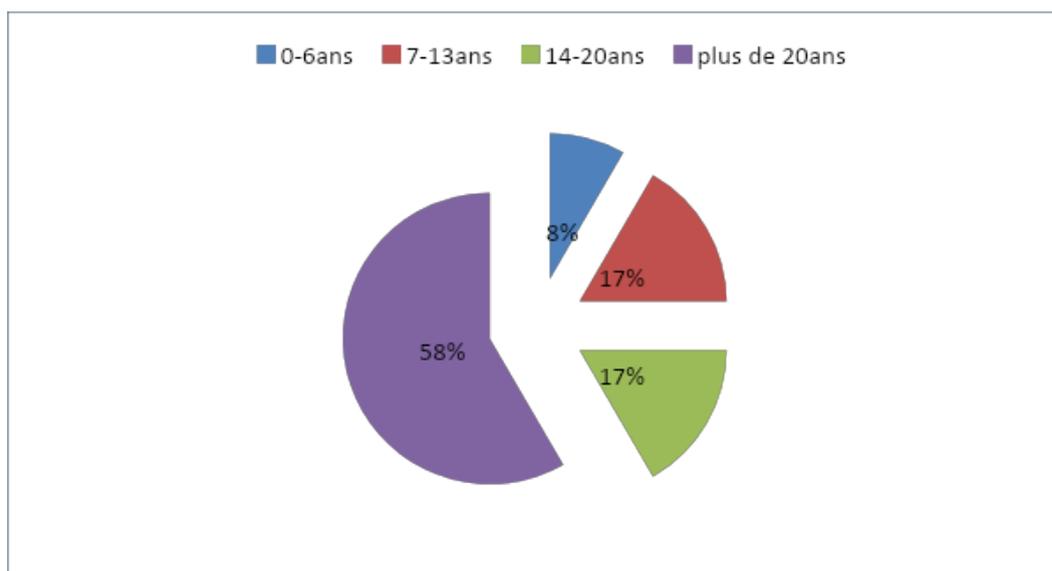
**Commentaire :**

Parmi les résultats obtenus nous avons constaté que 58% de notre population est de sexe masculin contrairement à 42% % qui sont de sexe féminin.

**Tableau(03) :** répartition selon L'ancienneté dans le domaine

L'ancienneté dans le domaine	Fréquence	Pourcentage
0-6 ans	1	8,33%
7-13 ans	2	16,66%
14-20 ans	2	16,66%
Plus de 20 ans	7	58,33%
<b>Totale</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>

**Représentation graphique du Tableau(03)**



**Commentaire :**

58% des personnes interrogées ont une ancienneté de plus de 20 ans, 17 % à ceux qui ont une ancienneté entre (7 -20) ans et 8% sont des personnes qui ont une ancienneté de (0-6) ans.

**LES QUESTIONS :**

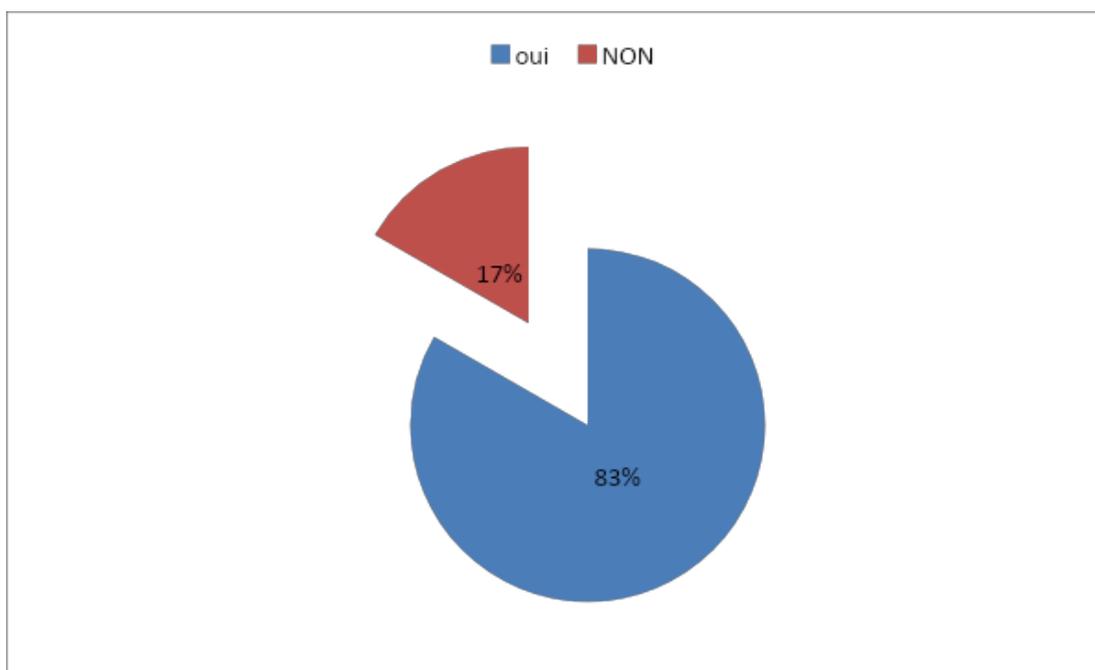
**La question N° 01:**

**Êtes-vous amené à travailler avec des patients handicapés dans votre service ?**

**Tableau (04) :**

Réponses	Fréquence	Pourcentage
Oui	10	83,33%
Non	2	16,67%
<b>Totale</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>

**Représentation graphique du Tableau(04)**



**Interprétation :**

D'après la graphie de N°04 les réponses obtenus sont :

83% ont répondu oui .

17% ont répondu non.

**Commentaire :**

La plupart des manipulateurs ont affirmés qu'ils amènent à travailler avec des patients handicapés dans le service radiologique.

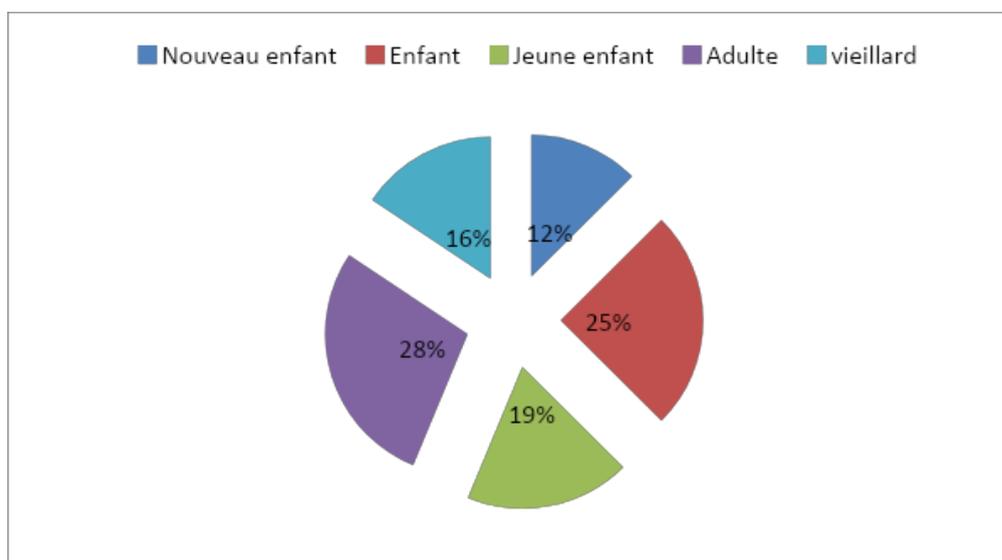
**La question N° 02 :**

Quelles sont les tranches d'âge de patients handicapés moteurs que vous avez rencontré durant votre travail ?

