

**PHILIPPE CAMBERLEIN**

# **POLITIQUES ET DISPOSITIFS DU HANDICAP EN FRANCE**

— 5<sup>e</sup> édition

- **Législation**
- **Politiques publiques**
- **Établissements et services**

**A  
I  
D  
E  
—  
M  
É  
M  
O  
I  
R  
E**

**DUNOD**

**NOUS NOUS ENGAGEONS EN FAVEUR DE L'ENVIRONNEMENT :**



Nos livres sont imprimés sur des papiers certifiés pour réduire notre impact sur l'environnement.



Le format de nos ouvrages est pensé afin d'optimiser l'utilisation du papier.



Depuis plus de 30 ans, nous imprimons 70% de nos livres en France et 25% en Europe et nous mettons tout en œuvre pour augmenter cet engagement auprès des imprimeurs français.



Nous limitons l'utilisation du plastique sur nos ouvrages (film sur les couvertures et les livres).

© Dunod, 2024  
11, rue Paul Bert, 92240 Malakoff  
[www.dunod.com](http://www.dunod.com)  
ISBN 978-2-10-086912-1

## Sommaire

<i>Avant-propos</i>	V
<b>1</b> Les politiques publiques	1
<b>2</b> Les définitions du handicap	7
<b>3</b> Les différentes déficiences	19
<b>4</b> Les personnes handicapées en France	31
<b>5</b> Les associations représentatives	47
<b>6</b> Objectifs et principes généraux de la loi du 11 février 2005	55
<b>7</b> Coordination, planification, évaluation et allocation de moyens	63
<b>8</b> La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie	75
<b>9</b> L'agence régionale de santé (ARS)	83
<b>10</b> La Maison départementale des personnes handicapées	91
<b>11</b> La Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées	103
<b>12</b> Prestation de compensation et allocation d'éducation	107
<b>13</b> Les ressources de la personne handicapée adulte	117

<b>14</b>	La protection sociale des personnes handicapées	125
<b>15</b>	Scolarité et formation des enfants et adolescents	133
<b>16</b>	L'emploi et la formation professionnelle des personnes handicapées	157
<b>17</b>	Les établissements et services pour enfants et adolescents handicapés	171
<b>18</b>	Les établissements et services médico-sociaux pour adultes handicapés	193
<b>19</b>	Les professionnels intervenant auprès des personnes handicapées	211
<b>20</b>	L'accessibilité (cité, logement, travail, culture, sports et loisirs)	229
<b>21</b>	La protection de la personne handicapée	241
<b>22</b>	Pour aller plus loin...	271
	<i>Bibliographie</i>	283
	<i>Sigles</i>	301
	<i>Index</i>	303
	<i>Table des matières</i>	307

## Avant-propos

**LE PRÉSENT OUVRAGE** a été conçu comme un guide de lecture des principales dispositions concernant la politique publique à l'adresse des personnes handicapées. Cette politique a été largement redéfinie par la *loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*.

Cette loi, partant du bilan de la *loi d'orientation du 30 juin 1975 relative aux personnes handicapées*, a résolument situé la personne handicapée comme devant bénéficier des mêmes droits et de la même vie sociale que toute autre personne, ceci, quel que soit son degré de *limitation d'activité*. Pour cela, s'appuyant sur un principe confirmé de *solidarité* de la nation à l'adresse des personnes handicapées, la loi du 11 février 2005 consacre deux principes majeurs :

- *l'accessibilité* de la cité, c'est-à-dire un environnement général physique, technique et humain permettant un accès réel aux services, à la vie sociale, professionnelle, culturelle, etc. ;
- *la compensation* des conséquences du handicap par des aides personnalisées, humaines, techniques ou des aménagements divers permettant à la personne de conserver ou de gagner toute l'autonomie possible.

C'est à ce prix que les principes de *non-discrimination* et *d'inclusion* peuvent trouver une concrétisation effective dans la participation de toute personne handicapée à la vie sociale selon ses aspirations définies dans un *projet de vie*.

Depuis 2005 le principe *d'inclusion* est monté en puissance, les dispositions ultérieurement prises allant dans le sens d'un accès social

renforcé de « tous à tout », avec un arbitrage complexe à réaliser entre la « non-différenciation » pour éviter tout risque de stigmatisation/mise à l'écart et « des mesures compensatoires » qui, au contraire, prennent pleinement en compte les spécificités de la situation de handicap. Sur un autre plan, le principe d'*autodétermination* est apparu, rappelant avec force que c'est d'abord aux personnes concernées de décider pour et par elles-mêmes. Plus controversé, le principe de *désinstitutionalisation* vient rappeler que le droit commun doit rester prioritaire et que la situation de handicap ne justifie pas de privilégier les dispositifs d'accompagnement spécifiquement dédiés au handicap, collectifs et contraints, sauf à en montrer la particulière nécessité.

