

# Une définition légale du handicap

La loi du 11 février 2005 définit le handicap dans toute sa diversité. L'article 2 stipule que « 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 poly-handicap ou trouble de santé invalidant ».

## PANORAMA DES HANDICAPS « MENTAUX »

Parce qu'il est à l'origine de nombreuses confusions entre les différents types de déficiences des fonctions supérieures, le terme "handicap mental" est souvent dénoncé par certaines associations. On préférera ainsi distinguer :

**Les déficiences intellectuelles :** Autrefois appelées "arriération mentale" ou "débilité mentale", ces déficiences peuvent être appréciées par différents tests de [Quotient Intellectuel](#) (QI). Ainsi, les déficiences intellectuelles se définissent par un QI inférieur à 69. Elles toucheraient selon cette définition 1 à 3 % de la population avec une plus forte proportion d'hommes. Mais cet outil ne permet pas de distinguer des déficiences plus spécifiques de certaines fonctions cognitives : langage ou autres troubles spécifiques d'apprentissage (dyscalculie, dyspraxies...). La déficience mentale peut s'installer d'emblée lors du développement psychique de l'enfant ou apparaître suite à une détérioration secondaire (épilepsie sévère, maladie mentale...).

- **La trisomie 21** est une maladie génétique qui touche une naissance sur 800. Grâce des actions rééducatives spécialisées, l'insertion de ces personnes handicapées dans notre société est aujourd'hui possible, malgré la déficience intellectuelle.
- **Le syndrome de l'X fragile** est une maladie génétique qui atteint le chromosome X. Bien que pouvant concerner les deux sexes, ce sont les garçons qui sont les plus touchés tant par le nombre (1 garçon sur 4 000 contre 1 fille sur 8 000) que par l'expression du handicap. Seuls 10 % sont atteints de déficiences intellectuelles sévères (QI<40). Les troubles du langage, l'hyperactivité, l'anxiété sociale et des conduites d'automutilation peuvent apparaître.
- **Les déficiences psychiques :** Ces troubles concernent principalement la vie relationnelle, la communication et le comportement. **Autisme, schizophrénie, troubles obsessionnels compulsifs...** sont autant de troubles à distinguer des déficiences intellectuelles, tant pour rendre compte spécifiquement du vécu des personnes que pour définir les soins et l'accompagnement spécifique dont elles doivent bénéficier. Mais les structures d'accueil restent insuffisamment nombreuses.

# APERCU DES HANDICAPS PHYSIQUES

En fonction des capacités atteintes, on a l'habitude de distinguer trois grands types de handicap physiques :

**Les déficiences motrices (ou handicap moteur) :** Selon les chiffres du ministère de la santé, 1,5 % de la population adulte est atteinte de troubles moteurs isolés. Si l'on considère le trouble moteur associé à d'autres déficiences, cette estimation atteint 4 %. Mais ce handicap moteur qui représente l'image collective même du handicap recouvre différentes réalités.

- **Les lésions de la moelle épinière** provoquent en fonction de leur localisation une paralysie des membres inférieurs (paraplégie) ou des quatre membres (tétraplégie). Principalement dus à des accidents de la route, du sport ou du travail, ces handicaps touchent près de 30 000 personnes en France.
- **L'infirmité motrice cérébrale (IMC)** résulte de lésions cérébrales intervenant avant ou autour de la naissance (le plus souvent un accident vasculaire cérébral). Ces handicaps touchent 3 enfants sur 5 000 naissances. L'atteinte motrice peut revêtir différents degrés de sévérité : de la tétraplégie à une marche difficile. Enfin, ce handicap moteur est rarement isolé et les troubles associés peuvent gêner les acquisitions scolaires.
- **Les myopathies** recouvrent différentes maladies neuromusculaires d'origine génétique : la myopathie de Duchenne, qui touche essentiellement les garçons (1 sur 3 500), la dystrophie myotonique de Steinert (5 personnes sur 100 000 autour de 25 ans) et de très nombreuses pathologies rares.