**Tableau(05) :**

Réponses	Fréquence	Pourcentage
Nouveau né	4	12.50%
Enfant	8	25.00%
jeune-enfant	6	18.75%
Adulte	9	28.13%
vieillard	5	15.63%
<b>Totale</b>	<b>32</b>	<b>100%</b>

**Représentation graphique du Tableau(05)**



**Commentaire :**

D'après les résultats obtenus :

12.50% des patients sont des nouveaux nés. ,25.00%des patients sont des Enfant.

18.75% des patients sont des jeune-enfant., 28.13%% des patients sont des Adultes.

15.63% des patients sont des vieillards.

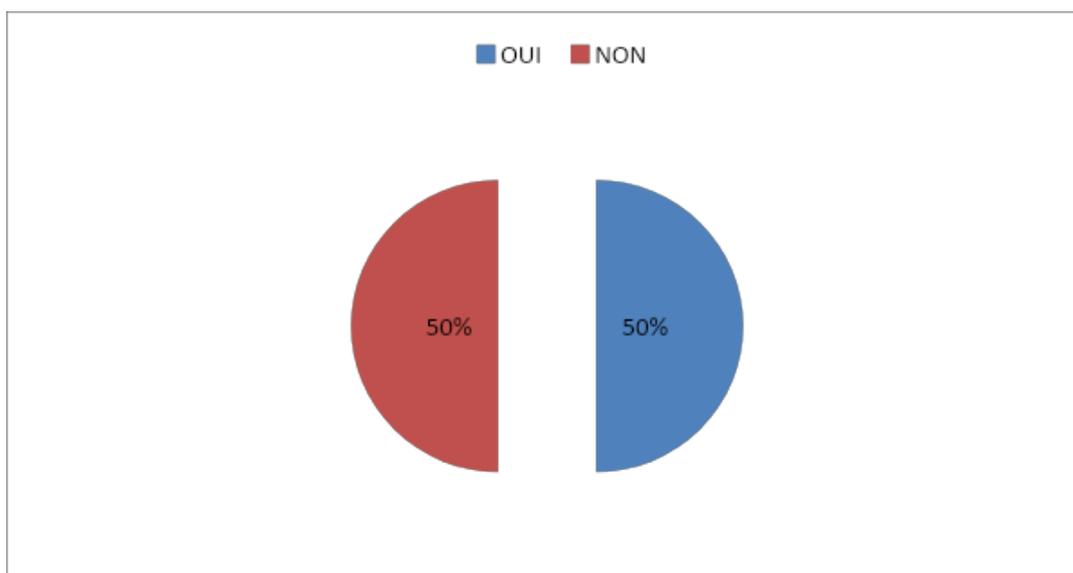
**La question N° :03**

Connaissez-vous les façons de positionnement d'un handicap moteur sur la table de l'examen ?

**Tableau(06):**

Réponses	Fréquence	Pourcentage
OUI	6	50%
NON	6	50%
<b>Totale</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>

**Représentation graphique du Tableau(06)**



**Interpritation :**

D'après la graphie N°06 les réponses obtenus sont:

50% ont répondu oui .

50% ont répondu non.

**Commentaire :**

Au sujet des façons de positionnements d'un handicap moteur sur la table de l'examen la moitié des manipulateurs sont les connaissent.

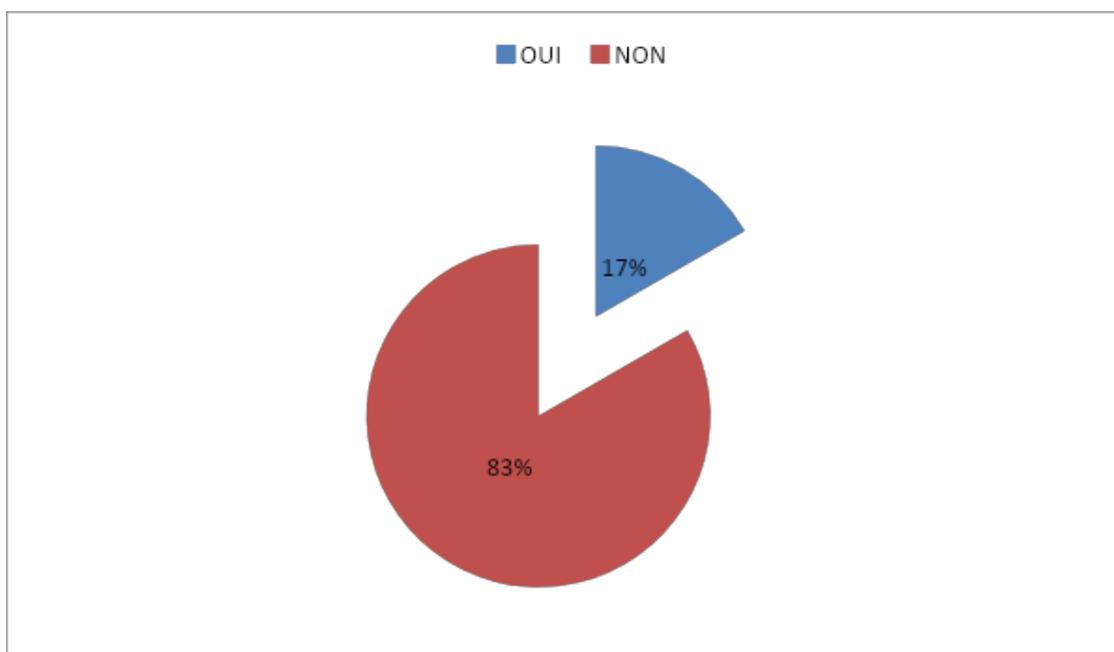
**La question N°04 :**

**Avez-vous assisté à une communication concernant les normes et les modes d'exécution des techniques de manipulation d'un sujet handicapé moteur ?**

**Tableau(07) :**

Réponses	Fréquence	Pourcentage
OUI	2	16,67%
NON	10	83,33%
<b>Totale</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>

**Représentation graphique du Tableau(07)**



**Commentaire :**

On a constatés après l'interprétation du tableau N°07que 16,67% des manipulateurs assistent à une communication concernant les normes et les modes d'exécution des techniques de manipulation d'un sujet handicapé moteur, que 83,33% des manipulateurs n'assistent à aucune communication concernant ces normes .