L'ouvrage est rédigé sous forme de courts chapitres, traitant pour chacun d'une question, d'une prestation ou d'une institution précise. Chaque chapitre peut être lu pour lui-même. Il n'en demeure pas moins que le plan retenu par l'auteur va du général au particulier et qu'un parcours de son contenu dans l'ordre de rédaction est facilitateur dans l'appropriation des nombreuses données ici rassemblées. Cette 5<sup>e</sup> édition est à jour des dispositions légales et réglementaires au 30 avril 2024<sup>1</sup>.

---

1. La quasi-totalité des lois et décrets concernant les personnes handicapées ayant été codifiés, le lecteur pourra consulter directement les dispositions arrêtées par le législateur par l'accès aux codes concernés (CASF notamment) via le site Légifrance : <http://www.legifrance.gouv.fr/>.

## 1

## LES POLITIQUES PUBLIQUES

**L'ANCIEN RÉGIME**, jusqu'à la fin du Moyen Âge, ne distinguait pas spécifiquement « l'infirme » qui faisait partie intégrante de la catégorie plus large des « pauvres » vivant de la charité familiale, du voisinage, religieuse, etc. Lorsque la mendicité et le vagabondage deviennent répréhensibles à partir du xv<sup>e</sup> siècle, seuls les invalides incapables de travailler pourront continuer à mendier sans encourir de peine d'emprisonnement. Au xvii<sup>e</sup> siècle, l'hôpital devient un lieu d'enfermement pour les infirmes. Les premiers ateliers pour infirmes sont alors créés au sein de l'hôpital.

**La révolution de 1789** reconnaîtra une obligation de la société à l'égard des personnes infirmes ou invalides, principe confirmé par la Deuxième République de 1848. Mais jusqu'à la fin du xix<sup>e</sup> siècle, les vieillards et infirmes continueront, de fait, à dépendre essentiellement du bon vouloir caritatif.

## Quatre approches historiquement différenciées \_\_\_\_\_

Avec le <sup>xx</sup>e siècle, l'aide aux personnes handicapées va alors trouver ses sources dans quatre approches différenciées en raison de leur problématique propre :

1. **les accidentés du travail**, à partir de la loi du 9 avril 1898, élargie par la loi du 25 octobre 1919 aux maladies professionnelles, posant le principe du risque professionnel, avec le bénéfice de soins gratuits, le versement d'une pension d'invalidité, l'accès à des écoles de rééducation professionnelle, etc. ;
2. **les anciens combattants et victimes de guerre**, suite à la Première Guerre mondiale avec le versement d'une pension accordée aux victimes, la création de l'Office national des mutilés et réformés de guerre, l'organisation de la rééducation professionnelle, la priorité d'accès aux emplois du secteur public (emplois « protégés ») et privé (une redevance est instituée pour défaut d'embauche de mutilés de guerre) ;
3. **l'assurance invalidité à partir de 1930 pour les assurés sociaux** et le versement d'une pension d'invalidité en contrepartie des cotisations versées au cours de la vie professionnelle ;
4. **le mécanisme d'assistance obligatoire aux « vieillards, infirmes et incurables »** posé par la loi du 14 juillet 1905 sous la forme d'allocation financière, de placement en institution (hospices) et de prise en charge des frais de soin et rééducation par le biais de l'aide médicale gratuite (AMG).

- Les *deux premiers domaines* précités ouvrent droit à la réparation essentiellement financière d'un préjudice en raison de la responsabilité de l'employeur ou de la nation.
- Le *troisième domaine* vise à apporter, par le mécanisme assurantiel, un revenu de substitution aux salariés en cas d'invalidité.
- Le *quatrième domaine* est lui bien plus large dans sa problématique et les personnes concernées puisqu'il repose sur le principe d'une solidarité de la nation à l'adresse des personnes handicapées quelles que soient la nature et





l'origine du handicap, notamment pour les personnes n'ayant jamais accédé à l'emploi.