**Les handicaps sensoriels :** Ces handicaps sont également très fréquents. Près d'un million et demi de personnes sont malvoyantes (dont 77 000 sont aveugles). Par ailleurs, les déficiences auditives moins visibles sont néanmoins très handicapantes. Trois millions et demi de personnes seraient ainsi malentendantes.

**Les déficiences viscérales et générales :** Longtemps méconnu en tant que handicap, les conséquences d'un cancer ou d'une insuffisance cardiaque ou respiratoire (mucoviscidose) représentent également de graves déficiences. Notons également le cas des épilepsies sévères (syndrome de West, de Lennox-Gastaut, de Landau-Kleffner...) qui peuvent induire des retards mentaux ou une perte du langage.

## Quand les handicaps se conjuguent au pluriel

- **Le poly-handicap** correspond à l'association de déficiences motrice et intellectuelle sévères associées éventuellement à d'autres déficiences, et entraînant une restriction extrême de l'autonomie. La plupart de ces situations sont liés à des malformations et des maladies affectant le fœtus et l'embryon, ainsi qu'une grande prématurité.
- **Le pluri-handicap** ou multi-handicap est défini par l'association de plusieurs déficiences ayant approximativement le même degré de gravité. Ces situations posent des problèmes de prise en charge, car les capacités intactes ne permettent pas toujours d'utiliser les moyens de compensations habituels. On pense ainsi à des sourds-aveugles ou des infirmes moteurs cérébraux sourds.
- **Le sur-handicap** correspond à l'aggravation d'un handicap existant du fait des problèmes relationnels qu'il provoque. Ainsi, lorsqu'ils surviennent chez l'enfant, des handicaps sensoriels ou intellectuels peuvent altérer le développement psychique de l'enfant.

# CLASSIFICATION DES HANDICAPS



## A. Amputations :

- **A1** amputation des deux membres inférieurs au dessus des genoux
- **A2** amputation d'un membre inférieur au dessus du genou
- **A3** amputation des deux membres inférieurs en dessous du genou
- **A4** amputation d'un membre inférieur en dessous du genou
- **A5** amputation des deux membres supérieurs au dessus des coudes
- **A6** amputation d'un membre supérieur au dessus du coude
- **A7** amputation des deux membres supérieurs au dessous des coudes
- **A8** amputation d'un membre supérieur au dessous du coude
- **A9** les combinaisons d'amputations de membres inférieurs et supérieurs au dessus ou en dessous des articulations (unilatéral ou diagonal)

## B. Non voyant et malvoyant



- **B1** Non voyant
- **B2** Malvoyant sévère : capacité de reconnaître la forme d'une main jusqu'à l'acuité visuelle de 2/60 et un champ visuel de moins de 5 degrés (dans le meilleur oeil avec la meilleure correction d'oeil pratique).
- **B3** Malvoyant léger : de l'acuité visuelle au-dessus de 2/60 jusqu'à 6/60 et/ou un champ visuel de plus de 5 degrés et de moins de 20 degrés (dans le meilleur oeil avec la meilleure correction d'oeil pratique).

## C. Infirmité Motrice Cérébrale (IMC)

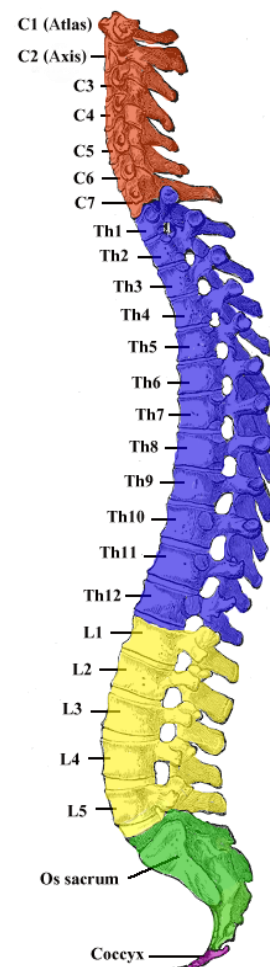


- **C1** Tétraplégie sévère : la personne se déplace en fauteuil roulant électrique
- **C2** Tétraplégie spasmodique : la propulsion dans le fauteuil roulant est possible avec les mains et les pieds pour les distances courtes
- **C3** Paralysie des jambes : les mouvements des bras sont possibles mais limités, le contrôle du tronc est instable. Possibilité d'utiliser un fauteuil roulant manuel sans difficulté
- **C4** Restrictions Minimales dans les membres supérieurs, pauvres ou aucune capacité marchante.
- **C5** Diplégie (paralysie d'un membre inférieur) : personne en béquille
- **C6** Athétose : mouvements non maîtrisés dans les membres supérieurs et le visage
- **C7** Hémiplégie : paralysie gauche ou droite.
- **C8** Paralysie minimale : légère diplégie, hémiplégie ou athétose