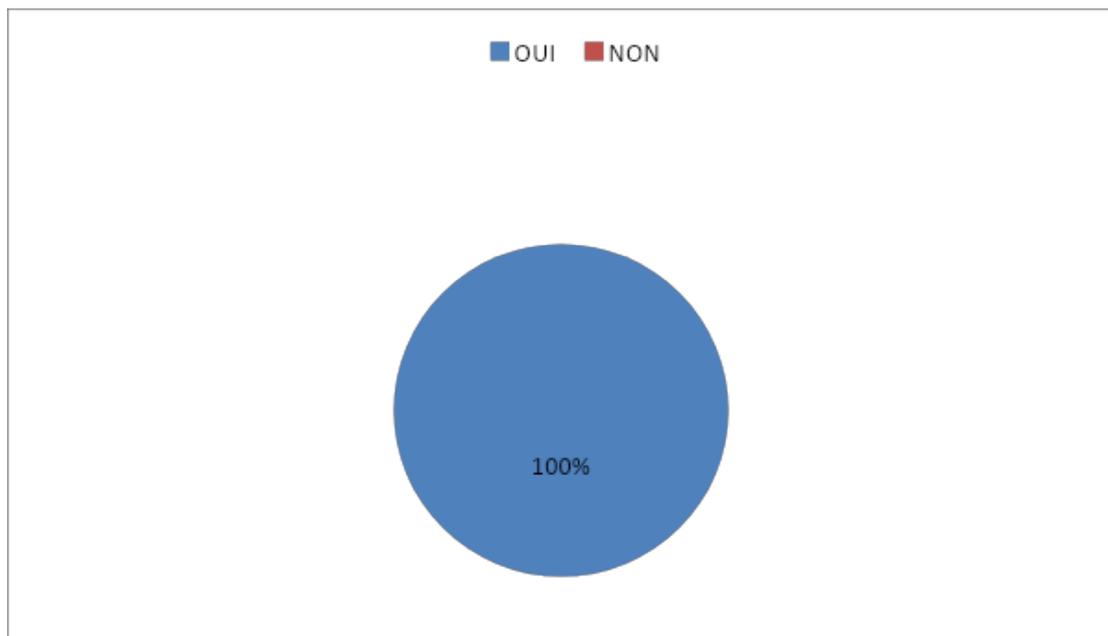
**La question N°05 :**

**Avez-vous plus de difficultés à les prendre en charge sur le plan physique ?**

**Tableau(08) :**

Réponses	Fréquence	Pourcentage
OUI	12	100%
NON	0	0%
<b>Totale</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>

**Représentation graphique du Tableau(08)**



**Commentaire :**

Tous les manipulateurs ont de difficultés à prendre en charge les patients handicapés sur le plan physique.

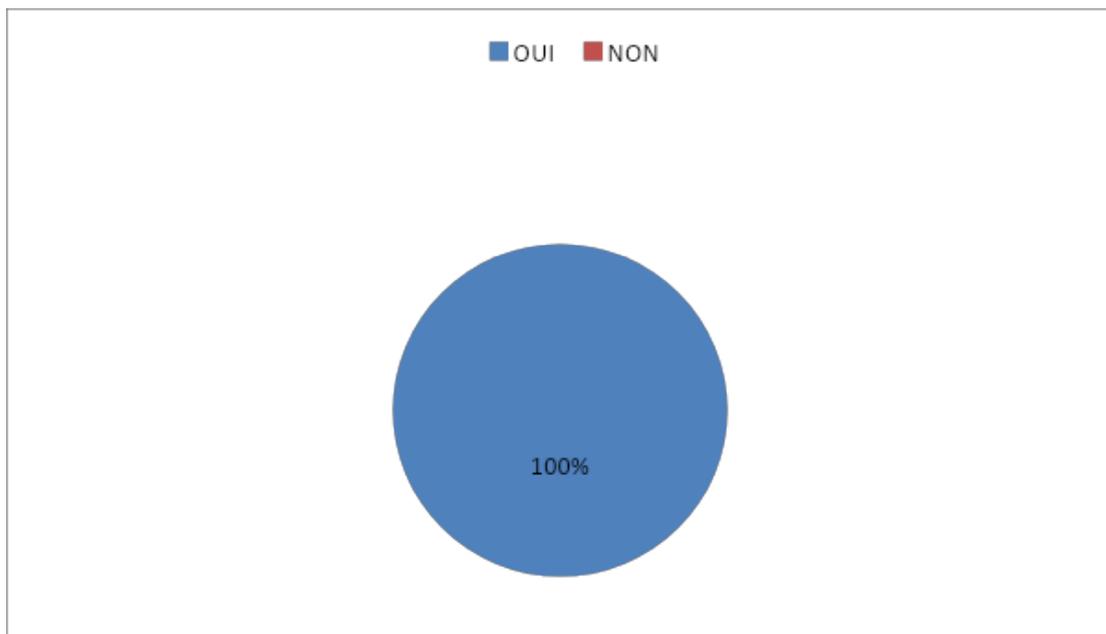
**La question N°06 :**

Etes-vous sensible à leur prise en charge?

**Tableau(09):**

Réponses	Fréquence	Pourcentage
OUI	12	100%
NON	0	0%
<b>Totale</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>

**Représentation graphique du Tableau(09)**



**Commentaire :**

La totalité de la population ont confirmé qu'ils sont sensibles à la prise en charge des patients handicapés.

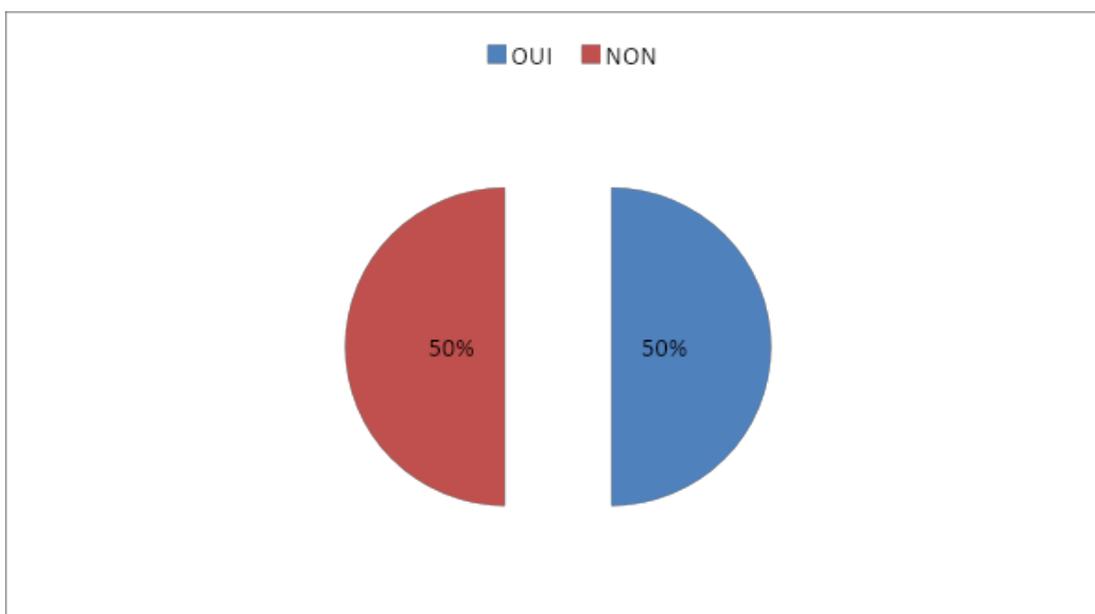
**La question N°07 :**

- Est-il important pour vous de connaître l'origine de l'handicap pour ne pas lui demander ce qu'il ne peut pas faire ?