## De nombreuses lois

Ces quatre approches vont être largement développées et modifiées au fil du temps par de nombreuses lois, notamment :

- **la loi du 15 avril 1909** crée les écoles et les classes de perfectionnement pour enfants arriérés. Les classes de perfectionnement sont annexées aux écoles primaires publiques ;
- après la Seconde Guerre mondiale, un effort de réinsertion de certaines catégories de personnes handicapées se développe. **L'ordonnance du 3 juillet 1945** pose le principe de la réadaptation, de la rééducation professionnelle et de l'assistance par le travail des aveugles. Une allocation de compensation est créée pour les aveugles qui travaillent. Élaborées pour les aveugles, ces dispositions sont élargies à l'ensemble des infirmes ayant 80 % d'invalidité par la **loi du 2 août 1949**. Cette liste est complétée et modifiée en 1952 et 1954 ;
- **le décret du 29 novembre 1953** étend le dispositif aux infirmes dont le taux d'invalidité est inférieur à 80 % et crée une commission départementale d'orientation des infirmes (CODI) qui contrôle le niveau d'invalidité et l'aptitude à la rééducation et au travail ;
- **la loi du 23 novembre 1957** réorganise l'ensemble des textes relatifs à l'insertion professionnelle des personnes handicapées : elle organise notamment le processus de reclassement, de soins, de réadaptation et de rééducation jusqu'au placement. Cette loi crée les ateliers protégés, les centres d'aide par le travail ayant été créés dès 1954 ;
- **en 1958**, l'allocation supplémentaire du Fonds national de solidarité est attribuée aux personnes handicapées ;
- **un décret du 6 janvier 1959** crée dans chaque département des instituts spécialisés pour les enfants « inadaptés » ;
- **la loi du 13 juillet 1971** crée une allocation aux mineurs et aux adultes handicapés, permet l'affiliation à l'assurance volontaire maladie et maternité, favorise le travail des personnes handicapées

en limitant l'étendue d'une éventuelle obligation alimentaire leur incombant ;

- le développement de ces diverses mesures, complexes et éparses, rendit nécessaire une harmonisation et une généralisation des mécanismes à l'œuvre. Ce fut l'objet de la **loi d'orientation du 30 juin 1975** en faveur des personnes handicapées. Celle-ci visait à promouvoir une politique globale en faveur des personnes handicapées : prévention, prestations financières, intégration, éducation, travail, hébergement ;
- la **loi du 10 juillet 1987** posera un principe d'obligation d'emploi de 6 % de travailleurs handicapés par les entreprises ;
- la **loi du 13 juillet 1991** comporte diverses mesures destinées à favoriser l'accessibilité aux personnes handicapées des locaux d'habitation, des lieux de travail et des bâtiments recevant des publics ;
- la **loi du 11 février 2005** portant sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées réforme l'ensemble des législations antérieures.

#### La loi du 11 février 2005

Cette loi vient profondément réformer l'esprit et les modalités de la loi du 30 juin 1975, selon deux logiques complémentaires :

- le concept d'intégration s'estompe au profit de ceux d'**inclusion**, d'**égalité de traitement** et d'**accessibilité** ;
- le concept de **compensation** du handicap apparaît avec un élargissement de la palette des aides et des nouvelles modalités pour leur détermination.

Par son très important travail de réécriture législative, la loi du 11 février 2005 portant sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (re)définit la quasi-totalité de la politique publique en France à l'adresse des personnes handicapées.

Afin d'assurer une meilleure prise en compte du handicap, la circulaire du 4 septembre 2012 du Premier ministre indique que chaque projet de loi doit inclure une réflexion sur l'insertion dans celui-ci de dispositions spécifiques aux personnes handicapées<sup>1</sup>.

Par ailleurs, et par petites touches, cette loi de 2005 a connu, en presque vingt ans, de nombreux « toilettages » portant sur telle ou telle disposition. Pour simple illustration, trois mesures applicables en 2023 :

- le décret n° 2022-570 du 19 avril 2022 *relatif à la prestation de compensation*, notamment son périmètre élargi pour les situations de trouble du développement intellectuel (TDI).
- Le décret n° 2022-1694 du 28 décembre 2022 *relatif à la déconjugation de l'allocation aux adultes handicapés*.
- La loi n°2023-622 du 19 juillet 2023 *visant à renforcer la protection des familles d'enfants atteints d'une maladie ou d'un handicap ou victimes d'un accident d'une particulière gravité*.

---

1. Une fiche « diagnostic-handicap », dont le modèle est fixé en annexe de la circulaire, permet aux ministres de retracer leur réflexion et de mesurer l'impact du texte, en matière notamment de financement. Circ. 4 sept. 2012, NOR : PRMX1233157C : JO, 5 sept.



## 2

## LES DÉFINITIONS DU HANDICAP

**LA NOTION DE « HANDICAP »** peut être appréhendée, de façon large et non administrative, par le biais de la situation telle que perçue par les personnes concernées elles-mêmes. Pour une telle approche subjective, le lecteur pourra utilement se reporter à l'enquête qui a été menée de 1998 à 2002 par l'INSEE intitulée *Handicaps, incapacités, dépendance* (HID), complété par son enquête *Handicap-Santé* de 2018<sup>1</sup>.