Tétraplégie, paraplégie, et poliomyélite sont les formes les plus communes. La classification dépend de la région de la moelle épinière affectée. Selon la discipline sportive il y a de 4 à 8 catégories.

La classification est faite selon les exigences spécifiques de la discipline sportive. La chose suivante est différenciée :

- la paralysie de l'épine dorsale cervicale (C5 à C7) : les bras et les mains sont affectés (tétraplégie)
- la paralysie de l'épine dorsale thoracique (T1 à T12) : différente instabilité du tronc, les fonctions de bras normales (la paraplégie)
- la paralysie dans la région lombaire : déficits dans les jambes, contrôle du tronc (la paraplégie)



## D. Déficiences mentales



Personnes avec une déficience intellectuelle. Q.I. en dessous de 75.

- La trisomie 21
- Le syndrome de l'X fragile Seuls 10 % sont atteints de déficiences intellectuelles sévères (QI<40). Les troubles du langage, l'hyperactivité, l'anxiété sociale.
- Les déficiences psychiques : Ces troubles concernent la vie relationnelle, la communication et le comportement : (Autisme, schizophrénie, troubles obsessionnels compulsifs)

On peut cependant différencier 3 catégories :

- D1 les personnes tout à fait autonomes
- D2 les personnes ayant besoin d'un accompagnateur
- D3 les personnes en foyer occupationnel (aucune autonomie)

## E. Personnes sourdes



La surdité avec une perte d'audition d'au moins 55 décibels dans la meilleure oreille. On ne permet pas aux athlètes d'utiliser n'importe quels appareils auditifs pendant la compétition.

Classification établie par le Bureau International d'Audio-Phonologie (BIAP) :

- E1. surdité légère perte de 20 à 40dB
- E2. surdité moyenne : perte de 40 à 70dB
- E3. surdité sévère : perte de 70 à 90dB
- E4. surdité profonde : perte supérieure à 90dB :

# CATEGORIES POUR LA COMPETITION

Les catégories d'âges seront identiques à celles qui existent pour des athlètes « du Monde Ordinaire ».

Pour les Karatékas de moins de 18 ans une autorisation parentale sera à prévoir.

Ainsi la selon les différents handicaps nous pouvons proposer 6 grandes catégories :

### 1. Personnes en fauteuil : A1, A3, C1 à C6

L'athlète remplace les techniques de jambes par une gestuelle des bras.

2 solutions :

- l'athlète exécute son kata sur place.
- l'athlète respecte l'ambusen du kata en dirigeant son fauteuil.

### 2. Déficients intellectuels

- 2.1. Groupe 1 (autonomes) : D1
- 2.2. Groupe 2 (peu autonomes) : D2
- 2.3. Groupe 3 (dépendantes) : D3

### 3. Amputés :

- 3.1. Groupe 1 (amputés d'une jambe) : A2 et A4
- 3.2. Groupe 2 (amputés des membres supérieurs) : A5, A6, A7 et A8
- 3.3. Groupe 3 (amputés combinés) : A9

### 4. IMC : C7 et C8

### 5. Sourds : E1, E2, E3 et E4

### 6. Non voyants : B1, B2 et B3

## PRECAUTIONS

Veiller à ce que l'athlète présente des Certificat Médicaux récents (moins d'1 mois) émis par ses praticiens habituels, (neuro-chirurgien, neurologue, psychiatre, chirurgien-orthopédiste etc ...)

Il serait bon que ces derniers fournissent à « l'entité Organisatrice » une lettre signée par le Médecin-spécialiste décrivant leur degré d'incapacité et ce pour éviter toute tricherie.