**Tableau(10) :**

Réponses	Fréquence	Pourcentage
OUI	6	50%
NON	6	50%
<b>Totale</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>

**Représentation graphique du Tableau(10)**



**Interpritation :**

D'après la graphie N°10 les réponses on étaient connue sont :

50% ont répondu oui .

50% ont répondu non

**Commentaire :**

La moitié des manipulateurs désignent qu'il n'est pas important de connaitre l'origine de l'handicap.

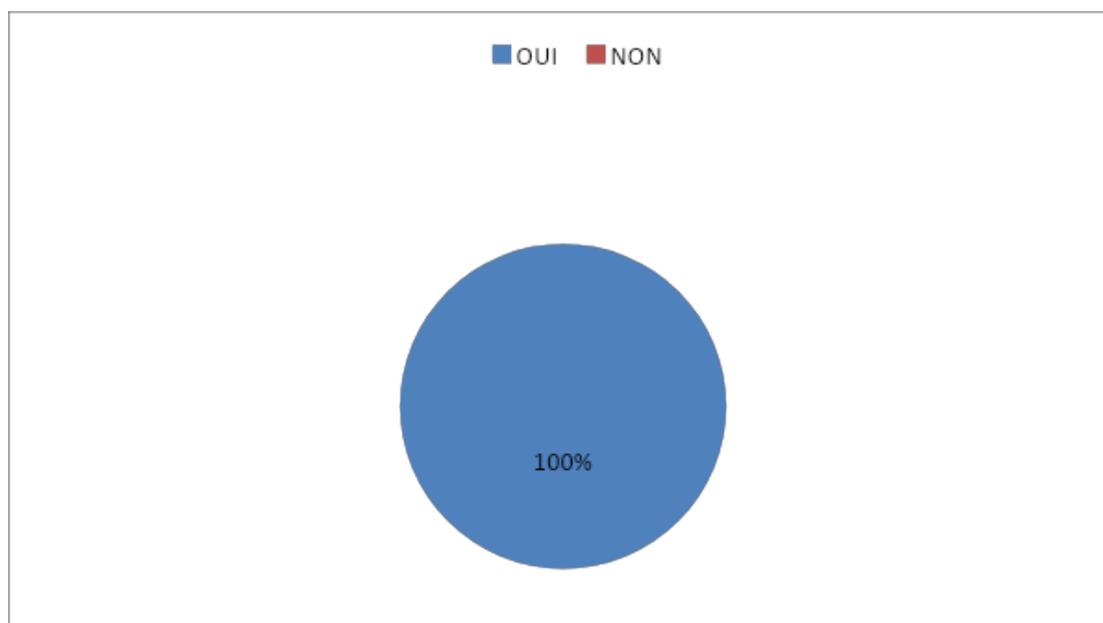
**La question N°08 :**

**Aimeriez-vous avoir une formation complémentaire adaptée pour vous former aux façons et aux moyens de la prise en charge des patients handicapés moteurs ?**

**Tableau(11) :**

Réponses	Fréquence	Pourcentage
OUI	12	100%
NON	0	0%
<b>Totale</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>

**Représentation graphique du Tableau(11)**



**Commentaire :**

Tous les manipulateurs vont suivre une formation complémentaire.

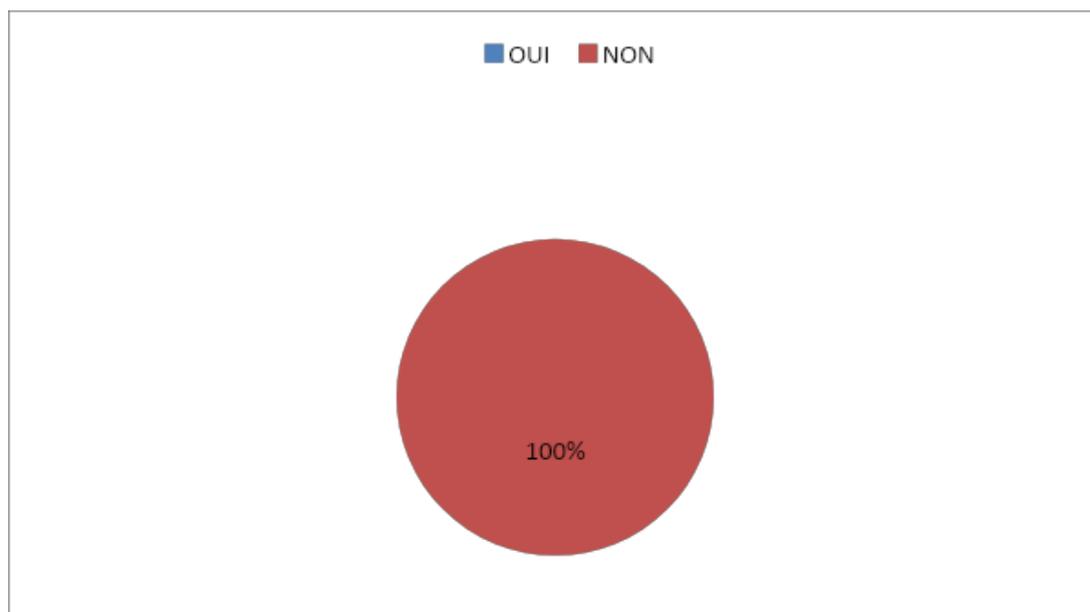
**La question N°09:**

- Pensez-vous que votre service est adapté aux personnes handicapés moteurs ?

**Tableau(12):**

Réponses	Fréquence	Pourcentage
OUI	0	0%
NON	12	100%
<b>Totale</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>

**Représentation graphique du Tableau(12)**



**Commentaire :**

Aucun des manipulateurs dit que son service est adapté aux patients handicapés.