De manière évolutive, la société, comme telle, définit également à chaque époque ce qui est considéré comme « handicap » et le rapport que cette société entretient avec ce que l'on a appelé longtemps « infirmité ». Pour une approche historique, sociologique et anthropologique de cette question, le lecteur pourra se reporter à l'ouvrage

---

1. Les résultats des enquêtes HID et Handicap-Santé de l'Insee ont été publiés sous forme de plusieurs études thématiques téléchargeables sur le site [www.insee.fr](http://www.insee.fr). Se reporter également au chapitre 4 du présent ouvrage.

d'Henri-Jacques Stiker, *Corps infirmes et société, Essai d'anthropologie historique* (Dunod, 3<sup>e</sup> éd., 2013).

Dans la présente fiche nous nous en tiendrons à une approche fondée sur une définition légale ou réglementaire officielle issue de quatre sources juridiques :

- la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ;
- la définition du handicap dans le droit communautaire européen ;
- la définition de l'Organisation des Nations Unies (à travers la convention internationale) ;
- la définition française (à travers la loi du 11 février 2005).

## La définition de l'OMS

L'OMS a arrêté en 1980 une définition du handicap qui, bien que sensiblement transformée par une nouvelle définition datant de l'année 2001, continue à « irriguer » ou pour le moins « sous-tendre » l'approche contemporaine du handicap.

### ◆ Définition OMS de 1980

#### (Classification internationale du handicap – CIH)

Pour l'OMS, « est handicapé un sujet dont l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge, d'une maladie ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouvent compromis ».

Inspirée des travaux de l'épidémiologiste Philip Wood, la classification de l'OMS de 1980 distingue trois plans : la *déficience*, l'*incapacité* et le *désavantage*.

**La déficience** correspond à toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique. Neuf domaines sont identifiés : déficiences intellectuelles et du psychisme ; du langage et de la parole ; auditives ; visuelles ; déficiences des autres organes (cardio-respiratoire, urinaire, sexuelle) ; les déficiences du

squelette ; les déficiences esthétiques (difformité) ; les déficiences des fonctions générales, sensibles et autres (diabète).

**L'incapacité** est une résultante de la déficience. Elle correspond à une réduction ou impossibilité à accomplir certaines activités ou gestes de la vie quotidienne considérés comme normaux pour un être humain. Cette incapacité se décline dans neuf catégories : le comportement ; la communication ; les soins corporels ; la locomotion ; l'utilisation du corps (dans les activités domestiques par exemple) ; la maladie et les incapacités générées par certaines situations (bruit, climat, contrainte de travail, etc.) ; des aptitudes particulières (résolution de problème, planification du travail, etc.) ; les autres restrictions d'activité.

**Le désavantage**, conséquence de l'incapacité, limite ou interdit l'accomplissement normal d'un rôle social en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels. Le désavantage résultant des déficiences et/ou incapacité est, pour partie, tributaire de l'environnement. *Stricto sensu*, le handicap est constitué de ce seul troisième niveau du désavantage, sachant que les trois dimensions de la déficience, de l'incapacité et du désavantage sont étroitement liées.

La classification CIH de l'OMS reste largement inspirée par une approche médicale. Son sous-titre en témoigne : *Manuel de classification des conséquences des maladies*.

Le guide-barème français institué par le décret n° 93-1216 du 4 novembre 1993 reprend précisément l'approche de la CIH en termes de déficiences et d'incapacités. Ces modalités d'application sont explicitées dans une circulaire du 23 novembre 1993<sup>1</sup>.

---

1. Le décret n° 2007-1574 du 6 novembre 2007 modifie très partiellement le guide barème de 1993 en réécrivant le chapitre « déficiences viscérales et générales » et en y insérant une introduction générale faisant le lien avec la loi du 11 février 2005. L'altération d'une fonction renvoie à la notion de « déficience », la limitation d'activité à « l'incapacité » et la restriction de participation à la vie en société subie dans un environnement renvoie au « désavantage », c'est-à-dire à une limitation, voire impossibilité, de l'accomplissement d'un rôle social normal en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels.