Lors des Compétitions l'athlète se verra encadré par son Educateur de karaté. De plus, la présence d'au moins un éducateur ou moniteur spécialisé référent sera exigé.

Les athlètes handicapés moteurs et sensoriels devront présenter, au moins 2 timbres de licences (FFKDA) incluant celui de la saison en cours, pour la participation aux compétitions.

Concernant les personnes souffrant de déficience ou de maladie mentale il faudra présenter trois timbres de licences (FFKDA) en incluant celui de la saison en cours. (Mémorisation et Cognition plus délicate).

Quant à la participation des personnes souffrant de surhandicap ou de Polihandicap, elle sera soumise à l'approbation des éducateurs de karaté et spécialisé référents.

Il n'est évidemment pas question qu'un athlète Karatéka « Handicapé » se voit refusé sa participation le jour de la manifestation. (Aspect Psychologique).

Les arbitres et autres juges (Katas, Kumié) pourront être des personnes en situation de Handicap ; d'ailleurs dans l'idéal pour une parfaite intégration , le corps arbitral du Monde Ordinaire, devrait être composé de ces mêmes personnes dans un souci de transversalité et de mixité. Par conséquent, les jugements et l'appréciation des performances gagneraient en crédibilité.

S'agissant des sportifs « Déficients Mentaux » présentant de légères difficultés de cognition ils accompliront les épreuves en solo.

En revanche, pour les sportifs présentant des pathologies, exemple (certaines formes d'autisme) qui induisent plus d'incapacité en terme de compréhension, de mémorisation et de reproduction d'une gestuelle ; ils pourront être accompagnés durant les épreuves par leur éducateur référent ou toute autre personne pouvant justifier qu'il fait partie de l'entourage proche de l'athlète.

## MATERIEL

Le fauteuil spécifique « Karaté » doit être l'objet d'une attention toute particulière, il est considéré comme une partie intégrante de l'athlète.

Il sera contrôlé 30 minutes avant le début de la rencontre.

Si le premier arbitre en accord avec le responsable de la Manifestation juge le fauteuil dangereux ou si certaines règles ne sont pas respectées, le compétiteur sera exclu, de la compétition.

Afin d'assurer une manifestation sécuritaire et équitable, le fauteuil roulant doit se conformer à certaines exigences au niveau de ses dimensions et de sa configuration.

Il peut être doté de 3 ou 4 roues, 2 grandes roues à l'arrière et 1 ou 2 petites à l'avant

Les grandes roues devront avoir un Diamètre maximum de 69 CM, et seront munies d'une main courante. Les pneus noirs, les appareils motorisés, les freins et engrenages seront interdits.

La hauteur maximale du siège ne pourra pas excéder 53 cm mesurés à partir du sol. Le repose-pied sera à 11cm du sol au maximum lorsque les roues seront placées dans le sens de la marche avant. Il devra être conçu, ou protéger de façon à prévenir tout dommage à la surface d'évolution et préserver l'intégrité des autres participants.

Les karatékas pourront utiliser un coussin ou matière flexible sur le siège. La largeur et la longueur de ce dernier devront être identiques à celles du siège et présenter une épaisseur de 10 cm.

Les compétiteurs pourront se fixer le corps et les jambes au fauteuil roulant à l'aide de sangles.

Les prothèses pourront être portées, d'ailleurs les participants seront libres d'avoir les pieds maintenus par un élastique ou une bande velcro de bonne qualité d'une largeur maximum de 5cm et d'une épaisseur maximale de 5 mm (pour éviter qu'il devienne un véritable bouclier).

Pour une plus grande sécurité il serait intéressant que les fauteuils soient équipés d'une roue anti-bascule. Celle-ci étant en contact presque permanent avec le sol durant les évolutions du compétiteur. Hauteur maximale avec le sol + ou - 20 mm.

Il serait judicieux de ne pas utiliser des fauteuils munis d'accoudoirs.

Toutes les parties saillantes et la structure en contact avec le dos, tout comme les vis, les écrous, devront être protégées par une mousse ou un capuchon.