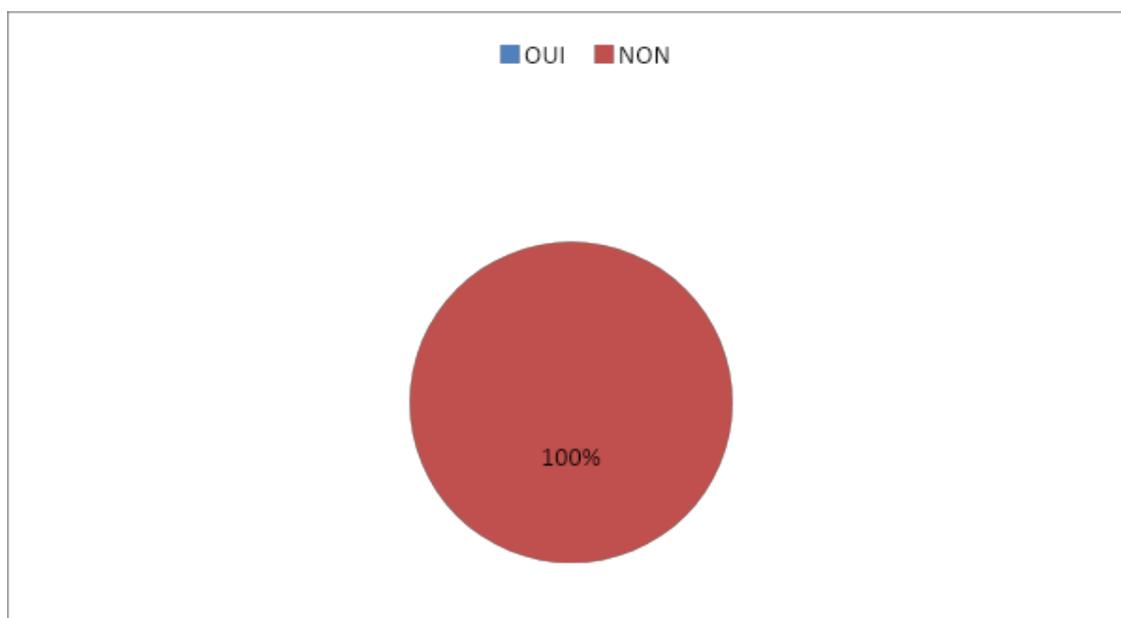
**La question N°10:**

**Avez-vous du matériel particulier destiné spécialement pour les patients handicapés moteurs?**

**Tableau(13):**

Réponses	Fréquence	Pourcentage
OUI	0	0%
NON	12	100%
<b>Totale</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>

**Représentation graphique du Tableau(13)**



**Commentaire :**

Tous les manipulateurs répondus qu'il n'existe pas de matériel particulier destiné spécialement pour les patients handicapés moteurs.

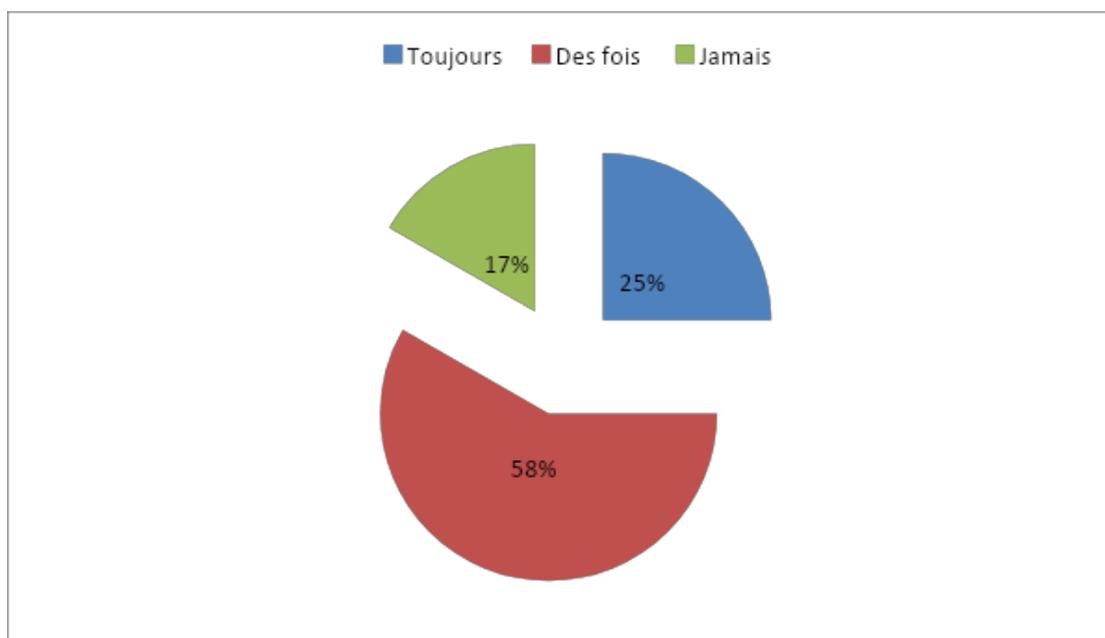
**La question N°11 :**

**Les radiographies demandées sont-elle toujours en relation avec l’handicap ?**

**Tableau(14):**

Réponses	Fréquence	Pourcentage
Toujours	3	25%
Des fois	7	58,33%
Jamais	2	16,67%
<b>Totale</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>

**Représentation graphique du Tableau(14)**



**Interprétation :**

D’après la graphie N°14 les réponses obtenus sont:

58% ont répondu des fois .

25% ont répondu toujours .

17% ont répondu jamais.

**Commentaire :**

La majorité des manipulateurs affirment que les radiographies demandées sont des fois en relation avec l’handicap.

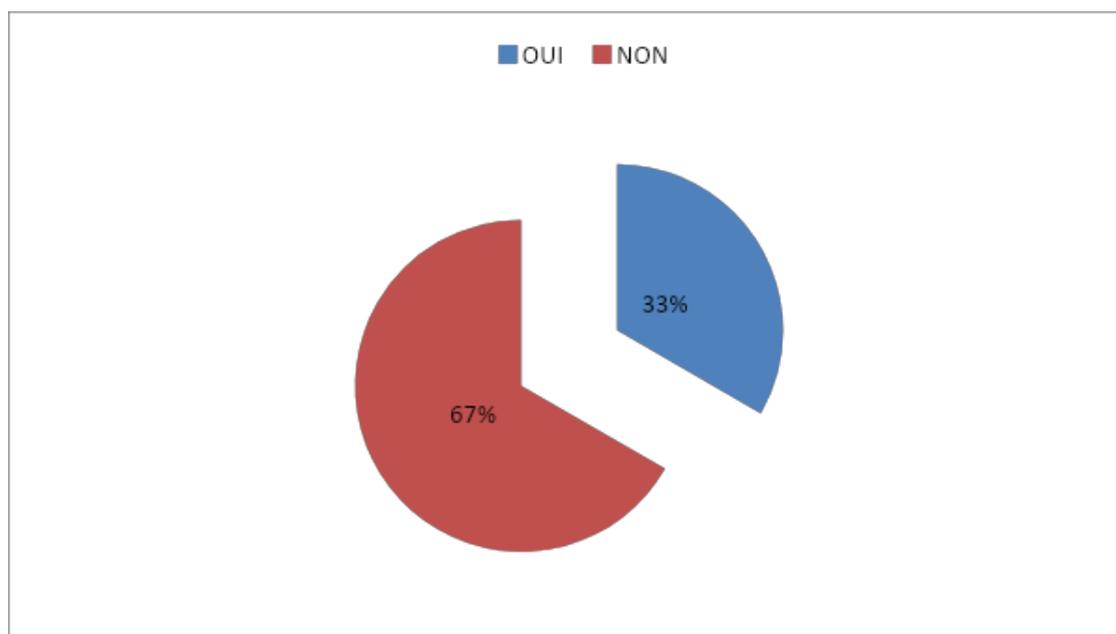
**La question N°12 :**

- Y-a-t'il des manipulations spécifiques ?

**Tableau(15):**

Réponses	Fréquence	Pourcentage
OUI	04	33,33%
NON	08	66,67%
<b>Totale</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>

**Représentation graphique du Tableau(15)**



**Interprétation :**

D'après la graphie N°15 les réponses obtenus sont :

67% ont répondu non.