## ◆ Définition OMS de 2001 : Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)

Cette actualisation de la classification s'inscrit dans le prolongement de la CIH de 1980, tout en introduisant des inflexions majeures :

- conceptuellement le point de départ est celui du fonctionnement de tout être humain (et non plus la déficience, c'est-à-dire le dysfonctionnement) ;
- la CIF renonce au vocabulaire stigmatisant de « déficience-incapacité-désavantage » au profit d'un vocabulaire différemment connoté « fonctions et structures du corps-activité-participation » ;
- elle introduit, ce qui était absent de la CIH, les facteurs environnementaux comme éléments facilitateurs ou au contraire obstacles au fonctionnement ;
- elle renonce à hiérarchiser les « capacités en soi » (ce que la personne peut ou ne peut pas faire par elle-même) et les « capacités dans un environnement » appelées performances (ce que la personne peut ou ne peut pas faire dans un environnement donné) ;

Les *fonctions organiques* y désignent les fonctions physiologiques des systèmes organiques, y compris les fonctionnements psychologiques. Les *structures anatomiques* y désignent les parties anatomiques du corps telles que les organes, les membres et leurs composants. Les *déficiences* désignent alors des problèmes dans la fonction organique ou la structure anatomique tel qu'un écart ou une perte importante. Une *activité* désigne l'exécution d'une tâche ou d'une action par une personne. La *participation* désigne l'implication d'une personne dans une situation de vie réelle.

Les *limitations d'activité* désignent les difficultés rencontrées dans l'exécution d'une tâche ou d'une action, l'environnement étant supposé normalisé. Les *restrictions de participation* désignent les performances effectives de la personne en fonction de son environnement réel et des problèmes qu'elle peut rencontrer pour s'y impliquer. Il en découle une description globale de la situation de handicap selon l'encadré suivant et la **figure 2.1**.



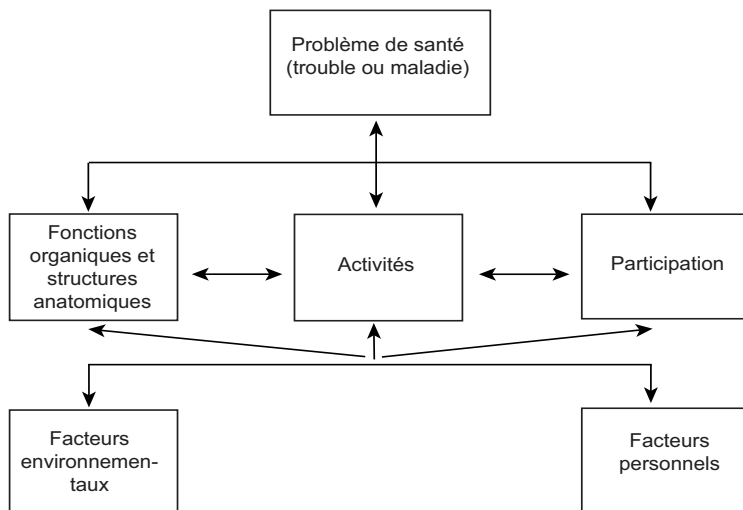


Figure 2.1.

### La Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé (CIF)

#### Partie 1 : Fonctionnement et handicap :

- La composante « organique » (systèmes organiques ; structures anatomiques).
- La composante « activité et participation » qui décrit le fonctionnement du point de vue de la personne comme individu et comme être social (capacité et performance).

#### Partie 2 : Les facteurs contextuels :

- Les facteurs environnementaux classés du plus proche de l'individu à l'environnement global : produits et systèmes techniques ; environnement naturel et changement apportés par l'homme ; soutiens et relations ; attitudes ; services et système politique.

Dans la CIF, chaque composante peut être exprimée en termes positifs et négatifs.

À ce jour, le guide-barème français, outil légal permettant de déterminer un taux d'incapacité pour l'attribution de droits sociaux aux personnes

handicapées, reste « calé » sur le CIH et n'a pas été révisé si ce n'est par l'ajout d'une introduction faisant le lien avec la définition du handicap introduite par la loi du 11 février 2005 et une révision du chapitre « déficiences viscérales et générales ».

Afin d'évaluer plus largement la situation de la personne handicapée, un autre outil a été élaboré par la CNSA, le guide d'évaluation multidimensionnel (GEVA)<sup>1</sup>, qui intègre, lui, la logique environnementale issue de la nouvelle classification CIF. Cet outil, après une phase d'expérimentation, a acquis un statut réglementaire en 2008.

## Le handicap dans le droit communautaire européen<sup>2</sup>.

La définition du handicap en droit communautaire découle d'un principe plus général, celui de l'égalité de traitement se traduisant notamment par l'interdiction de toute discrimination. Les textes européens communautaires ne définissent pas comme tel le handicap. Mais en ratifiant, fin 2010, la Convention internationale de l'ONU (voir ci-après), l'Union européenne s'est engagée à ce que ses instruments législatifs soient conformes aux stipulations de la convention. Il s'ensuit que la notion de handicap, doit être entendue par référence à ladite convention, s'agissant de l'interprétation du droit de l'Union applicable dans les États membres<sup>3</sup>.

---

1. Cf. décret n° 2008-110 du 6 février 2008 relatif au Guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées. Le GEVA est téléchargeable sur le site de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) à l'adresse <https://www.cnsa.fr/documentation-et-donnees/formulaires/version-graphique-du-geva-et-son-manuel>. Ce décret prévoit que pour apprécier les besoins de compensation, l'équipe pluridisciplinaire doit s'appuyer sur un guide d'évaluation prenant en compte l'ensemble de la situation de la personne handicapée, notamment matérielle, familiale, sanitaire, scolaire, professionnelle et psychologique.

2. Pour plus de renseignements, le lecteur pourra consulter le site Internet du Conseil français des personnes handicapées pour les questions européennes, <http://www.cfhe.org/>.

3. Principe énoncé à deux reprises en 2013 par la Cour de justice de l'Union européenne, dans des arrêts relatifs à l'application de la directive européenne sur l'égalité de traitement en matière d'emploi (CJUE, 11 avr. 2013, aff. C-335/11, Ring et Skouboe Werge CJUE, 4 juill. 2013, aff. C-312/11, Commission c/ Italie).

Par ailleurs, le traité d'Amsterdam (1997) précise :

- à son article 13, que le Conseil peut prendre des mesures en vue de combattre toute discrimination fondée sur le sexe, la race ou l'origine ethnique, la religion ou les convictions, un handicap, l'âge ou l'orientation sexuelle. L'Union européenne est donc en mesure d'assister les organisations nationales et locales sur les questions touchant à l'intégration, à la défense des droits fondamentaux, aux personnes handicapées, aux minorités et d'une manière générale à la justice sociale ;
- à son article 137, que l'Union a mandat pour combattre l'exclusion et promouvoir l'insertion sociale et professionnelle. Ce qui permet de développer des mesures d'insertion en faveur des groupes vulnérables, dont les personnes handicapées, au-delà du cadre d'action de la politique de l'emploi.

La charte des droits fondamentaux de l'Union annexée au traité de Nice de l'année 2000 prévoit deux dispositions relatives aux personnes handicapées :

- l'interdiction de toute discrimination fondée notamment sur le handicap ;
- la reconnaissance et le respect du droit des personnes handicapées à bénéficier de mesures visant à assurer leur autonomie, leur intégration sociale et professionnelle et leur participation à la vie de la communauté.

Cette charte a une portée juridiquement contraignante par son intégration dans le traité européen de Lisbonne signé le 13 décembre 2007, traité ratifié par les États membres de l'Union.

Par ailleurs et enfin, l'Union européenne, en ratifiant fin 2010 la Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées de l'ONU (cf. ci-après), *de facto*, fait sienne la définition du handicap par l'ONU ou, pour le moins, s'oblige à rendre sa définition compatible avec cette dernière.

Cet ensemble normatif européen a trouvé sa traduction dans le document *Stratégie européenne 2010-2020 en faveur des personnes handicapées : un*

*engagement renouvelé pour une Europe sans entraves* qui vise notamment à :

- rendre accessibles les biens et services et à promouvoir les services d'assistance ;
- garantir que les personnes handicapées bénéficient de tous les avantages de la citoyenneté de l'UE ;
- combattre la discrimination fondée sur le handicap ;
- promouvoir une éducation et une formation tout au long de la vie favorisant l'insertion des élèves et étudiants handicapés ;
- combattre la pauvreté et l'exclusion sociale en garantissant des conditions de vie décentes ;
- promouvoir l'égalité d'accès à la santé et aux services de santé.

À sa suite, la *stratégie en faveur des droits des personnes handicapées 2021-2030*<sup>1</sup> définit des initiatives clés autour de trois grands thèmes :

- **Droits dans l'Union** : les personnes handicapées ont le même droit que les autres citoyens de l'Union de s'installer dans un autre pays ou de participer à la vie politique
- **L'autonomie** : les personnes handicapées ont le droit de vivre de manière autonome et de choisir avec qui elles veulent vivre et dans quel lieu.
- **Non-discrimination et égalité des chances** : la stratégie a pour objet de protéger les personnes handicapées contre toute forme de discrimination et de violence et d'assurer l'égalité des chances et l'accès à la justice, à l'éducation, à la culture, au sport et au tourisme. L'égalité d'accès doit également être garantie en ce qui concerne tous les services de santé et l'emploi.