33% ont répondu oui .

**Commentaire :**

La majorité des manipulateurs répondu qu'il n'ya pas de manipulation spécifique.

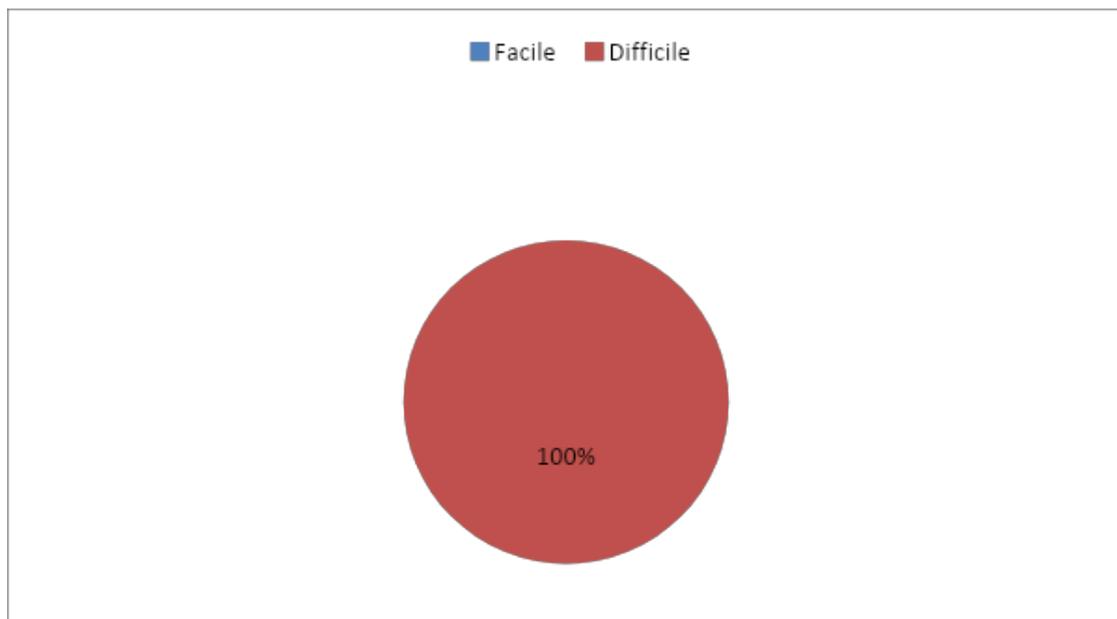
**La question N°13 :**

- Comment est-il La manipulation ?

**Tableau(16):**

Réponses	Fréquence	Pourcentage
Facile	00	00%
Difficile	12	100%
<b>Totale</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>

**Représentation graphique du Tableau(16)**



**Commentaire :**

D'après les résultats obtenus de cette question tous les manipulateurs répondus que la manipulation est difficile.

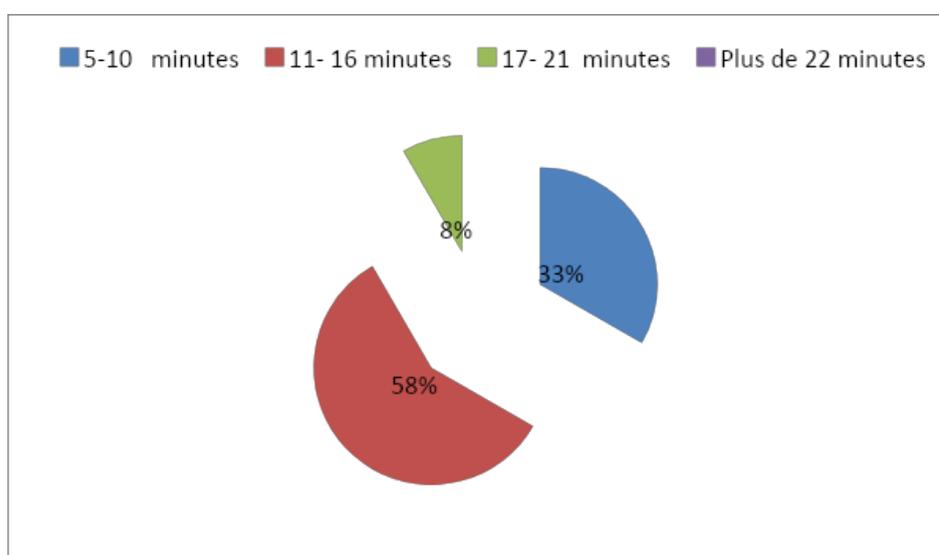
**La question N°14:**

**Quelle est la durée pour faire un cliché d'un handicapé moteur ?**

**Tableau(17):**

Réponses	Fréquence	Pourcentage
5-10 minutes	4	33,33%
11- 16 minutes	7	58,33%
17- 21 minutes	1	08,34%
Plus de 22 minutes	0	00%
<b>Totale</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>

**Représentation graphique du Tableau(17)**



**Interprétation :**

D'après la graphie N°17 les réponses on étaient connue sont :

58% ont répondu 11- 16 minutes.

33% ont répondu 5-10 minutes.

09% ont répondu 17- 21 minutes

**Commentaire :**

On a constaté que la majorité des manipulateurs prendre de 11- 16 minutes a un pourcentage élevés de 58% .et la minorité des manipulateurs prendre entre 17-21minutes a un pourcentage faible de 09%.

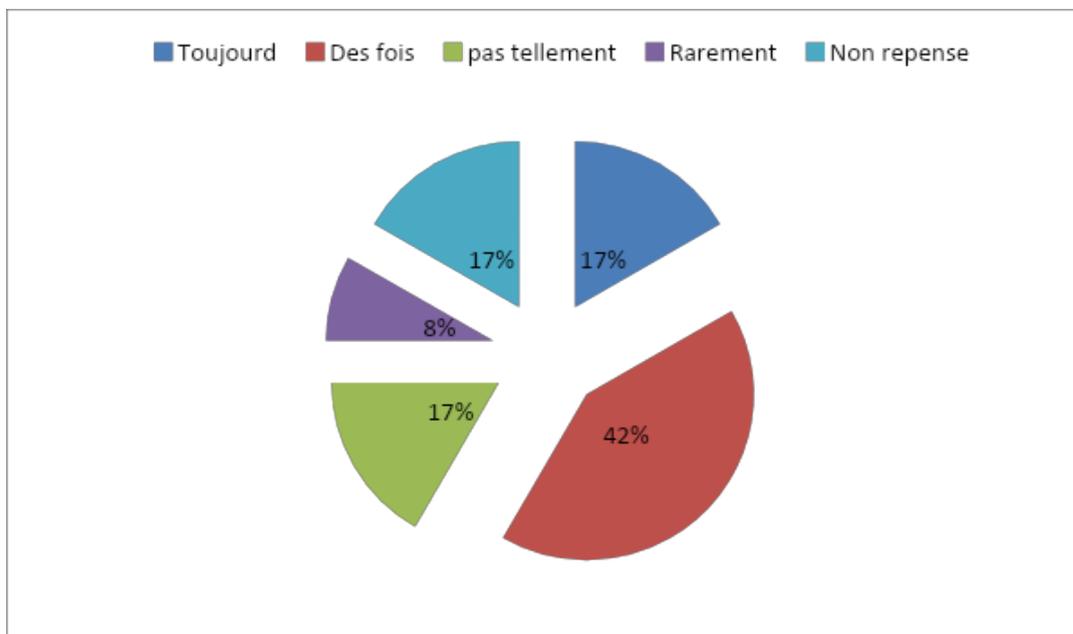
**La question N°15 :**

**Est-ce-que les clichés réalisés sont de bonne qualité ?**

**Tableau(18) :**

Réponses	Fréquence	Pourcentage
Toujours	02	16,67%
Des fois	05	41,66%
Pas tellement	02	16,67%
Rarement	01	08,33%
Non réponse	02	16,67%
<b>Totale</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>