Pour assurer les échanges entre les instances de l'Union européenne et le monde associatif représentatif des personnes handicapées, il a été créé en 1996 une organisation non gouvernementale, le Forum européen des personnes handicapées (FEPH). Le Forum rassemble les ONG européennes les plus représentatives spécialisées dans un groupe de handicap ou dans un secteur d'activité et des conseils nationaux

1. Se reporter à [https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/fr/ip\\_21\\_810](https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/fr/ip_21_810)

fédérant les associations nationales de chaque pays membre de l'Union européenne. La Commission européenne est tenue de soumettre au Forum toute décision importante relative à la mise en œuvre des programmes d'actions communautaires en faveur des personnes handicapées<sup>1</sup>.

Pour une approche comparative des diverses définitions nationales du handicap au sein des divers pays de l'Union Européenne, le lecteur pourra se reporter utilement à l'article d'Hélène Falek, *Tour d'Europe des définitions du handicap*, revue Être Handicap Information, N° 122/123 de janvier/février 2013<sup>2</sup>.

## La définition de l'Organisation des Nations Unies \_\_\_\_\_

Le 13 novembre 2006, l'assemblée générale de l'ONU a adopté la *Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées* (CDPH)<sup>3, 4</sup>.

Cette convention vise à empêcher toute discrimination et à garantir que les droits fondamentaux des personnes handicapées soient compris et respectés des États.

La Convention affirme, dans son préambule, 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

1. Le représentant français au FEPH est le Conseil français des personnes handicapées pour les questions européennes (CFHE), lui-même fédération regroupant les principales associations françaises représentatives des personnes handicapées. Se reporter à son site internet : <http://www.cfhe.org>.

2. Article téléchargeable sur <https://www.meimonnisenbaum.com/fr/nos-publications/handicap/id-154-helene-falek-tour-d-europe-des-definitions-du-handicap-revue-etre-handicap-information-n-122-123-de-janvier-fevrier-2013>

3. L'Unicef et la Victor Pineda Foundation ont publié, en 2008, une version de la Convention à destination des enfants, intitulée « Une question de capacités. Explication de la convention relative aux droits des personnes handicapées », téléchargeable sur [https://factsforlife.org/pdf/pub\\_build-wffc-fr.pdf](https://factsforlife.org/pdf/pub_build-wffc-fr.pdf)

4. S'agissant des enfants handicapés, l'UNICEF a publié une analyse des synergies existantes entre la CDPH, la CDE (convention relative aux droits de l'enfant) et la CEDEF (convention sur l'élimination de toute forme de discrimination à l'égard des femmes). Se reporter à [https://factsforlife.org/pdf/pub\\_build-wffc-fr.pdf](https://factsforlife.org/pdf/pub_build-wffc-fr.pdf)

pleine jouissance aux personnes handicapées sans discrimination. Parmi les principes généraux on y trouve que toute discrimination fondée sur le handicap est une négation de la dignité humaine, l'importance de la reconnaissance pour les personnes handicapées de leur autonomie et de leur indépendance individuelles, y compris la liberté de faire leurs propres choix.

La Convention, dans son article 1<sup>er</sup>, définit les personnes handicapées comme présentant « des incapacités physiques, mentales, intellectuelles et sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres ».

Ouverte à signature et ratification à compter du 30 mars 2007, la Convention est applicable en France depuis le 20 mars 2010. L'Union européenne, comme telle, a également ratifié la Convention, fin 2010, devenant ainsi le 97<sup>e</sup> membre qui en applique les dispositions.

En France, le Défenseur des droits, autorité constitutionnelle indépendante chargée de veiller sur le respect des droits et libertés, assure la fonction de « mécanisme indépendant » en charge de la protection, de la promotion et du suivi de la Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées prévue à l'article 33.2 de ladite convention<sup>1</sup>.

## La définition française du handicap

La loi du 11 février 2005 définit le handicap comme suit :

« Constitue un handicap [...] toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans un environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive

---

1. Plus largement le champ du handicap entre dans les compétences du Défenseur des droits notamment lorsqu'il est chargé :

- de défendre les droits et libertés des usagers dans le cadre des relations avec les administrations de l'État, les collectivités territoriales, les établissements publics et les organismes investis d'une mission de service public ;
- de lutter contre les discriminations et de promouvoir l'égalité.

d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé « invalidant » » (L. 114 CASF).

Cette définition du handicap s'inscrit de façon intermédiaire entre la définition de l'OMS de 1980 (CIH) et la définition de l'OMS de 2001 (CIF). En effet, cette définition française du handicap accorde à l'environnement un statut de *contexte* pour la personne handicapée quand la définition internationale indique que l'environnement est *constitutif* du handicap en raison des *interactions* entre le fonctionnement d'un individu et de son environnement<sup>1</sup>.

Le handicap y est défini comme une limitation d'activité ou une restriction de participation à la vie en société. Ce n'est donc pas l'altération fonctionnelle qui constitue *stricto sensu* le handicap mais bien les conséquences en termes de capacité et de participation.

La liste des altérations fonctionnelles a été élargie par rapport à celle antérieurement définie par la loi du 30 juin 1975<sup>2</sup> puisqu'on y trouve :

- l'altération physique, motrice ;
- les troubles sensoriels principalement visuels et auditifs ;
- l'altération mentale désormais différenciée selon trois aspects : les fonctions *mentales* (au sens des capacités intellectuelles), *cognitives*<sup>3</sup> (au sens des capacités d'acquisition de connaissances, de communication et d'apprentissage) et *psychiques* (au sens psychiatrique du terme) ;
- le polyhandicap est nouvellement introduit correspondant à un handicap grave à expression multiple chez lequel la déficience mentale

1. Il en découle un débat sémantico-idéologique, certains parlant de personnes *en situation de handicap* quand d'autres parlent de *personnes handicapées*, la première formulation mettant l'accent sur les données environnementales du handicap quand la deuxième en souligne les données tenant à des altérations fonctionnelles.

2. La loi d'orientation du 30 juin 1975 ne définissant pas le handicap si ce n'est en sériant trois champs : physique, sensoriel et mental.

3. L'introduction d'une dimension spécifiquement cognitive permet de prendre en compte aussi bien des difficultés comme les dysphasies, dyspraxies et dyslexies, que les troubles neuro-développementaux (TND), nouvelle catégorie incluant notamment l'autisme. Se reporter au chapitre 4.

sévère et la déficience motrice sont associées à la même cause entraînant une restriction extrême de l'autonomie<sup>1</sup> ;

- le trouble invalidant de santé qui permet de prendre en compte des affections graves comme le diabète, les insuffisances cardiaques ou respiratoires, etc.

La notion de handicap nécessite administrativement que l'altération soit substantielle. Il en découle que le guide-barème<sup>2</sup> définit deux seuils ouvrant droit à divers avantages ou prestations : incapacité d'au moins 50 % correspondant à des troubles importants entraînant une gêne notable dans la vie sociale mais avec autonomie conservée pour les actes élémentaires de la vie quotidienne ; incapacité d'au moins 80 % correspondant à des troubles graves entraînant une entrave majeure dans la vie quotidienne avec atteinte à l'autonomie individuelle.

La notion de « handicap » se distingue de celle de « maladie » en ce que l'altération doit être durable ou définitive. Le guide-barème précité indique à ce sujet qu'il n'est pas nécessaire que la situation médicale soit stabilisée pour déterminer le taux d'incapacité. La durée prévisible des conséquences doit, cependant, être au moins égale à un an pour déterminer le taux.

---

1. Le polyhandicap se traduit par une atteinte du système nerveux central, d'origine variée prénatale, périnatale et postnatale, génétique ou alors inconnue.

Le polyhandicap est à distinguer du « plurihandicap » qui est l'association circonstancielle de deux ou plusieurs déficiences et du « surhandicap » qui est la surcharge à une déficience originelle mentale ou motrice, d'une atteinte sensorielle, viscérale ou d'un trouble du comportement.

Le « multihandicap » sera, quant à lui, situé « entre » le polyhandicap et le plurihandicap, en ce qu'il n'y a pas nécessairement de déficience motrice dans le multihandicap mais intrication importante entre plusieurs types de déficiences graves (mentale, motrice, visuelle, auditive, viscérale, comportementale, etc.).

2. Cf. décret n° 2007-1574 du 6 novembre 2007.



## 3

## LES DIFFÉRENTES DÉFICIENCES<sup>1</sup>

**ÉTABLIR UNE TYPOLOGIE DES DÉFICIENCES** est un exercice réducteur mais nécessaire si l'on veut avoir une représentation « concrète » de leur nature et de leurs manifestations.

La présente typologie reprend celle de la définition du handicap proposée par la loi du 11 février 2005, à savoir « une altération substantielle,

---

1. En 2024, le « politiquement correct » sémantique substitue au vocable « *déficience* », trop négativement connoté, celui de « *trouble* », la « déficience intellectuelle » devenant « le trouble du développement intellectuel (Tdi) » et la déficience motrice devenant le « trouble de la fonction motrice » ... Pour notre part, dès lors que le propos est situé sur le plan des altérations fonctionnelles, nous avons conservé le vocable de « déficience », tout en soulignant que chaque personne en situation de handicap n'est en rien « réductible » à ce seul plan. De même nous conservons le vocable de « *personne handicapée* » dès lors que le propos qui s'énonce se rattache au plan des troubles fonctionnels, le vocable de « *situation de handicap* » étant privilégié quand on veut parler globalement de la situation de la personne.