**Représentation graphique du Tableau(18)**



**Commentaire :**

17% des manipulateurs, leurs réponses étaient : Toujours

41% ont répondu que les clichés réalisés sont des fois de bonne qualité.

17% des manipulateurs ont répondu que les clichés réalisés ne sont pas tellement de bonne qualité.

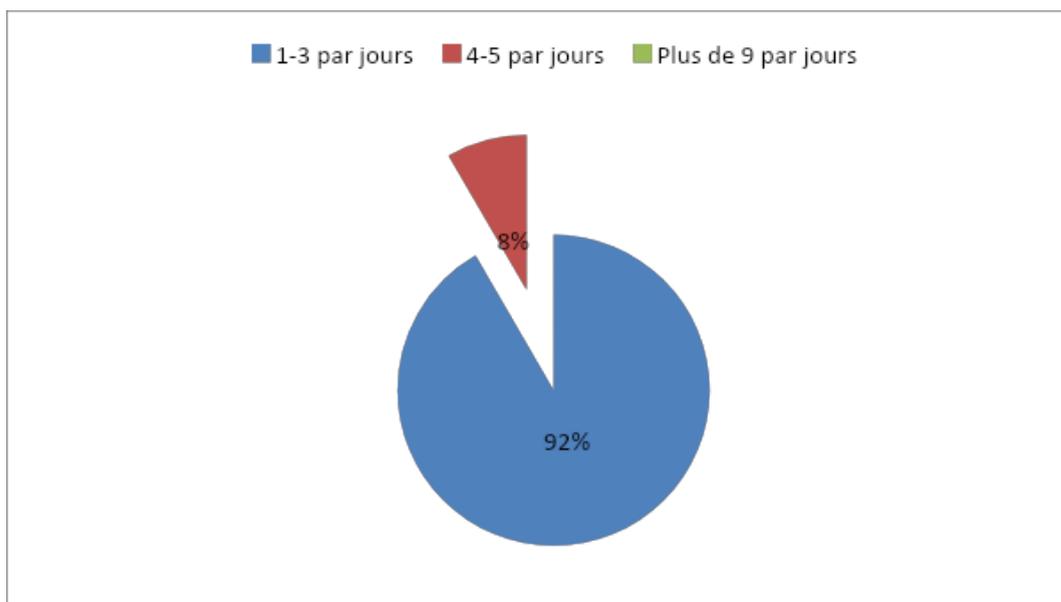
**La question N°16:**

**Selon vous combien de clichés qui refait par jour ?**

**Tableau(19):**

Réponses	Fréquence	Pourcentage
1-3 par jours	11	91,66%
4-5 par jours	01	08,34%
Plus de 9 par jours	00	00%
<b>Totale</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>

**Représentation graphique du Tableau(19)**



**Interprétation :**

D'après la graphie N°19 les réponses on étaient connue sont :

92% ont répondu 1-3 par jours.

08% ont répondu 4-5 par jours.

Aucune réponse sur le choix Plus de 9 par jours.

**Commentaire :**

La majorité des manipulateurs affirment que le nombre des clichés refait par jours est entre (1-3) par jours.

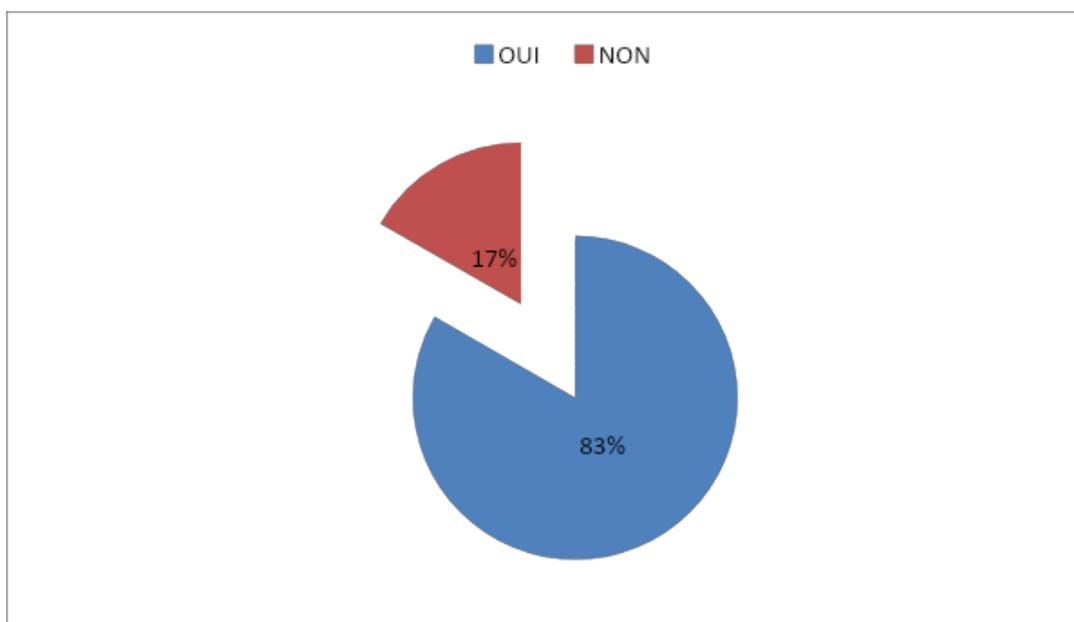
**La question N°17 :**

**Les clichés sont ils refont à cause de l'immobilité de l'handicapé moteur?**

**Tableau(20) :**

Réponses	Fréquence	Pourcentage
OUI	10	83,33%
NON	02	16,67%
<b>Totale</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>

**Représentation graphique du Tableau(20)**



**Commentaire :**

Les réponses des manipulateurs se répartissent comme suite :

La majorité estime que les clichés sont refaits à cause de l'immobilité de l'handicapé moteur, mais 17 % estiment que les clichés sont pas refaits à cause l'immobilité de l'handicapé moteur.

## **Synthèse générale:**

D'après l'analyse des données illustrant notre objectif nous synthétisons ces données en confirmant nos hypothèses sur :

- ✓ Le manque de moyens adaptés au handicapé moteur.
- ✓ Le service radiologique ne répond pas aux besoins de l'handicapé moteur.
- ✓ La relation soignant-soigné n'est pas respecté si le personnel soignant n'est pas à l'écoute de la personne handicapée moteur alors le patient repartira avec une mauvaise impression. Mais cette même écoute du personnel soignant est dépendante de chaque personne, du caractère, de l'implication et de son expérience professionnel.

## **Conclusion**

Grâce à notre étude du terrain, et nos diverses recherches théoriques, nous avons pu confirmer et contester les différentes questions émises en début de ce mémoire professionnel.

Malgré les diverses recherches que nous avons pu réaliser nous sommes conscients qu'il y a des sujets que nous n'avons pas pu aborder. Par exemple, le fait qu'il n'y ait pas beaucoup de manipulateurs qui travaillent en permanence avec des patients handicapés moteurs a limité notre nombre de questionnaire. De plus, nous aurions aimé avoir plus d'information.

Tout d'abord, nous avons trouvé qu'il n'y a pas un manipulateur qui connaît bien le milieu du handicap et qui est donc plus à l'aise avec ces patients et les considère comme des personnes à part entière et non comme une personne en fauteuil roulant (à mobilité réduite)

Ensuite, au cours de l'avancée de notre mémoire professionnel nous nous sommes rendu compte que les moyens améliorent la prise en charge du patient, en effet on aura beau avoir tous les moyens existants. La première approche est très importante, puisque celle-ci amorcera tout le déroulement de l'examen, mais dans le service de radiologie elle peut être bâclée du fait de la méconnaissance du milieu de l'handicap. Concrètement, avant les rencontres que nous avons faites pendant notre étude du terrain, nous ne nous étions jamais dit que la personne handicapée moteur pouvait se mobiliser seule, et c'est donc la première chose à demander au patient quand il arrive, il ne faut pas lui enlever son autonomie.

De plus, nous croyons que si le manipulateur avait eu des formations pour travailler dans le milieu des handicapés, et ce n'est pas le cas, il ne serait pas obligé d'attendre d'acquérir un minimum d'expérience afin d'appréhender au mieux la relation au patient handicapé moteur.

## **Suggestions**

Après notre étude nous remarquons à quel point l' handicapé souffre de la situation actuelle de ce service de radiologie.

De se fait nous proposons:

- l'implantation d'un service radiologique spécialisé avec un accès aménagé et doté de matériel comprenant les moyens nécessaires pour l'exploration radiologique des handicapés moteurs.
- Dans le cas où cette implantation ne peut se réaliser, utiliser des moyens comme (cales, plaque en plastique, une table de Kiné avec un tube qui déplace...etc.).
- Suivre une formation complémentaire concernant la prise en charge des handicapés moteurs.
- Introduire des cours spécifiques dans le programme des futures manipulateurs concernant la prise en charge des handicapés moteurs sur le plan physique et le plan psychologique.



# ***ANNEXES***

## **Questionnaire :**

### **INSTITUT NATIONAL DE FORMATION PARAMEDICALE**

Dans le cadre de l'élaboration de notre mémoire de fin d'étude pour l'obtention du diplôme de manipulateur en radiologie diplôme d'état nous vous présentons ce questionnaire afin de nous aider à enrichir notre travail.

**Thème :** l'impact de l'équipement RX sur la prise en charge des patients handicapés moteurs au niveau de service de radiologie polyclinique centrale \_BATNA\_

Effectue à la polyclinique centrale :

### **Directives :**

En face des questions comportant des propositions de réponses vous choisissez celle qui correspond à votre opinion.

Pour les questions sans proposition vous répondez directement dans l'espace prévu à cet effet.

Le pourquoi à la fin de certaines questions vous permet de justifier votre réponse

La sincérité de vos réponses à ces questions est le garant de la réussite de notre mémoire

Nous vous remercions de votre collaboration



**La question N° 06:**

**Etes-vous sensible à leur prise en charge?**

\*Oui \*Non

**La question N° 07:**

**Est-il important pour vous de connaître l'origine de l'handicap pour ne pas lui demander ce qu'il ne peut pas faire ?**

\*Oui \*Non

**La question N° 08:**

**Aimeriez-vous avoir une formation complémentaire adaptée pour vous formez aux façons et aux moyens de la prise en charge des patients handicapés moteurs ?**

\*Oui \*Non

**♣ *Moyens :***

**La question N° 09:**

**Pensez-vous que votre service est adapté aux personnes handicapés moteurs ?**

\*Oui \*Non

**La question N° 10:**

**Avez-vous du matériel particulier destiné spécialement pour les patients handicapés moteurs?**

\*Oui \*Non

**La question N° 11:**

**Les radiographies demandées sont-elle toujours en relation avec l'handicap ?**

\*Oui \*Non

**♣ *La manipulation***

**La question N° 12:**

**Y-a-t'il des manipulations spécifiques ?**

\*Oui \*Non

**La question N° 13:**

**Comment est-il La manipulation ?**

.....  
.....

♣ *le temps :*

**La question N° 14:**

**Quelle est la durée pour faire un cliché d'un handicapé moteur ?**

- \*5-10 minutes                      \*17- 21 minutes  
\*11- 16 minutes                      \*Plus de 22 minutes

♣ *Les clichés réalisés*

**La question N° 15:**

**Est-ce-que les clichés réalisés sont de bonne qualité ?**

- \*Toujours                              \* Pas tellement  
\*Des fois                                \*Rarement

**La question N° 16:**

**Selon vous combien de clichés qui refait par jour ?**

- \*1-3 par jours  
\*4-5 par jours  
\*Plus de 9 par jours

**La question N° 17:**

**Les clichés sont ils refont à cause de l'immobilité de l'handicapé moteur?**

- \*Oui  
\*Non

## ***Bibliographie***

- Larousse, édition 2008.
- Garnier et Delamare, « **le dictionnaire des termes de Médecine** », édition Maloine, Paris. 1989
- Jean-François Ravaux Les aspects sociaux du handicap. Année 2000.
- Bulletin d'Education du patient, de la communication et de la relation. Volume 17, n°1, Avril 1998.
- Journal officiel de la république algérienne démocratique et populaire Conventions et accords internationaux - lois et décrets Arretes, decisions, avis, communications et annonces **(Traduction française), N34, 41ème Année, Mardi Aouel Rabie El Aouel 1423, Correspondant au 14 mai 2002.**
- M'hamed H, 'Les associations des handicapés moteurs se rencontrent à Tipaza', *El Watan*, 11 mars 2006.
- Mohamed Touati (2004), **L'Algérie signe la convention internationale**, *L'Expression*, 01 avril 2007.
- Zineb Amina Maiche, 'Personnes handicapées', *El Watan*, 15 Octobre 2006.
- Lakehal, **La relation d'aide (la relation de Carles Rogers), exposé 2010.**

## ***Webographie***

- Fédération des associations des handicapés moteurs : **[http://www. Fahm .dz](http://www.Fahm.dz)**.
- Organisation mondiale de la santé – OMS « World Health Organization – WHO » : **<http://www.who.int>**.
- Organisation mondiale des personnes handicapées : **<http://www.unaphac.com>**.
- Organisation Nationale de la Santé : **[http://www.ONS. Dz](http://www.ONS.Dz)**.